



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidar da Criança em Idade Escolar com Perturbações da Leitura e da Escrita

Paula Alexandra Raposo Leal

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidar da Criança em Idade Escolar com Perturbações da Leitura e da Escrita

Paula Alexandra Raposo Leal

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

“Mãe, eu nunca vou ser ninguém, não vou conseguir ter o meu curso e nunca vou ter uma casa para mim”

Gui (8 anos): criança com dislexia, disortografia e disgrafia

AGRADECIMENTOS

O término de um percurso, permite refletir na caminhada que se fez e ao olhar para trás parece que foi ontem que se iniciou a etapa e, no entanto, estamos já no fecho da mesma.

Um percurso não se efetua sozinho, é inerente ao ser humano, a necessidade de parcerias com o outro, para ter sucesso.

Assim deixo aqui um agradecimento a todos os que direta ou indiretamente permitiram a execução deste percurso formativo.

Agradeço a disponibilidade, a orientação, apoio e principalmente serenidade e tranquilidade transmitida pela Professora Doutora Maria Antónia Chora, que sempre acreditou em mim e apesar das dificuldades pessoais de ambas, conseguimos levar a bom porto esta caminhada. Muito obrigada!

Agradeço aos principais atores deste projeto, as crianças e aos seus sorrisos, incluindo ao G.M e ao G.M., cujos sorrisos são a alegria da P.L.

RESUMO

A promoção de uma condição de bem-estar o mais elevada possível e um desenvolvimento saudável da criança e jovem, é a pedra basilar do cuidado do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tanto nos cuidados de saúde primários como nos cuidados de saúde diferenciados.

O percurso formativo efetuado e aqui explanado, norteou-se pela linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, tendo a realização do mesmo a pretensão de melhorar a prestação de cuidados nas crianças com perturbações da leitura e da escrita. Estas perturbações do neurodesenvolvimento interferem no desenvolvimento harmonioso da criança, com repercussões negativas quando não identificadas atempadamente.

O recurso à metodologia de trabalho de projeto é o eleito para arquitetar esta caminhada que conduzirá à aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Efetuaremos a exposição dos fundamentos conceptuais desta problemática, das atividades desenvolvidas e a análise reflexiva da prática clínica.

O desenvolvimento deste projeto proporcionou uma sensibilização e a mudança do olhar para os cuidados a prestar às crianças com perturbações da leitura e da escrita, fomentando a excelência do cuidar em enfermagem, sendo assim uma oportunidade enriquecedora quer pessoal quer profissionalmente.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Dislexia; Promoção da Saúde; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRAT

The promotion of the highest possible welfare state, and the healthy development of the youth, it's the base stone of the care provided by pediatric and childcare specialist nurses, both in primary and "special" health care.

The formative path we went throw, and published here, is guided by/follows the topic "Nursing care needs in specific populations". The objective of this work is to improve the care provided to children with reading and writing disabilities, which interfere with the child development, and can end up causing harmful and negative repercussions. The damage can be minimized when the problems are recognized at an early age.

The use of the work methodology of the project it's the same used to "build" the path that will lead to the development and acquisition of knowledge and skills, within the master's degree of childcare and pediatric nursing. In this project, we'll also explain conceptual foundations, and expose our analysis and reflection about our clinical practice.

The development of this project helped provide a sensibilization and a change on the way people think about care on children with writing and reading disabilities, promoting the excellence in nurse care, and giving an enriching opportunity, both in personal and professional levels.

KEYWORDS: Child; Dyslexia; Health promotion; Child and Pediatric Health Nursing

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sinais de alarme da dislexia identificados pelos enfermeiros	100
Figura 2: Sinais e manifestações de dislexia identificados pelos enfermeiros	100
Figura nº 3: Alterações emocionais na criança com dislexia identificadas pelos enfermeiros	101

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resultados obtidos referentes a aspetos globais da ação de formação (SIP)	70
Gráfico 2. Resultados obtidos referentes aos conteúdos apresentados na ação de formação (SIP)	70
Gráfico 3. Resultados obtidos referentes ao desempenho do formador da ação de formação (SPI)	71
Gráfico 4. Resultados obtidos referentes à organização da atividade formativa (SIP)	71
Gráfico 5. Resultados obtidos referentes a aspetos globais da ação de formação (SUP)	76
Gráfico 6. Resultados obtidos referentes aos conteúdos apresentados na ação de formação (SUP)	76
Gráfico 7. Resultados obtidos referentes ao desempenho do formador da ação de formação (SUP)	77
Gráfico 8. Resultados obtidos referentes à organização da atividade formativa (SUP)	77
Gráfico 9. Representação da Perceção dos Enfermeiros Relativamente às PLE.....	99
Gráfico 10. Perceção dos enfermeiros na sua prestação de cuidados acerca da problemática das PLE	102

Gráfico 11 –Relevância das competências do enfermeiro na deteção e encaminhamento de crianças com manifestações de PLE ainda não diagnosticadas

102

ÍNDICE DE ANEXOS | APÊNDICES

ANEXOS

Anexo I: Questionário de avaliação da sessão de formação.....	127
Anexo II: Parecer da Comissão de Ética da Instituição Hospitalar onde decorreu o Estágio Final	130
Anexo III: Parecer da Comissão de Ética do IPP	132
Anexo IV: Certificado “Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico”....	134
Anexo V: Certificado WorkShop “Reflexologia Podal: Cólicas do Lactantes	136
Anexo VI: Certificado “Hospitalização Domiciliária: Bombas Infusoras Elastómericas para Perfusão de Antibióticos – uma realidade a considerar para capacitar em contexto de UHD”	138

APÊNDICES

Apêndice I: Guia orientador de avaliação do RN na 1ª consulta de saúde infantil	141
Apêndice II: Tapetes de desenvolvimento - Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada	161
Apêndice III: Sinais de alarme de perturbações da linguagem	163
Apêndice IV: O açúcar que bebemos: bebidas energéticas	165
Apêndice V: Certificado “Hora do Conto”	167
Apêndice VI: Fotografias da atividade “Hora do Conto”	169
Apêndice VII: Cartão “Bom Leitor”	172
Apêndice VIII: Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção	174
Apêndice IX: Questionário Acerca da Perceção dos Enfermeiros Relativamente às Perturbações da Leitura e da Escrita (PLE).....	176

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

art.º - artigo

n.º - número

Séc. – Século

SIGLAS

ACES – Agrupamento Centros de Saúde

APA – American Psychiatric Association

ARS – Administração Regional de Saúde

ACSS -Administração Central dos Sistemas de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DMS-V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EADMSM - Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

IDA - International Dyslexia Association

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MTP - Metodologia de trabalho de projeto

ME – Ministério da Educação

NIDCAP® - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no
Desenvolvimento do Recém-nascido.

PLE – Perturbações da Leitura e da Escrita

PNSIJ- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

QI – Quociente de Inteligência

RN - Recém-Nascido

OE - Ordem dos Enfermeiros

SNIFI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO- World Health Organization

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1. MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	17
1.2. PAPEL DO EEESIP: PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CRIANÇA COM PERTURBAÇÕES DA APRENDIZAGEM ESPECIFICAS	27
1.3. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR	33
1.4. PERTURBAÇÕES DA APRENDIZAGEM ESPECIFICA NA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR	36
1.5. RESPONSABILIDADE DO EEESIP NOS CSP NA REFERENCIAÇÃO DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÕES DA APRENDIZAGEM ESPECIFICAS	46
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS APRENDIZAGENS	50
2.1. CAMINHAR DE ENFERMEIRO A ENFERMEIRO ESPECIALISTA	50
2.1.1. Estágio I: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	51
2.1.2. Estágio Final	62
2.1.2.1. Serviço de Internamento da Pediatria	64
2.1.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica	72
2.1.2.3. Consulta de Desenvolvimento da Consulta Externa de Pediatria	78
2.1.2.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	80
3. O PROJETO	90
4. REFLETIR ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	103
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	103

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA.....	107
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	111
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	126
APÊNDICES	140

0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, em associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco. A sua orientação ficou a cargo da Professora Doutora Antónia Chora.

A problemática explanada neste relatório intitulado “*Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidar da criança em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita*”, reflete todo um percurso teórico e profissional, que assentando numa pesquisa de evidência científica atual, visa a excelência da prática em contextos de prestação de cuidados na área pediátrica em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] intervém.

A realização deste relatório pretende descrever e analisar, de uma forma reflexiva, as experiências vividas e as aquisições efetuadas nos contextos de prática, ao longo dos Estágios I e Final, que decorreram no 2º e 3º semestre do Curso de Mestrado num total de 22 semanas, em cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados, respetivamente, e tecer elações acerca das mesmas.

Pretende-se ainda descrever o projeto de intervenção desenvolvido nesses estágios, demonstrando as competências adquiridas, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do EEESIP e as competências de Mestre, fundamentando as intervenções efetuadas com base na evidência científica e recorrendo à metodologia de trabalho de projeto [MTP].

Na enfermagem é essencial existir um pensamento crítico, intencional, orientado para um objetivo e ao qual são avocadas as decisões tomadas, sendo estas baseadas em evidências científicas. De igual forma o processo de enfermagem tem igualmente uma base científica, que

Serve de suporte ao desenvolvimento de um projeto. Ao longo dos tempos, a Enfermagem evoluiu como disciplina, permitindo aumentar o grau de complexidade de atuação e consequentemente as estratégias especializadas, levando a ganhos em termos de qualidade de vida (Amendoeira, 2009).

Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010) identifica a metodologia de trabalho de projeto, como um processo que se baseia numa investigação centrada num problema real identificado, e que posteriormente permite a aplicação de estratégias e intervenções que tenham eficácia na sua resolução. Assim procedemos à identificação de um problema que tem pertinência, é atual e com escassa produção científica de enfermagem, que tem influência no bem-estar e qualidade de vida da criança/jovem e família, sendo a base para o planeamento, execução e avaliação da intervenção.

Ao aplicar a metodologia de projeto, que está interligada à evidência científica, como base para a resolução de problemas, o EEESIP promove a mudança numa perspetiva de capacitação da criança/jovem e família, como está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010), desenvolvendo a competência *assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde*. Salienta-se ainda a importância desta forma de resolver problemas no contexto de saúde, pois permite efetuar uma ponte entre o conhecimento teórico e o contexto prático, indo mais além da investigação de uma problemática, dado que contempla a intervenção na mesma (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010).

Após a identificação da problemática, procedemos à etapa seguinte do MTP, que consiste no planeamento de atividades a desenvolver para atingir os objetivos delineados, sistematizando as mesmas num cronograma.

A problemática identificada surge da experiência profissional de 12 anos em cuidados de saúde primários, no contexto da consulta de enfermagem de saúde infantil. Esta problemática tem ainda um cunho de interesse pessoal.

Frequentemente nos deparamos com crianças/jovens com perturbações da leitura, não estando um elevado número com diagnóstico identificado, referindo a família/pais/cuidadores

não ter informação necessária acerca dos cuidados disponíveis nesta área quer a nível de cuidados de saúde quer a nível escolar, desconhecendo as consequências em termos escolares de não ter um diagnóstico, estando estas crianças desprotegidas, pois não beneficiam das adequações necessárias nas avaliações escolares refletindo se nos resultados e consequentemente na desmotivação e frustração por parte das mesmas.

Esta problemática apresenta contornos inquietantes, uma vez que os pais na maioria das situações desconhecem que profissional de saúde efetua o diagnóstico para a criança poder à posteriori usufruir da legislação relacionada com o contexto escolar, quais os recursos multidisciplinares disponíveis e constata-se ainda uma enorme lacuna, nomeadamente a falta de recursos humanos, quer nos cuidados de saúde primários quer nos cuidados de saúde diferenciados, para prestar cuidados ao binómio criança/jovem e família com esta problemática presente, de forma a promover a saúde dos mesmos. Igualmente alarmante é o desconhecimento dos profissionais de saúde na identificação destas perturbações, não estando a maioria despertos para esta necessidade.

Assim a linha de investigação “*necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas*” serviu de fio condutor do projeto, permitindo dar resposta às competências específicas do EEESIP (Diário da República, 2018). A posterior discussão pública, que confere o Grau de Mestre (Diário da República, 2016) será efetuada após redação deste relatório de índole profissional. Ao seguir esta linha de investigação pretendemos melhorar a prestação de cuidados e consequentemente a qualidade de vida das crianças com perturbações da leitura e da escrita, sendo uma área com elevada relevância para um desenvolvimento harmonioso do ser humano enquanto criança e posteriormente como adulto, com repercussões negativas no binómio criança/família quando não identificadas atempadamente

Consideramos a escolha desta temática pertinente para um olhar diferente sobre a mesma, procurando que a ponta do iceberg acerca dos conhecimentos e competências do EEESIP relativamente a estas perturbações se transforme num iceberg completo de forma a melhorar a prática clínica e o pensamento crítico, tendo sempre presente o melhor bem-estar possível da criança/família, através de um desenvolvimento pessoal e profissional que tem como fim o desenvolvimento de competências especializadas nas intervenções de enfermagem no cuidar

destas populações específicas. A implementação do projeto foi efetuada em quatro campos de estágio, que contemplaram cuidados de saúde primários, serviço de internamento de pediatria, serviço de urgência pediátrica e unidade de neonatologia. Foi ainda realizado um estágio de observação nas consultas de desenvolvimento infantil nos cuidados de saúde diferenciados, durante cinco dias. Definimos um objetivo geral, comum a todos os contextos de estágio e objetivos específicos consoante o contexto em questão. Assim delineou-se como objetivo geral deste projeto: **Sensibilizar os enfermeiros para avaliação da criança em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita.**

Perante o que expusemos e para melhor compreensão deste relatório de estágio, estruturou-se o mesmo em quatro capítulos. Após a Introdução, onde identificamos e contextualizamos a problemática em estudo, definimos a metodologia utilizada para desenvolver o projeto de intervenção e qual a linha de investigação a seguir, para alcançar os objetivos definidos segue-se então o primeiro capítulo. Neste capítulo efetua-se o Enquadramento Conceptual onde se pretende clarificar a problemática, recorrendo a uma revisão da literatura, demonstrando as evidências científicas mais atuais. No segundo capítulo efetuaremos uma resenha das experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágios, permitindo caminhar de enfermeiro generalista a enfermeiro especialista, proporcionando a aquisição e desenvolvimento de competências específicas de EEESIP, orientadas para atingir os objetivos específicos de cada estágio. No terceiro capítulo faremos a explanação do projeto que desenvolvemos e que nos permitiu obter as competências de EEESIP e Mestre, sendo estas últimas explanadas e feita a correlação das atividades desenvolvidas com as competências no quarto capítulo. Por último, no quinto capítulo serão redigidas considerações finais acerca de todo o percurso de formação efetuando uma reflexão consciente de todo o percurso formativo.

O presente relatório encontra-se redigido em conformidade com o novo acordo ortográfico aceite em Portugal. A norma bibliográfica utilizada foi a 6ª edição da American Psychological Association.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No decurso deste projeto denominado “*Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidar da criança em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita*”, desenvolvido durante os diversos contextos de estágios, a linha de investigação que o norteou, como já referimos anteriormente, foi a de *necessidade de cuidados de enfermagem a uma população específica*. Torna-se imperativo contextualizar e fundamentar a temática de forma a justificar a sua pertinência.

Através do enquadramento conceptual pretende-se explanar o modelo de enfermagem que conduziu todo o percurso efetuado, identificar o papel do EEESIP na promoção da saúde da criança com perturbações da linguagem e da escrita e contextualizar a problemática das perturbações da linguagem e da escrita na criança e consequências para o seu desenvolvimento.

A abordagem deste capítulo almeja ser um contributo para a perceção do fenómeno em estudo e sapiência do mesmo.

1.1. MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Desde Florence Nightingale até aos dias de hoje a enfermagem evoluiu como ciência, tendo diversas conceções, dado origem a paradigmas diferentes, sendo estes o da categorização, da integração e da transformação (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

No paradigma da categorização (Séc.XVIII e XIX) a enfermagem regia-se pelo modelo biomédico em que os cuidados de enfermagem eram conceptualizados pela execução de uma prescrição médica, concebiam os fenómenos que ocorriam de uma forma isolada do contexto, concentrando a atenção mais na doença do que na pessoa (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

No início da década de 1950 existiu uma separação entre enfermagem e medicina, por efeito dos cuidados de enfermagem começaram a ser orientados para a pessoa, sendo o objetivo dos

mesmos a preservação da saúde da pessoa em todas as suas dimensões, ou seja, desenvolveu-se uma visão holística acerca da mesma. Tendo como base este paradigma, emergiram 4 escolas de pensamento, pertencendo a teórica Betty Neuman á escola dos efeitos desejados ou dos resultados (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

Na década de 1970 surgiu o paradigma da transformação, que reconheceu à pessoa ter capacidade para ser promotor nas deliberações acerca da sua própria saúde, permitindo uma integração da mesma nas opções a efetuar relativamente à sua saúde, escolhas e decisões essas que estavam até então exclusivamente dependentes da equipa de profissionais de saúde (Ribeiro, Martins, Tronchi, & Forte, 2018).

Com o evoluir da enfermagem como ciência e através do estudo da mesma, no início da década de 1980 identificaram-se 4 conceitos, pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, sobre os quais os fenómenos da enfermagem incidiam, sendo reconhecidos como os conceitos fulcrais desta ciência. Fawcett em 1984 designou-os como o metaparadigma de enfermagem (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

Após o explanado sobre uma breve alusão à evolução dos paradigmas de enfermagem, incidiremos agora no modelo de Newman, dado ser este a base para a estruturação do projeto desenvolvido, justificando a escolha deste modelo perante a problemática em estudo. Consideramos relevante reforçar que numa ciência os *“fenómenos são o conteúdo de uma disciplina. Em meados do século XX, as enfermeiras americanas identificaram como fenómenos de interesse os seres humanos e o seu ambiente”* (Tomey & Alligood, 2004, p.8). A *“ideia ou imagem complexa de um fenómeno (objeto, propriedade ou evento)”* (Tomey, & Alligood, 2002, p.8) define o conceito de uma ciência, sendo os conceitos considerados os constituintes cruciais de uma teoria, pois nesta, a prática é norteada por ações suscitadas por um conjunto de conceitos relacionados entre si (Tomey, & Alligood, 2004).

O modelo de Newman designado por Modelo dos Sistemas tem como principais conceitos *“abordagem da totalidade das pessoas, holismo, sistema aberto, fatores de stress, fontes de energia, linhas de resistência, linhas de defesa, intervenção, níveis de prevenção e reconstituição (...) a variável espiritual foi acrescentada ao núcleo do doente (...) e o ambiente*

foi acrescentado à tipologia como mecanismo de segurança do sistema” (Tomey, & Alligood, 2004, p.25).

A teoria geral dos sistemas consistiu no alicerce do modelo de Newman. Esta teoria espelha a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, o que proporciona uma interação entre todos os múltiplos constituintes de uma organização heterogénea (Freese, 2004). O modelo desta teórica é predominantemente holístico e orientado para o bem-estar, baseia-se e relaciona-se com a teoria de Gestalt, com o stress e com os sistemas dinamicamente organizados, onde o stress e a reação ou possível reação aos fatores de stress originam situações de equilíbrio ou desequilíbrio, estando o organismo em permanente adaptação para conseguir a homeostasia (Neuman & Fawcett, 2011).

A adaptação é descrita por Newman como o meio pelo qual o organismo alcança as suas necessidades, no entanto como estas são diversas e variadas, para atingir um ponto de estabilização do cliente, é necessário que o processo de adaptação seja ininterrupto e dinâmico (Freese, 2004). Quando o organismo permanece muito tempo em desarmonia ou não consegue atingir a estabilização indispensável para suprir as suas necessidades vai surgir a doença ou inclusive a morte do mesmo (Freese, 2004).

Assim o Modelo de Newman e a Teoria de Gestalt, são similares, pois ambos defendem que cada sistema cliente/cliente é rodeado por um campo perceptivo que se encontra num equilíbrio dinâmico (Neuman & Fawcett, 2011). Newman afirma ainda que todas as partes do sistema estão interrelacionadas e são interdependentes, coloca o ênfase do modelo na organização do campo ou sistema, dependendo esta da existência de fatores de stress e da reação do cliente aos mesmos, realçando ainda que o próprio cliente é um sistema com diversas variáveis – fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual, com interação entre as mesmas (Neuman & Fawcett, 2011).

Sendo um pilar neste modelo, consideramos relevante incluir a definição de stress para Newman. Assim esta teórica utilizou a *“definição de stress de Seyle, que é a resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito (...) aumenta a necessidade de reajustamento. Esta necessidade é não específica, requer a adaptação ao problema seja qual for a natureza do problema”* (Freese, 2004, p. 337). Refere ainda que os fatores de stress são

aqueles que conduzem a um estado de tensão, conseqüentemente originam stress no organismo e menciona ainda que esses agentes de stress podem ser positivos ou negativos (Freese, 2004).

No modelo de Newman o metaparadigma assenta nos quatro conceitos comuns à enfermagem como ciência. O conceito de *Pessoa* é conceptualizado como cliente, sendo este o individuo ou o ser humano, e como sistema de cliente onde é representado mais do que um individuo que poderá ser constituído por variados números de indivíduos, tais como família, comunidade ou questão social (Neuman & Fawcett, 2011). É considerado um sistema aberto em constante interação com o ambiente numa relação recíproca, o que desencadeia constantes mudanças e alterações no sistema (Freese, 2004). No epicentro deste sistema encontra-se a estrutura básica, que é constituída pelas energias necessárias comuns a todos os seres humanos para sobreviver incluindo as características inatas e genéticas, os pontos fortes e fracos das diferentes partes do sistema cliente. Existem cinco variáveis que também temos de considerar no núcleo do sistema cliente e que são: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual (Neuman & Fawcett, 2011).

O sistema cliente é representado por uma série de círculos concêntricos que rodeiam o núcleo onde se encontra a estrutura básica descrita acima. Cada círculo representa uma linha, existindo linhas flexíveis de defesa, linhas normais de defesa e ainda linhas de resistência, que funcionam essencialmente como mecanismos de proteção da estrutura básica de forma a preservar a integridade do sistema do cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

A linha flexível da defesa é o limite externo do sistema cuja função é servir de escudo protetor do estado normal/estável do cliente ao evitar invasões stressantes para o mesmo, ou seja, é como uma zona de amortecimento protetora contra os agentes de stress, evitando que estes comprometam o bem-estar do cliente (Freese, 2004).

Caminhando para o epicentro segue-se a linha de defesa normal que corresponde ao nível de bem-estar habitual que o cliente adquiriu ao longo da sua evolução no tempo, resultante da adaptação das 5 variáveis do sistema do cliente aos fatores de stress do ambiente (Neuman & Fawcett, 2011). A interação entre estas variáveis determina o nível até ao qual o cliente é capaz de usar esta linha flexível de defesa como resposta a uma situação de stress que pode comprometer o seu bem-estar. Quanto mais distante a linha flexível da defesa se encontrar da

linha normal de defesa mais protegido o sistema está, no entanto como é um processo dinâmico pode ser alterada a estabilidade rapidamente e num curto período de tempo quer por uma emergência quer por uma condição como por exemplo a desidratação ou o sono insatisfatório de uma noite (Neuman & Fawcett, 2011).

A linha de defesa normal é considerada no modelo de Newman como uma barreira sólida que antecede a última linha, a linha da resistência, antes da estrutura básica, ou seja, o núcleo do sistema. Qualquer agente de stress pode provocar uma reação dentro do sistema cliente se conseguir atingir e invadir a linha normal de defesa, quando esta está insuficientemente protegida pela linha flexível da defesa (Neuman & Fawcett, 2011).

Quando as linhas de defesa normais são invadidas por agentes de stress vindos do meio ambiente, são ativadas as linhas de resistência, cuja função é defender a estrutura básica (Neuman & Fawcett, 2011). Estas linhas contêm fatores de recurso que permitem ao sistema cliente resistir e combater o stress permitindo uma proteção da integridade do sistema – como por exemplo a reação dos globos brancos a um agente patogénico. Esta resiliência proporciona uma reversão da reação ao stress, originando a reconstituição do sistema, se for eficiente, pois caso contrário se for ineficaz pode levar a uma situação de exaustão por esgotamento da energia e posteriormente à morte (Neuman & Fawcett, 2011).

Na conceção deste modelo Newman defende que existe uma interação entre todas as linhas, de defesa e resistência, dado que cada linha contém individualmente as cinco variáveis do sistema (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual), ou seja estilos de vida, estratégias de coping, expectativas e motivação do cliente, são inerentes em todas as linhas concedendo proteção à estrutura básica (Neuman & Fawcett, 2011).

O **Ambiente** faz parte integrante do metaparadigma da enfermagem e é amplamente definido como “*todos os fatores externos e internos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o cliente*” (Freese, 2004, p.340) tendo Newman identificado 3 ambientes relevantes: o interno, o externo e o criado.

O ambiente interno é de origem intrapessoal e é constituído pela totalidade das forças ou influências interativas internas e que estão compreendidas unicamente dentro dos limites do

sistema/cliente (Neuman & Fawcett, 2011). De origem interpessoal ou extra pessoal a autora deste modelo definiu o ambiente externo como todas as forças ou influências interativas que ocorrem exteriormente ao sistema cliente definido (Neuman & Fawcett, 2011). O terceiro ambiente descrito foi designado por ambiente criado, é desenvolvido pelo cliente de forma inconsciente, ao mobilizar todas as variáveis que constituem o sistema, na procura da estabilização e plenitude do mesmo, sendo tal possível por ser dinâmico, aberto e efetuar trocas de energia com o ambiente interno e externo (Neuman & Fawcett, 2011). Apesar de ser desenvolvido inconscientemente tem como função oferecer um escudo percetivo de proteção ao sistema.

No ambiente há ainda a realçar a existência de forças disruptivas, tendo o sistema o objetivo de manter a estabilidade entre estas mesmas forças que interagem entre si. Newman designou estas forças, de fatores de stress, referindo que são estímulos capazes de gerar impulsos que potencialmente podem provocar instabilidade no sistema, podendo interferir apenas um fator ou vários em simultâneo (Neuman & Fawcett, 2011).

O efeito nefasto dos fatores de stress depende maioritariamente da capacidade e perceção do cliente em gerir os efeitos provocados, podendo ser conotados de benéficos ou nocivos consoante a reação do sistema cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

No modelo de sistemas de Newman os fatores de stress são classificados consoante a origem. Assim podem ser intrapessoais, correspondendo às forças ambientais internas que ocorrem no interior dos limites do sistema (uma resposta autoimune); interpessoais, traduzem as forças externas de interação ambiental e que decorrem fora dos limites do sistema cliente, no entanto numa faixa proximal ao limite (padrões de comunicação); extrapessoais, representam as forças externas da interação ambiental e desenrolam-se fora do sistema do cliente numa faixa mais distal (preocupações financeiras) (Neuman & Fawcett, 2011).

A **Pessoa** e o **Ambiente** são considerados neste modelo teórico como os seus elementos base existindo entre estes dois conceitos uma relação recíproca (Freese, 2004).

A **Saúde** como componente do sistema de modelos de Newman é considerado o bem-estar, é percebido como um continuum, onde a saúde e a doença se colocam em extremos opostos do

mesmo e é considerada o melhor estado de bem-estar possível do cliente independentemente do momento (Neuman & Fawcett, 2011). Newman vê a saúde como a manifestação da energia disponível e utilizada para preservar a integridade do sistema, que acontece por ser dinâmica e permanentemente sujeita a mudanças. Se o bem-estar estiver no nível mais elevado possível (nível ideal), significa que as necessidades do sistema estão supridas, pelo contrário um reduzido estado de bem-estar é consequência de as necessidades não estarem satisfeitas (Freese, 2004). Assim o bem-estar resulta da adaptação e reação do sistema cliente aos fatores de stress ambientais.

Newman considera a **Enfermagem** como uma profissão única (Freese, 2004), pois o seu objetivo principal é proporcionar a estabilidade do sistema cliente, através de uma apreciação o mais exata possível das consequências e possíveis consequências dos fatores de stress ambientais nesse mesmo sistema e ainda proporcionar assistência ao cliente para que este efetue os ajustes necessários para atingir um nível de bem-estar ideal (Neuman & Fawcett, 2011).

Os cuidados prestados pelo enfermeiro são influenciados pela perceção do mesmo acerca do sistema cliente e das variáveis que interferem no mesmo e afetam a resposta do cliente ao stress (Freese, 2004). Newman refere que *“as intervenções são ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema.”* (Freese, 2004, p. 339). Estas intervenções podem ser realizadas antes ou depois das diversas linhas serem atingidas nas fases de reação e reconstituição, e que a ação inicial deve surgir quando há uma desconfiança ou identificação de um fator de stress (Freese, 2004).

Para que as ações de enfermagem alcancem o bem-estar ideal do cliente, Neuman identificou 3 níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Freese, 2004). Assim as intervenções de enfermagem utilizam as 3 prevenções para manter o sistema com estabilidade e ao proporcionar este equilíbrio o enfermeiro consegue gerar vínculos entre os 4 protagonistas do metaparadigma, - a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011).

Na prevenção primária a reação ainda não se registou, no entanto já foi identificado um potencial ou efetivo fator de stress, estamos perante um grau de risco para o sistema cliente e o seu bem-estar (Freese, 2004). Neste nível de proteção poderá se reduzir a probabilidade do

cliente enfrentar o agente de stress, também existe a hipótese de robustecer se o cliente para o encontro hostil com o agente de stress ou ainda fortificar a linha de defesa flexível do cliente para diminuir a intensidade da reação (Freese, 2004). Newman defende ainda que a prevenção primária deve ter de ser tomada em consideração concomitantemente com as prevenções secundárias e terciárias (Neuman & Fawcett, 2011).

A autora considera que o objetivo da prevenção primária é promover o bem-estar do cliente, prevenindo o stress e diminuindo os fatores de risco sendo necessário para tal o uso de diversas estratégias para a promoção da saúde (Neuman & Fawcett, 2011).

Quando a prevenção primária não é eficaz e ocorre uma reação por parte do sistema cliente será ativada a prevenção secundária que *“envolve intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrência de sintomas de stress”* (Freese, 2004, p. 339).

As intervenções ou tratamentos devem ser adequados para atingir a estabilidade ideal do sistema cliente e ainda não efetuar gastos excessivos de energia. Assim é efetuado um diagnóstico de enfermagem holista, a partir do qual são definidas metas, sendo estas estipuladas em colaboração com o cliente e que serão atingidas através das intervenções de enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011).

Situações em que a prevenção secundária não é eficaz na reconstituição do sistema ocorre a morte devido a falha da estrutura básica em apoiar a intervenção necessária (Neuman & Fawcett, 2011).

A prevenção terciária surge depois do tratamento efetuado na prevenção secundária, tem como finalidade a adaptação do sistema de forma a atingir a estabilidade, sendo o principal objetivo a robustez da resistência aos fatores de stress, de forma a prevenir o aparecimento da reação ou uma recessão (Freese, 2004). O processo decorrente deste nível de proteção ocorre de forma circular, em direção à prevenção terciária, como por exemplo o ato de preservar-se de fatores de stress identificados como nocivos para o sistema (Freese, 2004).

Newman definiu 3 etapas para o processo de enfermagem no seu modelo. Primeiro existe um **diagnostico de enfermagem**, que “*envolve a obtenção de uma vasta base de dados a partir da qual se podem determinar as variações do bem-estar*” (Freese, 2004, p. 344), seguem-se os **objetivos de enfermagem** que são delineados em conjunto com o cliente após negociação, de forma a atingir o bem-estar ideal, e por último surgem os **resultados de enfermagem** que surgem devido à intervenção de enfermagem, que utiliza um ou mais níveis de prevenção para intervir (Freese, 2004).

A abrangência do modelo de sistemas de Newman proporcionou a sua aplicabilidade em diversas conjunturas de enfermagem quer com o individuo, quer com a família, grupos e comunidades, permitindo a sua conceção, efetuar a apreciação e prestar cuidados à família enquanto sistema cliente pelo enfermeiro (Freese, 2004).

Freese (2002) descreve diversos contextos onde o modelo de Newman tem sido convenientemente utilizado conceptualmente na prática de enfermagem, inclusive o seu uso em crianças na idade escolar, objeto do nosso projeto, por Mannina num estudo direcionado a esta faixa etária.

Após o explanado acerca da conceção do modelo de sistemas de Newman encontramos nos em situação de efetuar o paralelismo do projeto desenvolvido, com a teórica com a qual nos identificamos e baseamos para levar este caminho pelo rumo certo. O holismo defendido neste modelo é a primeira razão da seleção do mesmo, pois ao falarmos de crianças, estas nunca se podem dissociar da família, constituindo um binómio sobre o qual a intervenção de enfermagem tem de incidir.

A problemática identificada “*criança em idade escolar com perturbações da linguagem e da escrita*”, observada à luz da teoria de Newman, permite afirmarmos que existe um fator de stress já identificado, que neste caso é a perturbação da linguagem e da escrita, senso por isso a prevenção primária um foco essencial para fornecer ferramentas à criança/família para robustecer a sua linha de defesa normal, promovendo assim a saúde e o bem-estar.

No entanto estas perturbações ao serem detetadas aquando da aprendizagem das competências da leitura e da escrita significa que a criança já teve reação ao fator de stress, pois

só após “sintomas” identificados se consegue diagnosticar estas perturbações. Assim para além da prevenção primária temos de ativar a secundária, de forma a delinear metas com a criança/família para se conseguir estabilizar o sistema e este não entrar em colapso por esgotamento de energias.

Encontramos outra questão fulcral nesta problemática, pois para que exista um reconhecimento da existência ou suspeita da perturbação da linguagem e da escrita o enfermeiro tem de estar sensibilizado para esta temática para proceder à sua identificação atempadamente, evitando reações extremas ao fator de stress.

Aquando da presença de uma criança em idade escolar, principalmente as que frequentam o 1ª e 2ª ano de escolaridade, é extremamente importante o enfermeiro nos seus diagnósticos de enfermagem observar, questionar e abordar o tema escola, para detetar possíveis fatores de stress que coloquem a criança em risco de instabilidade. Uma criança o 2º ano que ainda não tenha adquirido a competência da leitura, que efetue trocas frequentes de letras, que tenha baixo rendimento escolar a português, deve ser percecionada como uma criança em risco que necessita de intervenções de enfermagem.

Ao longo do percurso profissional enquanto prestador de cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários, foi possível a perceção de que esta temática é pouco explorada. Consideramos importante a sensibilização dos profissionais de enfermagem para esta problemática, de forma a identificarem as crianças em risco de ter reações ao stress provocado por esta perturbação, de forma a proporcionamos cuidados de excelência que visem o bem-estar ideal de cada criança/família.

1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CRIANÇA COM PERTURBAÇÕES DA APRENDIZAGEM ESPECÍFICAS – PAPEL DO EEESIP

A Organização Mundial de Saúde [OMS] definiu a *HEALTH 2020* como a política europeia para a saúde e bem-estar, tendo definido como objetivos estratégicos melhorar a saúde para todos, reduzir as discrepâncias na saúde, e ainda melhorar a liderança e participação governamental na saúde. Esta linha de atuação baseou-se nos valores consagrados na constituição da OMS, que defendem como direito humano o acesso ao mais elevado padrão de saúde possível. Assim o quadro político da Health 2020 propõe quatro áreas prioritárias para os seus estados membros, relacionadas com os objetivos a atingir.

Consideramos importante referir essas mesmas áreas, dado que Portugal segue as linhas orientadoras da OMS e é inerente que a prática de enfermagem as contemple no seu exercício. Assim das áreas propostas realçamos duas que sustentam a promoção na saúde, neste nosso projeto. Robustecer sistemas de saúde centrados nas pessoas e investir na saúde através de uma abordagem ao longo da vida da pessoa. (WHO, 2020).

A enfermagem pediátrica é congruente “*com a definição de enfermagem como o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais*” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11.), que engloba as particularidades basilares da prática de enfermagem contemporânea. Nestas populações, os cuidados centrados na família, são o estandarte da filosofia de cuidados, que tem alicerçado a aceitação da família como uma presença constante na vida de uma criança, sendo o EEESIP responsável pelo desenvolvimento de parcerias de cuidados com os pais/cuidadores (Hockenberry & Wilson, 2014).

Hockenberry & Wilson (2014) identificam a capacitação e o empoderamento, como dois conceitos básicos nos cuidados centrados na família, através dos quais permitem a todos os elementos da mesma adquiriram competências para poderem responder adequadamente às necessidades identificadas e além disso possibilita às famílias terem poder de decisão acerca da sua saúde. Através dos cuidados centrados na família, as famílias tomam consciencialização e reconhecem que as alterações com caráter positivo são resultantes dos seus comportamentos modificados através da interação efetuada com o enfermeiro.

O EEESIP tem responsabilidade acrescida pela promoção da saúde e bem-estar do binómio criança/família, tendo sempre presente que é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem com alta qualidade, constituir uma relação terapêutica, através da qual estabelece uma vinculação significativa com a criança/família, sem nunca anular os limites bem definidos que separam enfermeiro do binómio, sendo estes limites positivos, pois favorecem a comunicação e promovem a capacitação da família sobre os cuidados de saúde que a criança necessita (Hockenberry & Wilson, 2014).

Cabe ao EEESIP trabalhar com todos os membros constituintes de uma família, de forma a identificar as suas necessidades, quais os objetivos que pretendem alcançar, para posteriormente efetuar um planeamento das intervenções capazes de dar resposta às problemáticas (Hockenberry & Wilson, 2014). Na relação estabelecida com a criança/família, o papel do enfermeiro visa apoiar a tomada de decisão relativa às escolhas disponíveis, permitindo agir sempre em prol do interesse maior, que é a criança, possibilitando *“que as famílias tomem consciência de todos os serviços de saúde disponíveis, informação adequada sobre os tratamentos e procedimentos que envolvam o cuidado à criança e encorajar a mudança ou dar suporte às práticas de cuidado de saúde já existentes”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.13).

Faz-se aqui a ponte para o projeto explanado. Como referimos anteriormente, deparamos frequentemente com pais/família de crianças com idades compreendidas entre 6 e 7 anos, na consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil, que têm perceção da existência de uma dificuldade escolar relacionada com a leitura e a escrita, inclusive a maioria até usufrui do apoio da professora de ensino especial, solicitado pela professora titular, no entanto a inexistência de um diagnóstico clínico que refira qual a perturbação presente, vai condicionar a médio e longo prazo o sucesso escolar da criança, com todos os efeitos nefastos na saúde e bem-estar da mesma.

Compete ao EEESIP desenvolver competências nesta área do neuro-desenvolvimento, de forma a promover a saúde e prevenir a doença. Promove a saúde ao capacitar e empoderar a família acerca da necessidade de efetuar um rastreio de perturbações da aprendizagem específica aquando da identificação de sinais de alarme das mesmas. Ao informar a família da consequência da inexistência de um diagnóstico destas perturbações, continuamos a promover

a saúde, dado que esta ausência pode impossibilitar a criança a ter adequações na avaliação do seu ano letivo atual ao abrigo da legislação existente e o timing para solicitar às direções escolares e à Direção Geral da Educação adequações na avaliação de exames nacionais no seu percurso escolar à posteriori.

O EEESIP previne a doença, no caso da existência da problemática em estudo, ao identificar sinais compatíveis com uma perturbação da leitura e da escrita na criança, efetuar o encaminhamento para profissionais capacitados para efetuar o despiste, de forma a obter uma confirmação atempada da perturbação e referenciação escolar da criança, diminuindo os impactos negativos no desenvolvimento da criança, os quais poderão despoletar problemas de saúde mental com cronicidade, inclusive na vida adulta. Assim, não há uma evitação da perturbação da leitura e da escrita, pois a criança já é portadora da mesma, existe sim uma enorme probabilidade de uma afeção na saúde mental destas crianças, podendo o enfermeiro ao efetuar a identificação precoce da perturbação, contribuir para a prevenção da doença mental.

De forma a fundamentar a importância do EEESIP na promoção da saúde e prevenção da doença na criança com perturbação da aprendizagem específica recorreremos aos autores Hockenberry & Wilson, que referem que *“se são identificados problemas, o enfermeiro intervém diretamente ou encaminha a família para outro profissional ou serviço de saúde. A melhor abordagem para a prevenção é a educação e a orientação antecipatória”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.14).

Cada etapa do desenvolvimento da criança tem especificidades próprias e inerentes à sua idade. Cabe ao EEESIP efetuar uma apreciação e avaliação dos riscos e conflitos possíveis em cada etapa, permitindo desta forma uma orientação e capacitação dos pais/cuidadores acerca do know-how na prevenção de potenciais problemas. Nesta prevenção existem cuidados que são mais óbvios e para os quais o enfermeiro está mais desperto, tal como a questão da segurança da criança, capacitando a família para a prevenção de lesões por acidentes. No entanto existem cuidados à criança menos perceptíveis, mas que são igualmente da competência do EEESIP, nomeadamente a promoção do bem-estar e saúde mental da criança, tendo o enfermeiro dever de prestar cuidados que contribuam para esta promoção (Hockenberry & Wilson, 2014).

É pertinente neste momento da resenha deste relatório, efetuar alusão ao Código Deontológico de Enfermagem, pois à luz do mesmo, o EEESIP tem o dever e a obrigação de estar desperto e sensibilizado para os potenciais problemas da criança, permitindo atuar aquando os deteta. Consideramos relevante esta alusão, pois mais uma vez permite-nos fundamentar a escolha da nossa problemática, e caso ainda existisse uma réstia de dúvidas do papel do EEESIP nas perturbações da aprendizagem específicas, o Código Deontológico e a legislação em vigor pelos quais se rege a Enfermagem em Portugal, clarifica de forma explícita as obrigações e deveres para com as crianças e suas famílias na promoção da saúde e prevenção da doença das mesmas.

A doutrina deontológica de Enfermagem evoluiu significativamente desde a publicação da Deontologia de Enfermagem em 1998, no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. A Deontologia Profissional de Enfermagem, vinculada com a publicação da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015), surge com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da reflexão ético-deontológica de enfermagem e nortear a prestação de cuidados de enfermagem.

A Deontologia Profissional de Enfermagem constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro, é essencial para clarificar as normas, orientar e fundamentar o agir do mesmo, no que se refere aos seus atos e na tomada de decisão nas variadas dimensões dos cuidados e nas diversas áreas de intervenção da Enfermagem (OE, 2015).

O Artigo 99.º, n.º 2, afirma que na relação profissional devem ser considerados os seguintes valores universais: “*a) a igualdade; b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional*” (OE, 2015, p. 77). É importante que os valores sejam reconhecidos e integrados na conduta do profissional, destacando-se a competência e aperfeiçoamento profissional.

Estes dois valores encontram-se associados e manifestam-se pela promoção do desenvolvimento pessoal e profissional através da formação. Pelo facto de a Enfermagem ter um mandato social, implica que a sociedade espera alguma coisa dos enfermeiros, um serviço

adequado às suas necessidades e que tem de ser prestado de forma competente, para tal é necessário que o agir do enfermeiro parta de processos de pensamento e não somente de regras aceites, por isso, *“podem superar o facto evidente de as respostas puramente habituais não serem, muitas vezes, tão estruturadas quanto a infinita variedade de circunstâncias com que lidamos e que estamos em condições de enfrentar”* (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 68).

O enfermeiro é o *“profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade [...]”* (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, 1996, p. 2960). E sendo a enfermagem uma profissão, que na área da saúde, tem como objetivo responder especificamente às necessidades de saúde, têm os enfermeiros, o dever de responder competentemente e com respeito, às promessas feitas e aos compromissos assumidos.

O artigo 112.º da Deontologia Profissional de Enfermagem, na sua alínea b, refere que o enfermeiro assume o dever de *“atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma”* e de *“trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde”* (OE, 2015, p.84).

Durante o processo de cuidado, o enfermeiro deve articular com os outros elementos da equipa, de forma a alcançar o objetivo final: alcançar os melhores cuidados de saúde possíveis. A complementaridade funcional é determinante para a excelência do exercício. Para além dos pressupostos descritos os enfermeiros estão obrigados a cumprir os deveres decorrentes da legislação portuguesa em vigor. A Constituição da República Portuguesa, publicada em Diário da República n.º 86/1976 de 10 de abril, alterada pelas leis constitucionais n.º 1/97, n.º 1/82, n.º 1/89, considera no artigo 64.º, n.º 1 e n.º 3, que todos têm direito à proteção da saúde, incumbindo ao Estado assegurar o acesso dos cidadãos a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

A Lei de Bases em Saúde, Lei n.º 95/2019, reforça, na Base I, n.º 1, o direito dos indivíduos e da comunidade à proteção em saúde. Na Base II, n.º 1, acrescenta que *“a promoção da saúde*

e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado” (alínea a), e que devem ser “tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças [...]” (alínea c).

A Convenção sobre os Direitos da Criança, homologada pelo Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, no seu artigo 3.º, declara que *“todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas [...] terão primordialmente em conta o interesse superior da criança”* (p. 12). No seu artigo 12.º, estabelece ainda que deve ser garantido *“à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade”* (p. 13).

O conhecimento de enfermagem apresenta-se como um tipo de conhecimento específico dos enfermeiros. Surge da compreensão, interpretação e aplicação das soluções encontradas para um determinado problema (Queirós, 2014), desenvolve-se numa perspetiva multifatorial, onde se agregam várias vertentes como a evidência científica, a investigação, a experiência adquirida e inclusive através dos meios de compreensão e assimilação de cada um (Nunes, 2018; Queirós, 2014).

É com base nesse conhecimento que os enfermeiros atuam, logo é através deste que desenvolvem os seus processos de tomada de decisão. O processo de tomada de decisão consiste no conhecimento que o enfermeiro possui acerca da escolha da melhor alternativa, devidamente sustentada e fundamentada, para solucionar um problema (Nunes, 2009).

Perante a dissertação minuciosa do dever do EEESIP para com a criança com perturbação da aprendizagem específica, consideramos ter argumentado com clareza qual o papel do enfermeiro nesta problemática, tão escassamente abordada, quer cientificamente quer na prática profissional da Enfermagem. É emergente a sensibilização dos profissionais de enfermagem para a identificação de crianças suscetíveis de serem portadoras desta perturbação, capacitação e empoderamento destas famílias para que o melhor estado de bem-estar e saúde seja alcançado.

Deontologicamente e legalmente somos obrigados a proteger grupos vulneráveis onde as crianças se incluem, temos dever de reconhecer os limites das nossas competências e articular

com os cuidados necessários de outras profissões, tendo sempre presente que o nosso desempenho é em função do interesse superior da criança. Na prestação de cuidados na criança com esta problemática, estamos a cuidar de crianças cuja perturbação não é uma situação aguda, é permanente com caráter crónico e a ausência de identificação trará consequências no desenvolvimento da criança, afetando a qualidade de vida e saúde ao longo de toda a vida deste ser em crescimento.

1.3 –DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

“O maior objetivo para a Enfermagem Pediátrica é a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde às crianças e suas famílias.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.1). Partindo deste pressuposto, o projeto desenvolvido pretende contribuir para a melhoria dos ganhos em saúde na criança em idade escolar, mais especificamente na faixa etária compreendida entre os 6 e os 7 anos. Ao promovermos a saúde da criança potenciamos a redução das diferenças do estado de saúde entre as numerosas crianças de um determinado grupo, assegurando *“a igualdade de oportunidades e recursos para capacitar todas as crianças a alcançar o seu potencial máximo de saúde”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.2).

A sociedade atual sofreu mudanças, incluindo o upgrade do conhecimento científico, o que levou a que a atenção da pediatria se centralize em grupos de crianças de maior risco, onde estão incluídas as crianças com doença crónica e com perturbações ou patologias na área da saúde mental (Hockenberry & Wilson, 2014).

Hockenberry & Wilson (2014) referem a nova morbilidade, identificada também como doença pediátrica social, quando estamos perante problemas de comportamento, educacionais e ainda sociais, que por sua vez se repercutem negativamente no desenvolvimento da criança. Os autores entre diversos problemas que identificam, mencionam o insucesso escolar como um dos obstáculos a um desenvolvimento saudável, e frisam as questões relativas à saúde mental como uma das adversidades na infância e adolescência.

Durante a prestação de cuidados às crianças, o EEESIP depara-se com uma diversidade de faixas etárias, sendo o desenvolvimento da criança, um constante e dinâmico processo, que se desenrola a uma velocidade alucinante, com características específicas e aquisições próprias consoante o estágio de desenvolvimento em que se encontra.

O período do ciclo vital compreendido entre os 6 e os 10 anos, é designado por idade escolar. É um período temporal marcado e influenciado pelo ambiente escolar, sendo este o contexto que maior influência tem, provocando um impacto expressivo nesta fase do desenvolvimento da criança e nas suas relações entre pares e interpessoais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Fisiologicamente a criança em idade escolar, tem determinadas características físicas e anatómicas típicas. Inicia-se com a queda dos primeiros dentes e terminará com o início da puberdade, sendo os 2 primeiros anos desta fase designada como a idade do *patinho feio* quando os dentes definitivos aparentam ser grandes em relação ao rosto. No término desta fase as diferenças visíveis entre os pares são superiores às do início, podendo desencadear perturbações emocionais se o aspeto físico não corresponder ao idealizado pela criança ou pelos próprios pares. É de realçar que a maturação física não implica uma maturação social e emocional correlacionada (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente ao desenvolvimento psicossocial, Erikson define o estágio de desenvolvimento entre os 6 e os 11 anos como o 4º estágio e designa o de estágio de realização ou indústria, cujo objetivo da criança é atingir um patamar elevado de competências escolares e aprendizagem sociais significante e reconhecidas pelos outros (Veríssimo, 2002).

Como todos os estágios identificados por Erikson, também neste existe um conflito que é centrado em indústria ou engenho versus inferioridade. Ao lhe ser reconhecida a habilidade através do elogio e da recompensa, fomenta-se a autoestima, incentiva-se o sentimento de indústria na criança, pela satisfação que obtém das suas capacidades e reconhecimento, se pelo contrário a criança não é valorizada e elogiada pelo seu esforço vai existir um sentimento de inferioridade (Veríssimo, 2002).

Existe, portanto, um risco inerente a esta fase do desenvolvimento da personalidade que poderá desencadear um sentimento de inferioridade, e que pode surgir quando uma criança não está apta a desenvolver tarefas com sucesso, não incrementando o sentimento de competência e realização (Hockenberry & Wilson, 2014).

As crianças que possuem limitações a nível do desenvolvimento físico, psicossocial ou cognitivo encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade devido à maior dificuldade na aquisição de determinadas competências, ficam numa posição de maior risco, com repercussões nos sentimentos desenvolvidos, podendo redundar em sentimentos de inferioridade e inadequação perante os pares e sociedade (Hockenberry & Wilson, 2014).

É importante aqui frisar que se o ambiente social incrementa um significado negativo a determinados insucessos, como o escolar, amplia o sentimento de inferioridade em crianças com maior dificuldade nas aquisições de competências, podendo a repetição do insucesso da tarefa condicionar a criança na sua vontade de a repetir ou tentar executar uma tarefa nova com receio de igualmente fracassar perante os pares (Hockenberry & Wilson, 2014).

Situações em que o sentimento de inferioridade tem um grau de intensidade elevado, pode tornar a criança relutante em desempenhar tarefas e inclusive a desistir mesmo de tentar executá-las, evitando assim ser comparado com os pares e ser conotada como menos capaz que o irmão ou o colega de turma. A inadequação gera dificuldades para uma criança, que com o insucesso e fracasso escolar pode conduzir a um sentimento de humilhação. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Quando entram na idade escolar as crianças começam a ter capacidade de relacionar as representações mentais com a representação verbal e simbólica, ou seja, tem competência para a representação mental de ações sem ter de as realizar fisicamente para as compreender (Hockenberry & Wilson, 2014). A esta fase do desenvolvimento cognitivo Piaget designou-o como estágio das operações concretas, sendo a competência mais relevante a aquisição da capacidade de leitura, passando a ser o recurso mais influente para a independência no sucesso escolar (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente ao desenvolvimento social, a criança em idade escolar ao entrar no mundo da “escola”, começa a explorar o meio ambiente, intensifica as relações interpessoais, começa um processo de independência em relação aos pais, tornando-se a identificação com os pares e a aceitação dos mesmos um pilar para a aquisição de sentimentos de segurança e construção da sua personalidade. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nesta fase a criança ambiciona não ser diferente dos restantes pares, e aquelas que o são tem uma probabilidade maior para desenvolver uma alteração na sua autoestima, segurança e independência com consequências nefastas no seu bem-estar e saúde. Hockenberry & Wilson reforçam esta constatação ao afirmarem que “*as crianças portadoras de incapacidade ou aquelas que estão de alguma forma incapazes de competir vão enfrentar dificuldades*” (Hockenberry & Wilson, p.692, 2014).

1.4 – PERTURBAÇÕES DA APRENDIZAGEM ESPECIFICAS NA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

O primeiro ano de escolaridade é um marco importante na vida de uma criança, e é expectável que quando se inicia um percurso escolar este se prolongue durante muitos anos. É o ano em que as aprendizagens da leitura se encetam e cujo sucesso na sua aquisição está correlacionado com a performance no percurso educativo, social e profissional, sendo tanto melhor a adaptação e integração na sociedade, quanto melhor for o nível de competência linguística (Silva, 2019).

Como já referimos anteriormente o desenvolvimento infantil é realizado em vários domínios. Hertzman & Power (2007) referem que os domínios, designadamente o cognitivo, o sensorial, o físico, o social, o emocional e a linguagem, vão influenciar o desenvolvimento do indivíduo ao longo da sua vida, mencionam ainda que são interdependentes entre eles e que individualmente ou em conjunto interferem e produzem efeitos no bem-estar, no comportamento e na saúde física e mental do indivíduo.

Grantham-McGregor *et al* (2007) frisa que a forma como decorrem as aquisições nos primeiros anos de vida de uma criança são cruciais, dado ser neste período que ocorre o desenvolvimento em todos os domínios.

A comunicação inicia-se mesmo antes do nascimento de uma criança, pois enquanto feto dentro do útero materno, já reage a estímulos exteriores e a sons que percebe. Ao nascer o choro e as expressões faciais no primeiro contato com o ambiente envolvente ao parto já é uma forma de comunicar mesmo sem ter ainda adquirido a competência da linguagem.

Teles (2010) identifica como atividades linguísticas, ouvir, falar, escrever e ler, e que a linguagem falada serve de suporte à linguagem escrita, existindo entre estas duas competências uma relação recíproca.

Consideramos importante para melhor compreensão das perturbações da aprendizagem específicas, efetuar a descrição dos termos comunicação, linguagem e fala que apesar de serem três conceitos diferentes, se relacionam entre si (Ribeiro, 2018). Assim a criança começa por comunicar inicialmente nos primeiros dias de vida através do choro e expressões faciais, depois começa a sorrir, progressivamente vai adquirindo formas de linguagem verbal, palavra, diz as primeiras palavras, começa a construir frases com 2 ou 3 palavras e evolui até que utiliza a fala para comunicar (Romert, 2013).

Comunicação é quando existe permuta de informação, é utilizada para provocar reações comportamentais nos outros e decorre através de um processo algo complexo (Ministério da Educação, 2003). Este processo é dinâmico, envolve um emissor que faz a codificação ou formulação de uma mensagem e um recetor que efetua a descodificação ou compreensão da mesma mensagem, permitindo que exista partilha de experiências (Scopel. R, Souza, V. & Lemos, S., 2012).

A comunicação está correlacionada com todas as áreas do desenvolvimento, uma vez que requer uma heterogénea e intrincada conjugação de competências cognitivas, sensoriais, sociais e físicas (Ministério da Educação [ME], 2003). Engloba comportamentos verbais e não verbais que iram influenciar a reação do outro (Ribeiro, 2018).

Ao comunicar *“a criança desenvolve as suas capacidades e competências, em virtude das trocas que mantém e assume com o meio ambiente. Quanto maior for a sua capacidade para comunicar, maior controlo ela poderá ter sobre o seu meio ambiente”* (Nunes, 2001, p. 81). Subentende-se então que a comunicação é de extrema importância para a criança, pois permite a expressão de sentimentos, partilha de informação, interação com o outro, contribuindo para a autoconfiança e a autoestima, propicia a integração social, e consequentemente promove o bem-estar e a saúde (Nunes, 2001).

A linguagem é definida como *“um sistema convencional de símbolos arbitrários e de regras de combinação dos mesmos, representando ideias que se pretendem transmitir através do seu uso e de um código socialmente partilhado, a língua”* (Ministério da Educação, 2003, p. 16) e compreende a *“forma (fonológica, morfológica e sintaxe), a função (pragmática), o conteúdo (semântica) e o uso de um sistema convencional de símbolos (gestos, fala, escrita, imagens), governadas por regras para a comunicação”* (Ribeiro, 2018, p. 3).

Na linguagem verbal encontramos a componente oral e a escrita, possuindo cada uma características, símbolos e regras próprias (ME, 2003). Enquanto que a aquisição da linguagem oral é efetuada de uma forma gradual e progressiva pelo contato com o meio envolvente e a língua materna, a linguagem escrita não surge de forma espontânea, *“necessitando do recurso ao ensino formal para o desenvolvimento de competências relacionadas com a extração de significados de cadeias gráficas (leitura) e com a produção de cadeias gráficas dotadas de significado (expressão escrita)”* (ME, 2003, p. 23).

As competências da linguagem verbal escrita apesar de serem distintas das competências da linguagem verbal oral, correlacionam-se num contínuo com estas, nomeadamente a nível da compreensão oral e da expressão oral, e para além destas também se relacionam com as competências da consciencialização progressiva e sistematização do conhecimento inerente à utilização da língua (ME, 2003)

Por sua vez a fala *“consiste na materialização e manifestação concreta da linguagem”* (ME, 2003, p. 28) ou seja a fala *“é apenas o ato motor de transmitir a linguagem, os sons, as palavras e as frases, é, pois, a forma de comunicação mais comum”* (Romert; 2013). A aquisição

intuitiva da criança do sistema linguístico do meio onde está inserida, leva ao apoderamento da sua língua materna (Sim Sim, 2008).

É fulcral que o desenvolvimento da linguagem oral seja equilibrado para que posteriormente a aquisição da linguagem escrita decorra sem intercorrências (Coutinho, 2012).

Num desenvolvimento dentro do padrão considerado normal, a maioria das crianças adquire e desenvolve competências linguísticas sem apresentar perturbações, no entanto existe uma percentagem que irá apresentar dificuldades na compreensão, expressão e uso da linguagem, podendo estas três vertentes ainda estar presentes em simultâneo. (Coutinho, 2012).

A American Psychiatric Association (APA, 2014, p.5) refere que *“As perturbações da comunicação incluem as perturbações da linguagem, a perturbação do som da fala, perturbação da comunicação social (pragmática) e a perturbação da fala do início da infância (gaguez)”*. Todas estas perturbações da comunicação são perturbações do neurodesenvolvimento cujo início acontece na fase de desenvolvimento, manifestam-se frequentemente antes da criança iniciar a escolaridade, caracterizam-se por défices no respetivo desenvolvimento, o que vai condicionar o funcionamento, tanto a nível pessoal como social e escolar (APA, 2014).

Os défices no desenvolvimento podem ir desde limitações específicas da aprendizagem, até défices gerais na inteligência ou nas capacidades sociais, e tal como todas as perturbações do neurodesenvolvimento poderão induzir incapacidades funcionais para toda a vida (APA, 2014).

As perturbações relacionadas com a leitura e a escrita, regem o seu diagnóstico pela definição proposta no manual de saúde mental Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-V] da American Psychiatric Association (2014) e pela International Classification of Diseases 11 [CID-11] (2018) da WHO. O grupo de trabalho da CID-11 promoveu esforços para harmonizar o capítulo sobre Transtornos mentais e Comportamentais com a estrutura do DSM-V, tendo o mesmo conseguido equiparar as designações nesta área das perturbações do neurodesenvolvimento, facilitando a codificação do diagnóstico das perturbações da aprendizagem específicas e tratamento estatístico destes registos.

O DSM-V categoriza na **Perturbação da Aprendizagem Específica** crianças que cumpram determinados critérios de diagnóstico. Definiu então 4 critérios, aos quais se obtém uma resposta baseada numa recolha de dados sobre antecedentes familiares e pessoais da criança.

Apesar de exaustiva a citação que se segue é fundamental para que o EEESIP possa ter conhecimento acerca dos critérios, fortalecendo as suas competências na identificação precoce e encaminhamento destas crianças, pois só possuindo conhecimento científico atualizado poderá prestar cuidados de excelência perante a suspeita de uma criança com esta perturbação. Deste modo, passamos à identificação dos critérios de diagnóstico para a perturbação da aprendizagem específica segundo a APA:

“A. Dificuldades na aprendizagem e utilização de competências académicas, como indicado pela presença de pelo menos um dos seguintes sintomas, persistentes durante pelo menos 6 meses e apesar de ter sido desenvolvida intervenção dirigida a essas dificuldades:

1. Leitura incorreta ou lenta e que requer grande esforço (por exemplo, lê alto palavras de forma incorreta ou lenta e hesitante);

2. Dificuldade na compreensão da leitura (por exemplo, pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, relações e inferências);

3. Dificuldades em soletrar palavras (por exemplo, poderá acrescentar, omitir e/ou substituir grafemas);

4. Dificuldades na expressão escrita (por exemplo, erros de concordância, de pontuação e expressão escrita com pouca coesão);

5. Dificuldades no domínio do sentido de número, factos numéricos ou cálculo (por exemplo, apresenta baixa compreensão dos números e das suas relações, conta pelos dedos para adicionar números, perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar procedimentos);

6. Dificuldades no raciocínio matemático (por exemplo, revela dificuldades significativas em aplicar conceitos, factos e procedimentos matemáticos para resolver problemas quantitativos).

B. As competências académicas afetadas estão substancial e quantificavelmente abaixo do que seria esperado para a idade cronológica do indivíduo e têm uma interferência significativa no desempenho escolar, ocupacional ou em atividades de vida diária que as envolvam, como confirmado por medidas estandardizadas de desempenho e pela avaliação clínica.

C. As dificuldades de aprendizagem têm início durante a idade escolar, mas podem não ser visíveis até que as exigências de realização comecem a exceder as capacidades, limitadas, do indivíduo (por exemplo, testes com limite de tempo, ler ou escrever textos complexos em prazos apertados e elevada carga de trabalhos académicos).

D. As dificuldades de aprendizagem não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual, dificuldades visuais ou auditivas não corrigidas, outras perturbações mentais ou neurológicas, adversidades psicossociais,

não domínio da língua usada na instrução académica ou instrução desadequada. Os critérios acima referidos são preenchidos com base numa síntese clínica da história familiar, educacional, desenvolvimental e médica do indivíduo”

(APA, p.78, 2014)

A APA (2014) refere ainda que ao se codificar as perturbações específicas da aprendizagem, deve ser especificado todos os domínios e capacidades com comprometimento. Assim deve ser especificado se existe igualmente défice na leitura, défice na expressão escrita ou défice na matemática.

Relativamente às perturbações específicas da aprendizagem com défice na leitura a APA (2014) aceita como designação facultativa o termo **dislexia**, para “*referir um padrão de dificuldades que se caracteriza por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, descodificação e capacidades de soletração pobres.*” (APA, 2014, p. 79).

É importante a especificação do grau de gravidade, ligeiro no caso de interferência na aprendizagem em um ou dois domínios académicos mas que a criança consegue adaptar-se e efetuar o seu percurso; grau moderado em que as dificuldades afetam um ou dois domínios académicos e em que a gravidade é tal que é necessário um acompanhamento mais intensivo para ter sucesso escolar; e grau grave em que existem graves dificuldades na aprendizagem que afetam vários domínios académicos e que mesmo com apoios intensivos poderá não conseguir ser capaz de executar as tarefas com sucesso (APA, 2014).

A International Dyslexia Association (IDA) define **dislexia** como uma dificuldade específica de aprendizagem de origem neurobiológica que se caracteriza por dificuldades no reconhecimento exato e/ou fluente das palavras, e ainda por precárias habilidades de ortografia e descodificação da escrita. As dificuldades resultam de um déficit no componente fonológico da linguagem, sendo este inesperado em comparação a outras habilidades cognitivas e a uma eficaz instrução em sala de aula. Como consequências secundárias surgem problemas na compreensão da leitura e redução da capacidade de leitura, o que leva a um impedimento do aumento do vocabulário e do conhecimento prévio (IDA, 2002, s.id.).

Esta definição adotada pela IDA vem evidenciar que na dislexia as principais dificuldades são a nível da leitura e da ortografia, que a sua origem se deve a um défice fonológico, estando inalteradas as competências cognitivas (Teles, 2004).

O conhecimento acerca da dislexia sofreu alterações ao longo dos anos e apesar de ser alvo de estudo desde o final do século XIX *“permanece ainda envolta em controvérsia sendo objeto de grande desconhecimento por parte da população e daqueles que têm por função diagnosticar e intervir atempadamente”* (Carvalho, 2014, p.1).

Com o aparecimento de novas tecnologias, tais como a ressonância magnética funcional, foi possível efetuar o estudo do cérebro através de imagens que confirmaram a existências de diferenças na anatomia e funcionamento entre indivíduos com e sem dislexia, verificou-se ainda a nível do hemisfério esquerdo do disléxico, uma ativação inferior ao normal, nas tarefas da leitura e na execução de tarefas de processamento visual que não envolvem a leitura (Carvalho, 2014).

A influência genética que leva a uma maior taxa de incidência da dislexia em algumas famílias foi verificada por investigadores que verificaram a influência de alguns genes na transmissão da dislexia (Carvalho, 2014). Gabrieli (2009) refere que a dislexia é fortemente hereditária, verificando-se 58% em gémeos monozigóticos e 50% em indivíduos que tem um dos pais ou um irmão com dislexia.

Pelo explanado relativamente aos achados anatómicos e aos genéticos, compreende-se que a dislexia vai afetar de forma persistente a eficácia da capacidade de leitura, não existe uma causa intrínseca ou extrínseca à criança, ou seja, são excluídos défices intelectuais, sensoriais e instrução incompetente ou insatisfatória. Ao se realizarem testes de inteligência, a criança disléxica apresenta desempenhos inferiores nas funções verbais, nomeadamente nas escalas de memória de códigos, aritmética e dígitos, em comparação com o desempenho nas funções não verbais que obtém scores mais elevados ou seja QI mais elevado na função não verbal relativamente ao QI da função verbal (Coelho, 2019).

Para além da genética, da anatomia e funcionamento cerebral como fator preditor de dislexia, a prematuridade ou muito baixo peso à nascença e a exposição pré-natal à nicotina são fatores de risco para a perturbação da aprendizagem específica (APA, 2014)

A prevalência da dislexia sofre oscilações dependentemente dos critérios de inclusão da severidade da perturbação da leitura aplicados nos estudos, uma vez que podem ser mais ou menos restritos, refletindo-se na percentagem final obtida.

Fletcher, Lyon, Fuchs & Barnes (2019) referem que a prevalência da dislexia na população em geral oscila entre os 6 e os 17%.

Shaywitz & Shaywitz (2008) referem que a dislexia afeta 80% dos indivíduos identificados com perturbações de aprendizagem, sendo a mais frequente na população mundial e a mais estudada.

Snowling (2008) refere uma prevalência da dislexia entre 4 e 8% das crianças no Reino Unido.

Em Espanha Gallego, Iscoa, López & Pérez, (2011) realizaram um estudo numa população escolar de 2012 crianças frequentadoras do 2^a, 4^o e 6^a ano, identificando 224 alunos com dificuldades específicas da aprendizagem da leitura, perfazendo 11,8% da população em estudo, sendo a maior prevalência no 2^o ano de escolaridade com 15,2% dos alunos a apresentarem perturbação da aprendizagem da leitura.

No DSM-V refere se que a *“prevalência da perturbação da aprendizagem específica nos vários domínios académicos de leitura, escrita e matemática é de 5% - 15% entre crianças em idade escolar nas diferentes línguas e culturas”* (APA, 2014, p. 83).

Teles (2004) refere que na população escolar, a perturbação mais frequente é a dislexia, sendo, no entanto, variável a sua prevalência, dependendo do grau de transparência dos idiomas. Quanto maior for a profundidade da ortografia, maior será a dificuldade na aquisição da leitura. A profundidade está relacionada com a irregularidade e complexidade na relação entre o

grafema e o fonema, ou seja, uma mesma letra pode representar diferentes sons, consoante o contexto em que é utilizada e o mesmo som pode ser escrito com diferentes letras.

Seymour, Aro & Erskine em colaboração com COST Action A8 network (2010), efetuaram um estudo acerca das profundidades das ortografias europeias, elaborando posteriormente uma tabela, onde identifica o Português como tendo uma ortografia mais profunda, juntamente com o Francês, Dinamarquês e Inglês, encontrando-se a língua inglesa como a mais profunda de todas as ortografias.

A Associação de Portuguesa de Dislexia refere que 10% da população mundial ou seja 1 em cada 10 pessoas não consegue ler fluentemente e em Portugal 5% da população tem dislexia. Vale, Sucena & Viana (2011) efetuaram um estudo em Portugal, sobre a prevalência desta perturbação da aprendizagem específica em 1460 crianças do 1º ciclo do ensino básico, que corrobora que 5,44% destas apresentam dislexia. Realça-se aqui o fato deste estudo em Portugal ter sido pioneiro, estamos a falar do ano de 2011 aquando da sua publicação, constatando-se a parca investigação e consequentemente identificação de crianças com dislexia no nosso país. Na nossa pesquisa de produção científica em bases de dados foi mesmo o único estudo encontrado que mostra a realidade portuguesa.

A dislexia é uma perturbação que apenas se manifesta após o início da aprendizagem escolar da escrita e da leitura, sendo a avaliação e o diagnóstico efetuados apenas passado algum tempo da verificação das dificuldades, ao não serem adquiridas as competências da leitura e consequentemente emergir o insucesso escolar. Perante esta realidade, o aluno com perturbação da aprendizagem específica, só terá um diagnóstico e planeamento de intervenções adequadas 2 a 3 anos após o início da escolaridade (Carvalho, 2014).

Existem, no entanto, indícios ainda durante a primeira infância antes da criança entrar no ensino formal que podem predizer um diagnóstico de perturbação da aprendizagem específica. Estes antecedentes englobam atraso na aquisição ou défices na linguagem, dificuldade em memorizar rimas ou contar alterações na motricidade fina, como por exemplo no recorte com tesoura, na pintura, podendo a criança ser relutante ou mesmo recusar-se a participar em atividades de aprendizagem relacionadas com pintura, recorte, cantar. Estas crianças pré-

escolares podem, por exemplo, pronunciar palavras incorretamente, ter dificuldade em transmitir claramente o que está a pensar ou até ter dificuldade em memorizar os dias da semana ou reconhecer letras do seu nome (APA, 2014).

A existência de atraso/ perturbação na fala ou linguagem ou a existência de um processamento cognitivo comprometido como por exemplo a memória de trabalho, nomeação seriada rápida e consciência fonológica na idade pré-escolar preveem perturbação da aprendizagem específica na leitura e escrita na idade escolar (APA, 2014).

A dislexia pode estar associada a co morbilidades. A perturbação da hiperatividade e défice de atenção é a mais frequente, e pode ser encontrada concomitantemente entre 18% a 42% nas crianças com dislexia, (Handler, 2016). Outras co morbilidades associadas à dislexia são a perturbação da oposição, perturbação obsessiva compulsiva, ansiedade, depressão e desvalorização da autoestima (Handler, 2016).

No DSM-V é referido como modificador de curso a co morbilidade da perturbação da hiperatividade e défice de atenção na criança com dislexia, como presságio de um pior prognóstico relativamente à saúde mental da criança (APA, 2014).

Relativamente à prevalência por género, estudos realizados identificaram que a perturbação específica da aprendizagem é mais comum no sexo masculino, variando os rácios entre 2:1 a 3:1 (APA, 2014).

Após o explanado acerca desta perturbação da aprendizagem específica é importante referir que sempre que há suspeita de estarmos perante uma criança com esta perturbação é mandatário averiguar, despistar e avaliar de uma forma estruturada para comprovação dos resultados e posterior acompanhamento adequado da criança e família (Ribeiro, 2018).

Para um diagnóstico de dislexia é necessária uma anamnese dos antecedentes pessoais da criança e ainda uma avaliação neurológica, psicológica e linguística da mesma. Os antecedentes pessoais incluem informação acerca do desenvolvimento da criança onde é explorada a história clínica pessoal e familiar, história social da criança, educação (frequência de pré-escola, repetição de anos escolares) e quociente de inteligência (QI) (Laranjeira, 2015).

A avaliação da criança com dislexia deve ser uma avaliação interdisciplinar entre vários profissionais, devido à complexidade desta perturbação, exigindo assim um esforço conjunto de técnicos especializados de várias áreas nomeadamente professores, psicólogos, terapeutas da fala, médicos e enfermeiros de forma a possibilitar um diagnóstico correto (Ferreira & Horta, 2014). A família tem na deteção precoce da dislexia um papel de extrema importância, pois é em casa que muitas das vezes a criança revela comportamentos de angústia e ansiedade relacionado com a aprendizagem da leitura, recusando em efetuar trabalhos de casa, recusando a ler em voz alta, ente outros sinais que deverão ter em consideração os pais.

Constata-se então que o diagnóstico precoce das dificuldades na leitura permite uma intervenção terapêutica mais eficaz e com sucesso para a criança, sendo esta intervenção centrada na criança e nas suas necessidades, devendo compreender todos os intervenientes com responsabilidade no processo de desenvolvimento da mesma, inclusive a família (Ferreira & Horta, 2014).

A dislexia não tem tratamento farmacológico. De todas as intervenções estudadas para capacitar a criança com esta perturbação, as que obtiveram melhores resultados, são as estratégias com exercícios que utilizam os métodos fónicos permitindo o ensino do grafema com o fonema, ou seja, da letra com o som (Laranjeira, 2015).

1.5 – RESPONSABILIDADE DO EEESIP NOS CSP NA REFERENCIAÇÃO DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÕES DA APRENDIZAGEM ESPECIFICAS

“A população em geral e em particular os cuidadores, os educadores e os profissionais de saúde, devem estar sensibilizados para a identificação do problema de forma a permitir um diagnóstico precoce e o estabelecimento de um plano de intervenção adequado” (Laranjeira, 2015, p. 30).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), devido à proximidade e acompanhamento da criança e família, pertencem a uma conjuntura propícia à identificação e referenciação de crianças com suspeita de perturbações da aprendizagem específica. Em Portugal as consultas de vigilância

de saúde infantil estão preconizadas e explanadas no Programa Nacional De Saúde Infantil - Norma 010/3013, tendo como objetivo a obtenção de ganhos em saúde nestas populações (DGS, 2013). Estas consultas são desenvolvidas nas unidades de prestação de cuidados de saúde à população de forma personalizada, designadas por Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF).

A DGS (2013) visa intervenções dos profissionais de saúde, que efetuam consultas nos CSP, grupo onde se inclui o EEESIP, na **deteção precoce e encaminhamento** de situações que possam comprometer a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como as perturbações da linguagem, **sinalizar e proporcionar apoio contínuo às crianças com doença crónica** e suas famílias de forma a assegurar a articulação entre os diversos intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças, e ainda **promover o desenvolvimento social, pessoal e autodeterminação das crianças e jovens**.

No PSNIJ estão descritos parâmetros orientadores, incluindo a avaliação do desenvolvimento e linguagem, e que são baseados na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (EADMSM), sendo esta um instrumento com marcos de desenvolvimento e sinais de alerta correspondente a idades chave, relativamente à visão, motricidade fina, audição, linguagem, postura, motricidade global, comportamento e adaptação social (DGS, 2013). Encontra-se disponível nos sistemas informáticos dos CSP, SClínico, ao aceder ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil – avaliação do desenvolvimento infantil, desde o recém-nascido até à idade 5-6 anos, o que permite registo na escala aquando da avaliação.

A DGS para além dos parâmetros a avaliar, identifica os cuidados antecipatórios correspondentes a cada faixa etária e respetiva consulta de vigilância onde refere quais as recomendações de educação para a saúde a transmitir aos pais/família com o intuito de promoção da saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança. Em 2013 foi introduzida a idade chave 6/7 (final do 1º ano de escolaridade) para deteção precoce das dificuldades de aprendizagem, sendo uma das principais alterações ao anterior plano em vigor.

Assim na consulta entre os 6-7 anos está descrito o parâmetro a avaliar correspondente à linguagem/dificuldades específicas da linguagem tendo o EEESIP de avaliar: “*sinal de alerta*

– *linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas)*”; *“sabe escrever o nome completo, identifica letras do alfabeto, gosta da escola, gosta de livros de histórias”*; *“sinal de alerta – demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e em casa, só faz com ajuda”*. (DGS, 2013, p. 21,22).

Como cuidados antecipatórios para a consulta dos 6/7 anos e em relação às dificuldades específicas da linguagem, cujas perturbações pertencem ao grupo das perturbações do neurodesenvolvimento, apenas nos é dada a indicação para abordar *“estimular a perceção da lateralidade”* (DGS, 2013, p. 23).

Se até aos 5/6 anos as informações acerca do desenvolvimento, relativas à linguagem e a dificuldades de aprendizagem estão referidas na EADMSM, após esta idade as orientações deixam de surgir na plataforma digital da avaliação do desenvolvimento, não existindo nenhuma escala ou instrumento orientador acerca dos sinais a observar para deteção de perturbações da linguagem e registos sistematizado dos mesmos.

A DGS (2013) refere que compete aos serviços de saúde e respetivos profissionais estarem atentos e desenvolver estratégias de intervenções adequadas às crianças que apresentem necessidades de saúde especiais. Assim devem ser referenciadas as crianças com idades entre os 0 e os 6 anos para o Sistema de Intervenção Precoce Infantil (SNIPI), sendo este sistema o resultado de uma articulação entre três ministérios, o da Solidariedade e Segurança Social, o da Saúde e o da Educação e Ciência.

A partir dos 6 anos o apoio multidisciplinar a crianças com necessidades de saúde especiais é direcionado para apoios pedagógicos enquadrados por legislação do Ministério da Educação no Decreto-Lei 54/2018, de 6 de julho (substitui Decreto-Lei que regulamentou a educação especial em Portugal nos últimos 10 anos).

A recente legislação reflete os resultados de décadas de investigação nesta área, que concluíram que *“a avaliação de rastreio é a ferramenta que torna possível a intervenção precoce e preventiva nas dificuldades de aprendizagem”* (Silva, 2019, p.21), tornando assim emergente o desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico, que permitam uma intervenção

precoce nas crianças com perturbações da aprendizagem específicas, proporcionando o alcance do sucesso na aprendizagem da leitura.

Esta autora reforça a nossa anterior afirmação, quando alertamos para a inexistência de instrumentos que possibilitem ao EEESIP ter um guia orientador de sinais de alarme e respetivo registo informático sistematizado, decorrendo a avaliação da criança de uma forma mais informal, sendo um método menos eficaz na deteção de situações problemáticas no desenvolvimento da criança em idade escolar.

No PNSIJ está bem patente que é da responsabilidade das equipas de saúde, *“identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados.”* (DGS, 2013, p. 34).

A DGS reconhece que as crianças com perturbações do desenvolvimento, como é o caso das perturbações da aprendizagem específicas, requerem cuidados acrescidos e uma intervenção continuada de vários profissionais, sendo fulcral a articulação entre os diversos cuidados, articulação essa que *“deve ser liderada, de preferência, pelo médico assistente ou pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica/enfermeiro de família, privilegiando-se a articulação com a área da Saúde Escolar, entre outras, nomeadamente os Serviços Escolares: Serviço de Psicologia e Orientação e os Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família.”* (DGS, 2013, p. 34).

Para que a criança seja avaliada e sinalizada é necessário o EEESIP ter conhecimento acerca das possibilidades de encaminhamento, os procedimentos envolvidos, para desta forma garantir um cuidado de excelência e em simultâneo ter conhecimentos para capacitar os pais/família acerca dos caminhos que a criança irá percorrer e quais as consequências, a curto, medio e longo prazo, de não ter um diagnóstico clínico para poder usufruir das medidas legisladas no Decreto-Lei 54/2018, de 6 de julho.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DAS APRENDIZAGENS

O capítulo agora a iniciar objetiva a descrição do percurso que desenvolvemos desde o estágio I ao estágio final. Existe uma organização por contexto de estágio, referindo quais os objetivos definidos e quais as atividades desenvolvidas que nos possibilitaram atingi-los. A explanação das atividades permite ao leitor dar a conhecer a diversidade das componentes clínicas, as quais foram avaliadas pelo nosso desempenho enquanto estudantes, para no capítulo subsequente efetuarmos uma reflexão crítica acerca das mesmas e qual o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP e ainda de Mestre em Enfermagem.

2.1- CAMINHAR DE ENFERMEIRO A ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo efetuaremos uma descrição do percurso realizado entre enfermeiro e enfermeiro especialista em ESIP, percurso este que permitiu caminhar por vários contextos de estágios, permitindo adquirir competências neste sentido.

O Estágio I decorreu de 20 de maio a 28 junho 2019 em contexto de CSP numa UCSP. O Estágio Final decorreu em ambiente hospitalar, em três contextos distintos para aquisição e desenvolvimento de competências clínicas com avaliação quantitativa efetuada pela EEESIP orientadora, correspondente ao nosso desempenho enquanto estudante. Solicitamos a realização de um estágio de observação o qual foi autorizado.

O primeiro contexto do Estágio Final decorreu num Serviço de Internamento de Pediatria, durante quatro semanas com início a 17 de setembro e término a 11 de outubro 2019. O segundo contexto escolhido iniciou-se a 14 de outubro num serviço de Urgência Pediátrica e terminou a 6 de dezembro 2019, tendo a duração de oito semanas. Na semana de 11 de novembro a 15 de novembro 2019 realizamos um estágio de observação numa Consulta de Desenvolvimento Pediátrico. O último contexto de estágio efetuou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais durante quatro semanas com início a 9 de dezembro de 2019 e fim a 17 de janeiro 2020.

Em conformidade com o projeto delineado, foram efetuadas as escolhas dos campos de estágio, para desenvolver as intervenções nas áreas correspondentes. Foi igualmente tido em consideração a possibilidade de observar realidades diferentes do contexto profissional atual, promovendo assim experiências enriquecedoras e promotoras na aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao EEESIP.

A obrigatoriedade de quatro campos de estágios revelou-se um desafio no desenvolvimento do projeto, dado que este incide sobre uma idade específica, idade escolar, existindo um contexto (UICN), onde esta idade não consta das crianças cuidadas. Além disso, o fato de ser uma problemática que exige um conhecimento da criança/família mais profundo com avaliações do desenvolvimento que carecem de disponibilidade de tempo, e que a criança e os pais não estejam nos serviços de saúde por um motivo de doença aguda, pois nestas situações a prioridade é o motivo da ida ao serviço de saúde, como sucede num dos contextos (SUP), fez com que o desenvolvimento do projeto fosse por vezes uma tarefa árdua no entanto extremamente enriquecedora.

Após o explanado e baseando-se o percurso numa prática reflexiva, elencou-se um processo dinâmico de aquisição, aprendizagem e desenvolvimento de competências, na área especializada de saúde infantil, tendo a implementação do projeto contribuído para tal.

Neste capítulo encontram-se dois subcapítulos, sendo um deles relativo ao local de estágio do Estágio I e outro referente ao Estágio Final e respetivos contextos de estágio em que o processo formativo foi desenvolvido. Em cada um dos subcapítulos, descreveremos de forma elucidativa a caracterização do local, quais as atividades desenvolvidas e respetiva reflexão crítica sobre a importância das mesmas na aquisição de competências de EEESIP.

2.1.1 – Estágio I: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram reconhecidos há mais de 30 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata como o alicerce para a sociedade para atingir uma vida economicamente e socialmente propícia à produção. Em Portugal esta idealização de cuidados

iniciou-se em 1971 e durante cinco décadas observaram-se mudanças na sua estrutura tendo sempre como objetivo uma eficiência na atribuição dos recursos de forma a aumentar a eficácia dos cuidados à população.

Atualmente os CSP são ratificados como serviços essenciais para o Serviço Nacional de Saúde Português, sendo idealmente o primeiro contato de cada cidadão com este sistema, uma vez que englobam a prevenção da doença e promoção da saúde e simultaneamente a prestação de cuidados na doença incluindo a articulação com outros serviços de saúde. Entre o ano de 2008 e 2010 e após a publicação do Decreto-lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, deu-se início a uma transformação de grandes dimensões dos centros de saúde, através da constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e dos seus órgãos de gestão e governação, sendo constituídas ao longo de 2010 diversas Unidades Funcionais dos ACES, entre as quais as UCSP. Atualmente encontra-se em vigor o Decreto-Lei n.º 253/2012 – Diário da República n.º 229/2012, Série I de 2012-11-27, constituindo a quarta alteração ao Decreto-lei nº28/2008, de 22 de fevereiro.

As UCSP disponibilizam uma carteira de serviços diferenciados que incluem programas de vigilância, promoção da saúde, educação para a saúde, programa nacional de vacinação, deteção precoce de doenças não transmissíveis, programas de gestão do risco, programas de gestão da doença crónica e programas de visitação domiciliária (Diário da República, artigo 2º, 2015).

A UCSP onde decorreu o estágio pertence a um ACES do distrito de Évora, tendo o mesmo decorrido na Sede da UCSP, local onde se prestam cuidados no âmbito do PNSIJ. Esta UCSP teve a data de início de atividade a 20/03/2007 e proporciona cuidados à população em 7 polos distintos do conselho. Segundo o Bilhete de Identidade (BI) dos CSP em junho de 2019 a UCSP tinha 6334 utentes inscritos, 4 enfermeiros, 4 médicos e 6 secretários clínicos. Aquando do estágio encontravam-se efetivamente a prestar cuidados à população 2 enfermeiros – 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e juvenil e 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, estando um elemento de licença de maternidade e outro elemento a exercer funções na direção de enfermagem.

O Plano de Ação da UCSP, em questão, disponível para consulta no BI dos CSP on line, relativo a 2019 e inclusive a 2018, não contem dados percentuais ou de número exato do grupo específico crianças, na especificação de “quem servimos”, no entanto na página da Internet relativa ao BI da UCSP e através da pirâmide etária dos utentes inscritos observa-se cerca de 16% de população infantojuvenil do total de inscritos, estando os diversos escalões etários subdivididos iniciando-se com idade <1 ano e terminando nos 19 anos. Dos dados disponibilizados no BI à a realçar que o Índice de Desempenho de Saúde da UCSP, correspondente à saúde infantil é de 87,5% e que a proporção de crianças com 7anos (faixa etária incidente do nosso projeto) com plano nacional de vacinação cumprido ou em execução foi de 98,148%, obtendo um score de 2 pontos possíveis em 2.

A organização dos cuidados de enfermagem neste local de estágio é orientada pelo conceito de enfermeiro de família. No Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, foi delineado o enquadramento da atividade desenvolvida pelo enfermeiro de família no âmbito das diversas unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, onde se inclui as UCSP, salientando o papel do enfermeiro integrado nestas unidades, ao prestar cuidados de enfermagem direcionados à família em todas as etapas da vida e ainda em todos os ambientes da comunidade. Tendo sempre presente a incrementação do trabalho em equipa multiprofissional, fica patente neste decreto o quanto é relevante efetivar um modelo de prestação de cuidados centrado no enfermeiro de família, promovendo desta forma a modernização do SNS e fomentando respostas o mais adequadas possíveis às necessidades dos diversos constituintes da família.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2008) corrobora o explanado acima, ao afirmar que o cerne dos CSP assenta na prática da enfermagem, e além disso, identifica os enfermeiros como a maior classe profissional prestadora de cuidados em todos os países.

A área pediátrica nos CSP foi igualmente alvo de progressos nos cuidados prestados, contribuindo em Portugal o PNSIJ para uma vigilância sistemática e uniforme das crianças e jovens. As modificações introduzidas pela DGS em 2013 no PNSIJ permitiram uma maior focalização nas questões e avaliações relacionadas com o desenvolvimento infantil,

perturbações do comportamento e emocionais e ainda dos maus tratos. Faz se aqui a ponte para a importância do EEESIP nos programas de vigilância de saúde infantil nas UCSP.

O EEESIP presta cuidados numa parceria, com a criança saudável ou doente e família/pessoa significativa, proporciona cuidados de nível avançado, com competência, segurança e consequentemente satisfação do binómio criança/família, proporcionando orientações antecipatórias de forma a promover o nível mais elevado de saúde e bem-estar possível, sendo para tal fundamental uma deteção precoce e posterior encaminhamento de situações que possam de alguma forma ter efeitos nefastos na vida ou qualidade de vida (Diário da República, 2018).

Tendo por base o PNSIJ, as competências de enfermeiro especialista e as competências de mestre foram desenvolvidas atividades e prestados cuidados a estas populações específicas na UCSP onde decorreu o estágio I.

O estágio na UCSP decorreu num período de 6 semanas, num total de 126 horas presenciais, sob orientação de uma EEESIJ com a qual prestamos cuidados na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil. Desde que estivesse na unidade, cabia à EEESIP, a responsabilidade de efetuar as consultas interdependentes que precedem a consulta médica, abrangendo todas as faixas etárias abrangidas pelo PNSIJ.

Na consulta de enfermagem desenvolvida, eram prestados cuidados, tendo em consideração a idade da criança, que incluíam a avaliação dos dados antropométricos, nomeadamente peso, estatura, perímetro cefálico, índice de massa corporal, monitorização da visão, monitorização da tensão arterial, avaliação da dentição, os quais possuem campo de registo no programa informático SClínico®, designadamente no foco avaliar desenvolvimento infantojuvenil. Estes registos eram igualmente registados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e efetuadas as curvas de percentil do peso, estatura, índice de massa corporal e perímetro cefálico.

Tanto no boletim de saúde infantojuvenil como no programa informático estão referidos os cuidados antecipatórios correspondentes às idades chave, permitindo ao EEESIP informar e capacitar os pais destas orientações e recomendações sistematicamente, diminuindo o lapso de esquecimento de abordar algum cuidado aos pais/família.

Para avaliar o desenvolvimento das quatro semanas até aos 5/6 anos existe igualmente no SClínico®, no programa de saúde infantil e juvenil um campo com a EADMSM, o qual ao ser efetivado proporciona a escala de acordo com a idade da criança no momento da consulta, permitindo a avaliação do desenvolvimento sistematizada e revelando sinais de alarme caso existam.

Até aos 5 anos um outro campo informático importante é o correspondente ao SNIPI, que permite ao EEESIP recolher dados e posteriormente encaminhar a criança para outro serviço ou profissional aquando seja identificada como criança com necessidades especiais ou em risco. É também possível efetuar a avaliação familiar e efetuar o registo no SClínico®.

Todos estes campos de registos eram preenchidos pela EEESIP, constituindo para nós, uma fonte de aprendizagem na avaliação da criança/família, permitindo visualizar a deteção de sinais de alarme, a articulação com o médico de família da criança e articulação com outros profissionais. Os registos de enfermagem, quer no âmbito de consulta de enfermagem quer de ato de enfermagem, são realizados no SClínico®, utilizando uma linguagem uniforme, através do método da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), permitindo aos profissionais de enfermagem uma normalização dos cuidados prestados.

Sendo a nossa realidade profissional desenvolvida igualmente num contexto de CSP e no mesmo ACES, mas prestando cuidados numa USF, é possível constatar que a referenciação para outros profissionais, nomeadamente o psicólogo pertencente à UCC é um caminho mais curto e menos moroso, dado a equipa estar no mesmo edifício. De igual forma a articulação com a saúde escolar, nomeadamente a enfermeira desta área também é menos morosa, contribuindo ainda o número da densidade populacional desta UCSP, que permite um conhecimento mais profundo da população.

No âmbito desta consulta efetuamos também a verificação e atualização do plano nacional de vacinação da criança. As consultas de vigilância preconizadas no PNSIJ contemplam as idades chave de acordo com marcos no desenvolvimento da criança e foi ainda tido em conta o esquema vacinal em vigor no PNV de forma a evitar deslocações múltiplas à unidade para vacinação isolada. Efetuamos também atualizações do PNV sem contexto de consulta de

vigilância, e ainda de forma oportunista, de forma a promover taxas de coberturas vacinais as mais elevadas possíveis. O registo de vacinas é efetuado no SClínico®, na plataforma de registo de vacinas e no boletim individual de saúde da criança. Neste é colocada ainda a data da próxima vacinação de forma a que os pais não se esqueçam da mesma.

O PNV constitui um estandarte dos CSP devendo se o seu cumprimento e as boas taxas de cobertura obtidas, ao trabalho efetuado por diversos profissionais que a DGS (2020) designou como “*campeões da vacinação*” onde se incluem os profissionais que “*informam, promovem e recomendam a vacinação e os que administram as vacinas*”. A DGS refere ainda relativamente ao PNV que a vacinação deve ser compreendida como um direito, mas também um dever de todos os cidadãos, que ao tomarem a decisão de se vacinarem estão a proteger a sua saúde, a saúde do outro e constitui um ato de cidadania. Desde a sua criação até à atualidade, o PNV mantém algumas características tais como ser gratuito, aplicado nos centros de saúde e hospitais e administrado por enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros (2008), aquando da comemoração do dia mundial da imunização (vacinação), refere que as elevadas coberturas vacinais de Portugal devem-se à atuação dos enfermeiros, ao divulgarem o PNV, ao motivarem as famílias e ao considerarem todas as oportunidades de contato com o utente, para vacinar, incluindo os grupos suscetíveis, tais como grupos de menor acesso aos cuidados de saúde, utilizando esquemas de recurso preconizadas no PNV quando os esquemas recomendados não foram cumpridos.

Abre-se aqui um parenteses para referir que esta é uma área pela qual temos especial interesse, tendo inclusive participado na abertura da sala de vacinação do serviço onde prestamos cuidados, e sendo extremamente gratificante verificar as taxas de vacinação que conseguimos no nosso quotidiano. Esta experiência partilhada com a EEESIP serviu de partilha de conhecimentos adquiridos ao longo dos anos de CSP.

Foi igualmente possível prestar cuidados a recém-nascidos, os quais tem o primeiro contato com os CSP para a realização do diagnóstico precoce, mais conhecido como “teste do pezinho”. Este rastreio enquadra-se no Programa Nacional de Diagnóstico Precoce que efetua desde 1979 rastreios a todos os recém-nascidos. São efetuados testes a doenças graves que podem comprometer um desenvolvimento adequado do recém-nascido se não forem diagnosticadas

precocemente. Assim as doenças rastreadas são Hipotiroidismo Congénito, Fibrose Quística, Doenças Hereditárias do Metabolismo, Acidúrias Orgânicas e Doenças Hereditárias da β -oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos (INSA, 2020).

A EEESIP efetua a colheita que consiste na recolha de sangue por punção do calcanhar para impresso próprio que é enviado posteriormente para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Antes de iniciar o procedimento efetuamos uma explicação aos pais do que consiste o diagnóstico precoce, que doenças rastreia e como podem aceder ao resultado através de consulta na Internet.

Nos CSP é efetuada a consulta de vigilância materna o que permite uma articulação para a prestação de cuidados após o nascimento do recém-nascido. A grávida é informada de quando deve ser efetuado o diagnóstico precoce. A colheita deve ser realizada a partir do 3º dia de vida, para possibilitar existência de 48h de alimentação do recém-nascido e idealmente até ao 6º dia dado que antes do *“3º dia os valores dos marcadores existentes do sangue do bebé podem não ter valor diagnóstico e após o 6º dia alguns marcadores perdem a sensibilidade, e há o risco de atrasar o início do tratamento”* (INSA, 2020, sem id). No entanto se no depararmos com um recém-nascido com idade superior a 6 dias a colheita deverá ser sempre executada, segundo recomendações do INSA.

Este primeiro contato do RN com a unidade constitui a primeira consulta de enfermagem onde pudemos prestar cuidados de enfermagem em colaboração com a EEESIP. Nesta primeira avaliação é de extrema importância efetuar uma recolha de dados que permita conhecer e registar a informação clínica relativa ao RN. No intuito de promover o aleitamento materno efetuávamos uma avaliação da amamentação, colocando o RN à mama, observamos e efetuamos ensinamentos aos pais acerca das posições corretas para amamentar, explicamos ao pai como pode colaborar na amamentação ao ajudar a corrigir a posição da cabeça do RN, promovendo a parentalidade e o vínculo com o pai. Ao mostrarmos disponibilidade e competências para capacitar os pais, obtivemos uma relação de confiança com os mesmos assegurando assim a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Na contratualização dos indicadores para os CSP, está estipulada a visita domiciliária do RN até ao 15º dia de vida, prática esta instituída nesta UCSP. Tivemos oportunidade de realizar uma visita domiciliária ao RN e à puérpera, tendo esta sido agendada para o 5º dia de vida do RN, evitando uma deslocação à unidade, pois efetuamos a primeira consulta em contexto domiciliário e realizamos o diagnóstico precoce ao RN. Consideramos este primeiro contato no domicílio uma vantagem para o RN e para a mãe pois permite protegê-los de riscos associados a transmissão de doenças que poderão ocorrer num contexto de espaço físico das unidades, sendo confirmado pelos pais que referiram preferir não se deslocar à unidade e referem ser uma prática positiva dos cuidados da EEESIP. Relativamente ao peso, a unidade possui uma balança eletrónica que se transporta até ao domicílio permitindo verificar o ganho ou perda de peso no RN, o que constitui um indício importante para avaliação de uma correta alimentação do RN.

Efetuamos ainda a promoção da vigilância de enfermagem nos cuidados de saúde primários ao proceder aos seguintes cuidados:

- Agendamento de Visita Domiciliária ao recém-nascido durante os primeiros 15 dias de vida (Em situações que ainda não tenha sido realizada após a alta hospitalar);
- Facultar contato telefónico e contato eletrónico para esclarecimento de dúvidas da mãe/pai/cuidador,
- Agendamento de consulta de enfermagem para vigilância do peso,
- Assegurar agendamento de consulta para o médico de família aos 15 dias para vigilância do RN.

Tanto na vacinação como na punção do calcanhar para realização do diagnóstico precoce, realizamos juntamente com a EEESIP estratégias promotoras de conforto e alívio da dor associada aos procedimentos invasivos mencionados, tendo por base o documento nº 024/2012, intitulado “*Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*”, da DGS (2012) e o documento nº 022/2012 designado “*Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*”.

Na punção do calcanhar, as estratégias não farmacológicas mais utilizadas foram a contenção, sucção não nutritiva e amamentação. Estas medidas revelam-se eficazes, permitem o envolvimento dos pais nos procedimentos promovendo a parceria de cuidados com os mesmos.

Constatamos que a mãe fica menos ansiosa se o RN for colocado ao colo e à mama aquando de procedimentos dolorosos.

Na vacinação, consoante a idade da criança a vacinar assim foram as estratégias utilizadas. Sempre que a mãe amamentasse, foi explicada esta medida como alívio da dor, e se concordasse, o RN ou criança era colocada à mama. Nas crianças mais velhas, e tendo sempre em consideração a idade e a compreensão da criança, as medidas mais utilizadas foram a distração, preparação da criança acerca do procedimento e reforço positivo.

No contexto do Estágio I e por constar da avaliação da unidade curricular, foi efetuado um Estudo de Caso Familiar. O estudo de caso consiste numa metodologia, cuja utilização é recorrente pelos profissionais de saúde, de forma a permitir a tomada de decisão relativamente aos procedimentos a executar, ao visar investigar pormenorizadamente, os conhecimentos acerca de uma comunidade, grupo ou pessoa através da obtenção e ganho de conhecimentos, capacidades e competências inerentes a este processo (Pereira, Godoy, & Tercariol, 2009). A prestação de cuidados específicos em situações de vigilância, como resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem é uma das competências específicas do EEESIP (OE, 2018), sendo por este motivo o estudo de caso uma metodologia importante a utilizar.

O estudo de caso foi relativo a um adolescente de 10 anos que realizou a sua consulta de vigilância de saúde na UCSP, sendo a linha de investigação em que se integra corresponde às “*Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas*”. A escolha deste adolescente para o estudo de caso, deve-se à identificação aquando do decorrer da consulta de vigilância da existência de perturbações do neurodesenvolvimento diagnosticadas, apresentar historial de insucesso escolar e o pai que foi o acompanhante do adolescente reconhecer não estar elucidado acerca dos direitos e das adequações escolares que o filho pode usufruir.

Enquanto futuros EEESIP e Mestre, a elaboração deste estudo de caso permitiu-nos consolidar as competências do EEESIP, num contexto de cuidados de saúde primários, interiorizar as competências específicas para maximizar e promover a saúde da criança/jovem e família neste

contexto, e aplicar os conhecimentos para de forma sustentada e científica obter resultados positivos.

A prática baseada na evidência científica permite à enfermagem ganhos em saúde, uma vez que permite questionar o porquê, porque algo é eficaz e qual a melhor abordagem para a sua realização. Sendo o processo de enfermagem, a utilização do pensamento crítico, permite obter resultados cientificamente comprovados.

Ao longo do Estágio I foram desenvolvidas atividades, as quais foram decididas em conjunto com a EEESIP, tendo em consideração o projeto a desenvolver e as necessidades da UCSP. Assim em entrevista à EEESIP foi concluído que a problemática *perturbações da leitura e da escrita* é um tema acerca da qual tem necessidades de capacitação para poder na consulta de saúde infantil e juvenil, identificar e encaminhar crianças quando se depara com estas situações de forma a promover o desenvolvimento saudável destas.

A primeira atividade designou-se **Guia orientador de avaliação do RN na 1ª consulta de saúde infantil** (Apêndice I).

Os Cuidados de Saúde Primários são após a alta hospitalar, os serviços de saúde de eleição para se iniciar a vigilância da saúde do Recém-Nascido. Atualmente existe uma boa prática de cuidados de enfermagem pediátricos que são o reflexo de resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e opinião de peritos reconhecidos nesta área (OE, 2018).

A OE (2018) preconiza que é da competência do enfermeiro avaliar o estado de saúde da criança, o nível de desenvolvimento e crescimento, sendo o guia orientador de boas práticas em saúde infantil e pediátrica um instrumento importante que deve ser considerado no contexto das consultas de enfermagem.

A primeira consulta de saúde infantil do RN é o marco que inicia a promoção do desenvolvimento e maximização da saúde nesta faixa etária e que irá repercutir se ao longo do seu crescimento, pois cada contato com a criança/família é uma oportunidade para capacitar e empoderar este binómio. A promoção dos cuidados centrados na família reconhece a esta como

um pilar que deve estar ininterruptamente na vida da criança, sendo para tal necessário desenvolver parcerias com os pais que levem os mesmos a ter consciência das tomadas de decisões acerca das necessidades da criança levando a comportamentos que originem mudanças positivas (Hockenberry et Wilson, 2014).

Pretendeu-se com este guia, promover a uniformização de cuidados de enfermagem aquando da primeira consulta de vigilância do RN, capacitar os pais para identificar precocemente alterações na condição física e de desenvolvimento, minimizando consequências nefastas no RN e consequentemente fomentar a sua qualidade de vida. O guia foi elaborado com descrição dos parâmetros a avaliar na 1ª consulta do RN e descrição dos cuidados antecipatórios a abordar na primeira consulta. Foi efetuada uma descrição dos parâmetros a avaliar e elucidada a mesma com recurso a imagens para melhor esclarecimento dos consultores do guia.

A segunda atividade correspondeu à elaboração de tapetes para a secretária de trabalho, onde se encontra o computador, que intitulamos de **Tapetes de desenvolvimento – Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada (Apêndice II)**. Nestes encontra-se descrito o desenvolvimento padrão e os sinais de alarme para cada idade preconizada na escala, com cores e imagens apelativas, de forma a que, o enfermeiro que está a efetuar a avaliação a efetue de uma forma sistematizada, para poder efetuar posteriormente os registos informáticos correspondentes.

Na terceira atividade procedemos à elaboração de um poster intitulado **Sinais de alarme de perturbações da linguagem (Apêndice III)**. Ao concebermos este poster foi nosso intuito a transmissão de conhecimentos aos pais/família que recorrem à UCSP, acerca de sinais de alarme em diversas idades que podem fazer suspeitar da existência de uma perturbação da linguagem, leitura e escrita.

A última atividade consistiu na elaboração de um poster designado **O açúcar que bebemos: bebidas energéticas (Apêndice IV)**. O objetivo deste poster foi um alerta para os adolescentes, pais/família acerca das quantidades de açúcar que ingerimos ao consumir bebidas energéticas. Esta temática é pertinente atualmente devido à taxa de obesidade infantil que persiste e o contributo destas bebidas para este fenómeno.

Consideramos ser este estágio, o contexto onde a nossa problemática tem maior probabilidade de ser identificada em crianças e idade escolar, dada a proximidade do EEESIP da criança/família, potenciada pela organização da prestação de cuidados por enfermeiro de família, o que permite ter conhecimento da criança, ao longo do seu ciclo vital pelos diversos contextos de vigilância de saúde infantil e pelo cumprimento do PNV. Gostaríamos de ter tido oportunidade de efetuar prestação de cuidados na Unidade de Cuidados na Comunidade no âmbito da saúde escolar a crianças em idade escolar. No entanto aquando do estágio na UCSP, as atividades da enfermeira da saúde escolar já tinham terminado dado se aproximar o final do ano letivo.

2.1.2 - Estágio Final

O Estágio Final como já referimos anteriormente foi realizado na sua totalidade em contexto hospitalar. Ao longo deste percurso foram programadas e realizadas atividades com vista à promoção de competências comuns e específicas do EEESIP.

Todos os estágios foram realizados na mesma Instituição Hospitalar Pública, inserida na Administração Regional de Saúde do Alentejo, e que em 2006 foi transformada em Entidade Empresarial (EPE). Esta instituição tem como missão a prestação de cuidados diferenciados com elevados padrões de desempenho técnico-científico e de humanização, a 155.000 habitantes do Alentejo Central e ainda a 319.000 utentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral, perfazendo um total de 473.235 habitantes segundo dados de Instituto Nacional de Estatística de 2017 (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2020). É ainda a principal unidade hospital do território alentejano, que corresponde a 30% do total da área territorial de Portugal, e a que disponibiliza maior diferenciação de cuidados.

Relativamente aos dados estatísticos do INE em 2018 o número de habitantes do distrito ao qual pertence o hospital onde está inserido o serviço, local de estágio, era de 52,664 habitantes. A taxa de natalidade em 2018 situou-se nos 8,7% e relativamente à faixa etária que abrange a

idade das crianças do nosso projeto, referida no INE na coorte de 5-9 anos, existiam 2463 crianças o que se reflete em 4,68% da população habitacional (INE, 2019)

Os serviços onde estagiamos estão incluídos nos serviços clínicos pertencentes à Área da mulher e da criança, nomeadamente Pediatria e Neonatologia. O Serviço de Pediatria é constituído pelas seguintes valências: Enfermaria de Pediatria Geral, Hospital de Dia, Cirurgia de Ambulatório, Maternidade, Unidade de Neonatologia, Consulta Externa de Pediatria, Urgência de Pediatria/U.I.C.D. – S.O., Pediatria Telemedicina, Pediatria Social, Intervenção Precoce e Intervenção na Comunidade.

As atividades desenvolvidas neste Serviço de Pediatria e transversais a todos os campos de estágio, elencam-se nos objetivos definidos pelo Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (2020) e que são os seguintes:

- *Promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens do Distrito e da Região;*
- *Aumentar a quantidade e melhorar a qualidade dos serviços prestados;*
- *Pugnar e promover ainda mais a humanização no Serviço;*
- *Apostar na formação do pessoal;*
- *Pugnar para que o Serviço tenha um papel ativo e interventivo no Hospital e na comunidade onde se insere.*

Desde dezembro de 2015 que o Serviço de Pediatria, onde estão incluídas todas as suas valências, é um serviço certificado pela DGS, em conformidade com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde, o que permite delinear objetivos de forma clara, focados na prestação de cuidados à criança, jovem e família, tendo por base conhecimentos científicos e assente em elevados padrões quer de competência técnica quer de qualidade (DGS, 2014).

O fato de todos os contextos de estagio pertencerem à mesma instituição e ainda o local de trabalho onde exercemos funções estar inserido nesta ARS, permite, por ser um contexto populacional transversal a todos, um conhecimento aprofundado do meio ambiente que rodeia estas populações, e inclusive prestar cuidados à mesma criança nos diversos serviços onde estagiamos, o que consideramos ser uma mais valia na perceção da continuidade dos cuidados, as dificuldades com que os profissionais se deparam na articulação entre os diversos níveis de

prestação de cuidados e qual o encaminhamento correto a ser efetuado, consoante as respostas existentes na instituição.

2.1.2.1 - Serviço de Internamento da Pediatria

O estágio neste serviço teve uma duração de 4 semanas, perfazendo o total de 84 horas presenciais. O serviço de internamento de pediatria confere cuidados a crianças e jovens com idade até aos 17 anos e 364 dias, residentes no distrito a que pertence e ainda a habitantes dos distritos limítrofes, sendo na área neonatal a Unidade de Referência da Região Alentejo desde abril 2001. De igual forma a Unidade de Cirurgia Pediátrica deste hospital é a unidade de referência para todo o Alentejo. O hospital de dia criado em 2000, está incluído na oferta de cuidados a estas populações, o que permite diminuir o número de dias ou evitar o internamento, permitindo a criança efetuar tratamentos continuando no seu domicílio na comunidade (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2020).

A equipa de enfermagem deste serviço é constituída por 16 elementos, incluindo a Enfermeira Chefe, que chefia igualmente o Serviço de Urgência Pediátrica e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Dos 16 elementos a quase totalidade são EEESIP encontram se em fase de realização da mesma, os que ainda não possuem o título de EEESIP. A equipa de enfermagem está incluída numa equipa multidisciplinar à qual pertencem médicos com especialidade de pediatria médica e especialidade de cirurgia pediátrica, educadora de infância, psicóloga, administrativa de unidades, assistentes operacionais, e tem ainda apoio de outros profissionais de saúde que não são parte integrante permanente da equipa, tais como assistente social, dietista, fisioterapeutas e terapeutas da fala.

Aquando da nossa experiência profissional enquanto enfermeira prestamos cuidados neste serviço entre 2005 e 2006, tendo contribuído para o aumento do interesse pessoal e profissional pela área da saúde infantil e pediátrica.

O método de trabalho da equipa de enfermagem que se pratica tem por base o método cuidados de enfermagem individuais, em cada turno cada enfermeiro tem atribuída a prestação de

cuidados de um determinado número de crianças/jovens e família, assumindo a responsabilidade desde o início ao fim do seu turno por avaliar, planejar e prestar cuidados aos mesmos (Costa, 2004). No turno da manhã é efetuada para cada criança internada, através da utilização do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem [SCD/E], a Classificação de Doentes, o que permite calcular as horas de cuidados necessários para as próximas 24 horas e categorizar os doentes em consonância com a sua necessidade de cuidados de enfermagem (Administração Central dos Sistemas de Saúde [ACSS], 2012).

Os registos de enfermagem são realizados em sistema informático, Alert®, através de planos de cuidados e a medicação administrada é validada em sistema informático próprio, chamado de CPCHS®. Neste serviço existe uma exceção respeitante às cirurgias de ambulatório, uma vez que os registos são efetuados em impressos de papel próprios para o efeito.

A prestação de cuidados de enfermagem assenta numa parceria com a família, permitindo o envolvimento dos pais ou cuidador, nos cuidados durante o período de hospitalização, ocorrendo 24 sob 24 horas, dado que a sua permanência junto da criança é permitida e desejada a tempo inteiro. Entre as 09h00 e as 21.00 podem permanecer os 2 pais, a partir desta hora, apenas um dos pais ou uma pessoa significativa para a criança caso nenhum dos pais possa permanecer junto à criança. A equipa de enfermagem rege a sua prática tendo em conta os Pressupostos, Missão e Objetivos da Instituição. Os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada são pilares para promover o bem-estar na criança internada, sendo igualmente base integrante na prestação de cuidados de forma a satisfazer as necessidades da mesma.

Tivemos oportunidade juntamente com a EEESIP orientadora do estágio prestar cuidados a crianças e jovens com patologias de diversas especialidades, entre as quais patologias do foro respiratório, hematologia, neurologia, cirurgia, endocrinologia, ortopedia, gastroenterologia e pedopsiquiatria. Foi ainda possível prestar cuidados a crianças em Hospital de Dia com necessidades de cuidados de enfermagem, mas cuja situação clínica permitia a permanência no domicílio. Assim efetuamos diversos tratamentos tais como, tratamentos de feridas, administração de medicação endovenosa, colheita de sangue para análises clínicas, recolha de urina para análise laboratorial, entre outros.

Neste contexto clínico a permanência da criança internada e família no serviço permitiu explorar e aprofundar as habilidades comunicacionais, de forma a estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e o binómio criança/família. Foi possível utilizar diversas estratégias para comunicar com a criança num ambiente que não é o seu ambiente natural, em que é na maioria das vezes submetida a procedimentos dolorosos, sendo fatores de stress para a criança e família. As estratégias utilizadas para proporcionar cuidados atraumáticos foram desenvolvidas tendo em consideração a idade da criança e compreensão do que se passa em seu redor, procurando sempre obter a sua confiança e minimizar o desconforto. Assim adequamos a linguagem ao grupo etário da criança, estimulamos a criança a verbalizar sentimentos e medos inerente à sua situação de doença, proporcionamos oportunidades de brincar e manusear/ler livros no próprio quarto de internamento ou na sala de atividades lúdicas e quando possível proporcionamos contato com as outras crianças internadas fomentando a interação através de jogos e brincadeiras livres.

Consideramos que estas estratégias promoveram a receptividade aos cuidados de enfermagem, quer por parte da criança quer por parte da família, contribuindo para o desenvolvimento de competências de EEESIP.

Destacamos aqui a prestação de cuidados a dois lactentes (3 meses e 2 meses de idade) internados cuja família não estava presente, ficando todos os cuidados inerentes a esta faixa etária ao cuidado do enfermeiro. Nestes cuidados inclui se o consolo do choro, pois na ausência dos pais, a parte afetiva destes latentes estava suprida, sendo necessário proporcionar conforto através do toque, do colo e conversar com o lactente de forma a minimizar efeitos psicológicos nefastos nestas crianças.

Consideramos que o fato do hospital onde este estágio foi efetuado, ser o hospital de referência do local de trabalho onde prestamos cuidados ter benefícios, pois algumas das crianças internadas tem o enfermeiro/médico de família na unidade de CSP onde prestamos cuidados, sendo possível efetuar uma articulação entre o internamento e os CSP, proporcionando continuidade dos cuidados.

Em entrevista à EEESIP orientadora e após expor o nosso projeto, foram delineadas duas atividades, pois sendo o estágio de quatro semanas é relativamente curto para aquisição de competências e desenvolvimentos de mais atividades. Realço aqui que a EEESIP ao ter conhecimento da problemática em estudo, reconheceu que não é uma temática explorada no serviço e considerou pertinente a sensibilização da equipa e promoção de aquisição de conhecimentos relacionados com as perturbações da aprendizagem específicas.

As atividades desenvolvidas tiveram a colaboração da educadora de infância afeta ao serviço, tendo demonstrado interesse nesta oportunidade de em conjunto proporcionar às crianças internadas um momento diferente, mas que pode ser replicado ao longo do tempo. Ambas as atividades tiveram como objetivo fomentar o gosto pela leitura, algo essencial para promover as aquisições da leitura e escrita e ainda em crianças com perturbações da aprendizagem específicas explicar a importância do treino da leitura para o sucesso escolar.

No Quadro Estratégico do Plano Nacional de Leitura 2027 é referido que a leitura é um *“direito humano com impacto direto no crescimento pessoal dos indivíduos, no desenvolvimento económico, social e cultural do país e na qualidade da nossa democracia, inclusão e cidadania.”* (Plano Nacional de Leitura, 2017, p. 7). É ainda mencionado que uma adequada capacidade de usar a leitura e a escrita é fator determinante para uma correta aquisição de conhecimentos e um nível mais elevado e mais participativo de intervenção na sociedade.

No relatório do projeto “Aprender a ler e a escrever em Portugal” (2017) é referido que em Portugal o insucesso escolar tem uma representação preocupante, principalmente no segundo ano de escolaridade, sendo o principal motivo de repetência o défice de competências na leitura, não atingindo as crianças nesta idade escolar as metas do programa escolar relativo à leitura e à escrita. Vários investigadores referem para além deste motivo as dificuldades de aprendizagem outra das causas das elevadas taxas de repetência precoce. No referido relatório são efetuadas recomendações onde se realça uma intervenção precoce e continuada aquando da deteção destas perturbações da escrita e leitura, dado que são expressivos os números aos 7 anos, mas as repercussões negativas no desempenho escolar vão-se prolongar nos anos escolares subsequentes (Rodrigues, Alçada, Calçada, & Mata, 2017).

Pelo motivo explanado acima e em concordância com o nosso projeto de sensibilização dos enfermeiros acerca da nossa problemática, consideramos importantes as atividades desenvolvidas, indo de encontro aos objetivos do Plano Nacional de Leitura e a sua importância para a intervenção das perturbações da escrita e da leitura em crianças em idade escolar.

Assim foi efetuada a “Hora do Conto” em que consoante as faixas etárias das crianças internadas foram escolhidas histórias adequadas, que foram contadas no quarto, caso a criança não reunisse condições para ir à sala de atividades lúdicas, ou na sala de atividades. No final da história foi entregue a cada criança um certificado de leitura com o seu nome (**Apêndice V**). Foi solicitado aos pais autorização para tirar fotografia sem exposição da face da criança, salvaguardando o direito à privacidade e a confidencialidade das mesmas, encontrando-se as mesmas em anexo (**Apêndice VI**). Foi gratificante verificar a atenção e a alegria das crianças ao participar na “Hora do Conto”, proporcionando um momento de distração, contribuindo para o bem-estar das crianças internadas.

A outra atividade consistiu na elaboração de um cartão de solicitação de livro da biblioteca do serviço de pediatria, que se encontra na sala de atividades lúdicas, intitulado “Bom Leitor” (**Apêndice VII**), permitindo às crianças e pais ter conhecimento da existência da mesma, inculcando a responsabilidade de requisitar e posteriormente devolver o livro, e fomentar o hábito da leitura. Esta atividade foi extensiva às crianças do hospital de dia.

De acordo com o nosso objetivo geral comum a todos os campos de estágio, *sensibilizar os enfermeiros para avaliação da criança em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita*, efetuámos formação com o intuito de despertar interesse na equipa de enfermagem acerca desta problemática, momento que se revelou enriquecedor para os formandos mas também para nós, através de uma reflexão partilhada, inclusive com descrições de situações de crianças com estas perturbações. Antes de realizarmos esta sessão entregamos questionários à equipa com perguntas acerca da problemática em questão, que serviram como diagnóstico de situação relativamente aos conhecimentos, sendo as respostas às perguntas efetuadas exploradas na sessão, contribuindo para a elucidação dos conhecimentos e capacitação da equipa para situações futuras em que se deparem com crianças com alterações na leitura e escrita e quais os encaminhamentos, como EEESIP a efetuarem.

Para além do objetivo geral definiram-se os seguintes objetivos específicos: **Definir** o conceito de Perturbação da leitura e da escrita; **Identificar** sinais de alerta para as Perturbações da leitura e da escrita; **Identificar** sinais e manifestações de Perturbação da leitura e da escrita; **Identificar** alterações emocionais na criança com Perturbação da leitura e da escrita; **Elucidar** os profissionais de enfermagem acerca do papel do enfermeiro na deteção e encaminhamento das crianças com manifestações de Perturbação da leitura e da escrita ainda não diagnosticadas.

Seguidamente à realização da sessão de formação, efetuou-se a avaliação da mesma e do formador. A avaliação de uma sessão de formação constitui um momento importante, pois reflete se o impacto da formação foi o desejado, se sensibilizou e capacitou os formandos, efetuou-se de uma forma continuada ao longo da sessão, tal como através da discussão final. Através da reflexão sobre os conteúdos expostos, foi percebido que a informação foi apreendida, a mensagem transmitida e exposta de forma clara. No final da sessão foi entregue um questionário de avaliação da atividade formativa, sendo o questionário aplicado o utilizado na instituição onde o estágio decorreu. Os itens avaliados sub dividem se na avaliação global, conteúdos, desempenho do formador e organização da atividade formativa.

Segue se a explanação dos resultados obtidos apresentados em gráficos. O questionário aplicado para avaliação da formação encontra se para consulta em anexo (**Anexo I**). Dos 16 elementos constituintes da equipa de enfermagem, estiveram presentes 10, aos quais foram entregues os questionários, tendo a totalidade preenchido os mesmo.

No gráfico 1 pode-se observar que 100% dos formandos consideraram que globalmente a formação lhes agradou totalmente, que os objetivos propostos foram alcançados totalmente e que a atividade formativa correspondeu às suas expetativas iniciais no nível mais elevado.



Gráfico 1: Resultados obtidos referentes a aspetos globais da ação de formação (SIP)

No gráfico 2 constata-se que 100% dos formandos considerou que os conteúdos apresentados foram totalmente adequados, nomeadamente a nível dos conhecimentos adquiridos, pertinência, profundidade e utilidade do tema abordado.

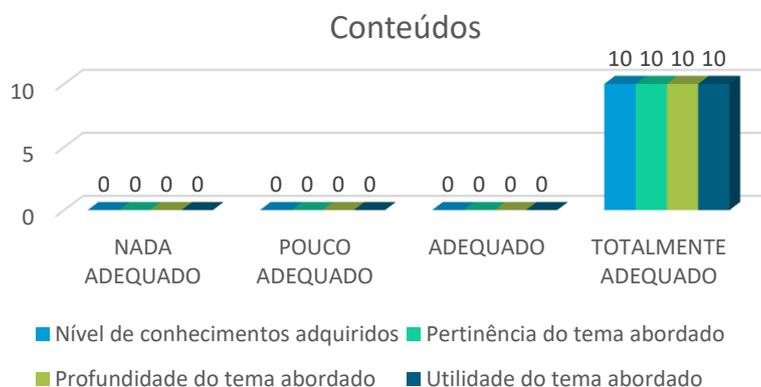


Gráfico 2: Resultados obtidos referentes as conteúdos apresentados na ação de formação (SIP)

No gráfico 3 relativo ao desempenho do formador em todos os itens os formandos avaliaram os mesmos como totalmente adequados.

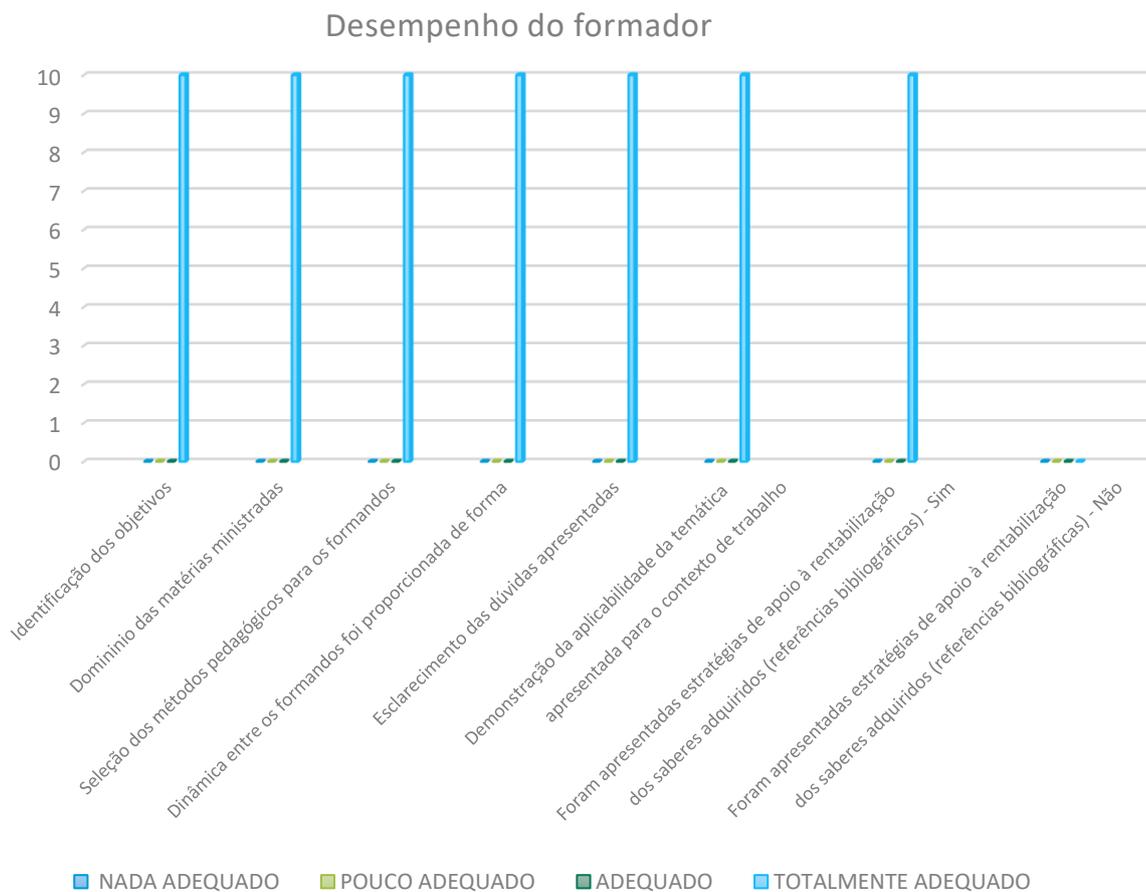


Gráfico 3: Resultados obtidos referentes ao desempenho do formador da ação de formação (SIP)

Relativamente à organização da atividade formativa, 100% dos formandos avaliou em totalmente adequado a duração da atividade, a qualidade dos suportes pedagógicos e a documentação de apoio, como se constata no gráfico 4.

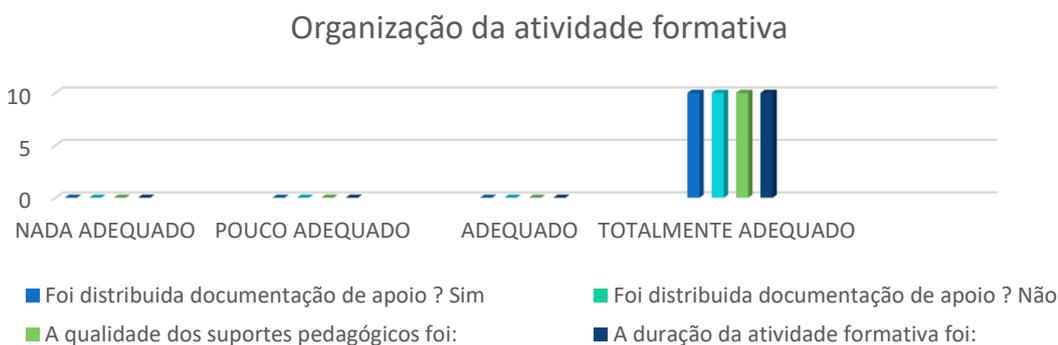


Gráfico 4: Resultados obtidos referentes à organização da atividade formativa (SIP)

Relativamente às questões em aberto não houve respostas dadas.

Podemos constatar através da interpretação dos resultados que a sessão formativa foi bem conseguida, atingindo os objetivos propostos.

2.1.2.2.– Serviço de Urgência Pediátrica

O segundo contexto do Estágio Final decorreu numa Urgência Pediátrica da mesma Instituição Hospitalar onde decorreu o primeiro contexto de estágio, como já referimos anteriormente, teve uma duração de 168 horas distribuídas por 8 semanas, das quais 35 horas foram realizadas em contexto de estágio de observação numa consulta de desenvolvimento infantil.

O facto do Serviço de Urgência Pediátrica e do Serviço de Internamento de Pediatria, serem serviços pertencerem à mesma instituição, permitiu conhecer a dinâmica entre estes dois serviços cuja articulação é permanente, pois são transferidas crianças da Urgência Pediátrica para o Serviço de Internamento de Pediatria, as equipas de enfermagem estarão em sintonia para a transferência da criança de forma a assegurar sempre a continuação dos cuidados. Sendo um serviço no qual já tínhamos prestados cuidados, inclusive pertencemos à equipa inicial de enfermagem que em 2001 que procedeu à sua abertura, quando a pediatria deixou de ser um dos “balcões” da Urgência Geral para passar a ter espaço e equipa própria, é possível constatar a evolução da estrutura física, o aumento do número de profissionais de enfermagem e as diferenças entre os cuidados prestados atualmente.

Relativamente aos recursos humanos a equipa da Urgência Pediátrica é constituída por enfermeiros, médicos pediátricos e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por 16 enfermeiros, sendo a maioria EEESIP e os restantes elementos encontram se a realizar a especialidade de saúde infantil e pediatria.

A prestação de cuidados de enfermagem no SUP tem por base o método de equipa que tem como pressuposto, que o utente tem direito ao melhor atendimento possível com determinada equipa (Costa, 2004). Em cada turno é designado um elemento de enfermagem como chefe de equipa que tem a responsabilidade de coordenar a prestação de cuidados e pela sua distribuição pelos enfermeiros escalados, tendo em atenção as suas competências. Os enfermeiros são distribuídos por um dos três postos de trabalho: triagem, sala de tratamentos e unidade de internamento de curta duração. Quando necessário os elementos mobilizam se para colaborar na prestação de cuidados num posto que não o seu.

Aquando da entrada no serviço todas as crianças são submetidas a uma triagem através do Sistema de Triagem de Manchester, através de programa informático existente no ALERT, que fornece não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (Grupo de Triagem Português, 2015). O enfermeiro escalado para a triagem tem formação nesta área. A EEESIP orientadora possuía a formação necessária, estando escalada neste posto frequentemente, o que permitiu prestar cuidados por este sistema, algo que não sucedia quando exercemos funções neste serviço.

O Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS) é uma escala com 5 níveis que classifica a criança, tendo por base a impressão inicial da gravidade clínica que inclui a avaliação pediátrica, avaliação da queixa/motivo de consulta e avaliação dos sinais vitais, tendo em consideração a idade e a existência da associação de fatores de risco. O objetivo principal da aplicação da escala é determinar o tempo para a criança ter atendimento médico, dado que a maioria das decisões sobre a investigação clínica e o início do tratamento não se iniciam sem a observação médica (DGS, 2018).

Assim o enfermeiro procede ao acolhimento da criança/família em sala própria onde efetua uma avaliação sistematizada dos motivos da ida à urgência, identifica o principal sinal ou sintoma que apresenta, regista as respostas e avaliações no programa informático, percorre os discriminadores-chave e vai efetuando o fluxograma até resultar a atribuição de uma prioridade clínica consoante a gravidade apresentada, que dá a atribuição de uma cor - azul, verde, amarela, laranja, vermelha, sendo posteriormente colocada na criança ou familiar, a pulseira com a cor correspondente da gravidade e identificação da criança. No atendimento pediátrico corresponde ao nível 1, emergente, cor vermelha com 0 minutos de espera; nível 2, muito urgente, cor de laranja até 15 minutos de espera; nível 3, urgente, cor amarela, até 30 minutos de espera; nível 4, pouco urgente, cor verde, até 1 hora de espera; nível 5, não urgente, cor azul, até 2h de espera.

Aquando da triagem existem protocolos de atuação referentes à administração de medicação analgésica e antipirética proporcionando cuidados de enfermagem que promovem o conforto da criança.

A EEESIP que estava como supervisora clínica no estágio é um elemento que ficava escalada como chefe de turno frequentemente o que nos permitiu constatar a dinâmica inerente a esta responsabilidade de coordenar cuidados de enfermagem ao longo do turno. Foi nos ainda permitido efetuar um turno da manhã com a Enfermeira substituta da Enfermeira Chefe na sua ausência e impedimentos, que efetuou cuidados de gestão inerentes a um serviço de saúde. Assim tivemos oportunidade de efetuar o pedido de material clínico e da farmácia em programa próprio, efetuar reposição de material clínico e medicamentos nas diversas salas, verificação do carro de urgência nomeadamente validade de medicamentos e conferir quantidades existentes de medicamentos e material clínico utilizado em situações de urgência. Sendo a gestão uma das competências da EEESIP consideramos esta oportunidade enriquecedora e promotora da capacitação como enfermeira especialista.

Foram prestados cuidados de enfermagem na triagem, sala de tratamentos e na unidade de internamento de curta duração a crianças e jovens de todas as faixas etárias com diversas situações de urgência, não nos tendo deparado nos nossos turnos com nenhuma situação emergente. Dos três postos de trabalho aquele que proporcionou maior oportunidade para efetuar ensinamentos e capacitar os pais acerca da problemática das perturbações da linguagem e da escrita, foi a UICD, uma vez que a criança permanece neste local mais tempo do que nos outros postos, permitindo explorar a temática com as mesmas.

Relativamente à pertinência da temática, a EEESIP supervisora reconheceu ser uma temática acerca da qual tem necessidades formativas e que apesar da dinâmica própria inerente ao serviço de urgência, é um tema que pode ser abordado e para o qual o EEESIP deve ter em atenção quando presta cuidados a crianças em idade escolar.

As atividades desenvolvidas neste contexto de estágio foram efetuadas através de momentos de partilha de informação aquando da prestação de cuidados a crianças internadas na UICD, dado ser neste local que a criança permanece mais tempo neste serviço. Na maioria das situações a criança encontrava-se numa situação clínica preocupante, sendo a situação atual a que mais preocupava os pais e por vezes não sendo oportuno abordar o tema das perturbações da leitura e da escrita. Sempre que foi oportuno efetuamos então ensinamentos, alertamos os pais de

crianças em idade escolar para despistes destas perturbações, demonstrando-se os mesmos recetivos e interessados na temática.

Tal como no estágio anteriormente explanado, também neste foi efetuada uma sessão de formação com o título “*Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidar da criança em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita*”, tendo como objetivo geral *sensibilizar os enfermeiros para avaliação da criança em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita*. Antes de realizarmos a sessão entregámos questionários à equipa com questões acerca da problemática em estudo. Efetuámos assim o diagnóstico de situação relativamente aos conhecimentos, sendo as respostas às perguntas efetuadas exploradas na sessão. Através do questionário despertámos interesse nesta problemática, por ser um tema pouco abordado na enfermagem, contribuindo a sessão para a elucidação dos conhecimentos e capacitação da equipa para situações futuras em que se deparem com crianças com alterações na leitura e escrita e quais os encaminhamentos, como EEESIP que devem efetuar.

Para além do objetivo geral definiram-se os seguintes objetivos específicos: **Definir** o conceito de Perturbação da leitura e da escrita; **Identificar** sinais de alerta para as Perturbações da leitura e da escrita; **Identificar** sinais e manifestações de Perturbação da leitura e da escrita; **Identificar** alterações emocionais na criança com Perturbação da leitura e da escrita; **Elucidar** os profissionais de enfermagem acerca do papel do enfermeiro na deteção e encaminhamento das crianças com manifestações de Perturbação da leitura e da escrita ainda não diagnosticadas.

A sessão de formação foi um momento de transmissão de conhecimentos, mas também de partilha, demonstrando os enfermeiros presentes interesse por esta temática, considerando a mesma um desafio para a enfermagem. Segue-se a explanação dos resultados obtidos apresentados em gráficos. O questionário aplicado para avaliação da formação encontra-se para consulta em **Anexo (1)**. Dos 16 elementos constituintes da equipa de enfermagem, estiveram presentes 8, aos quais foram entregues os questionários, tendo a totalidade preenchido os mesmos.

No gráfico 5 pode-se observar que 100% dos formandos consideraram que globalmente a formação lhes agradou totalmente, que a atividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais no nível mais elevado. Verifica-se ainda que apenas 1 dos formandos considerou que os objetivos propostos foram alcançados de forma satisfatória, tendo os restantes avaliado que que foram atingidos totalmente.



Gráfico 5: Resultados obtidos referentes a aspetos globais da ação de formação (SUP)

No gráfico 6 constata-se que 50% dos formandos consideraram que o nível de conhecimentos adquiridos foi adequado e 50%. Verificamos que apenas 1 dos formandos considerou que a pertinência do tema foi adequada, qualificando os restantes como totalmente adequados a pertinência do tema. Relativamente à profundidade do tema 25% dos formandos considerou que foi adequada, reconhecendo os restantes 75% que foi totalmente adequada. No que respeita à utilidade do tema abordado metade dos formandos considerou adequada enquanto que a outra metade a conceituou como totalmente adequada.

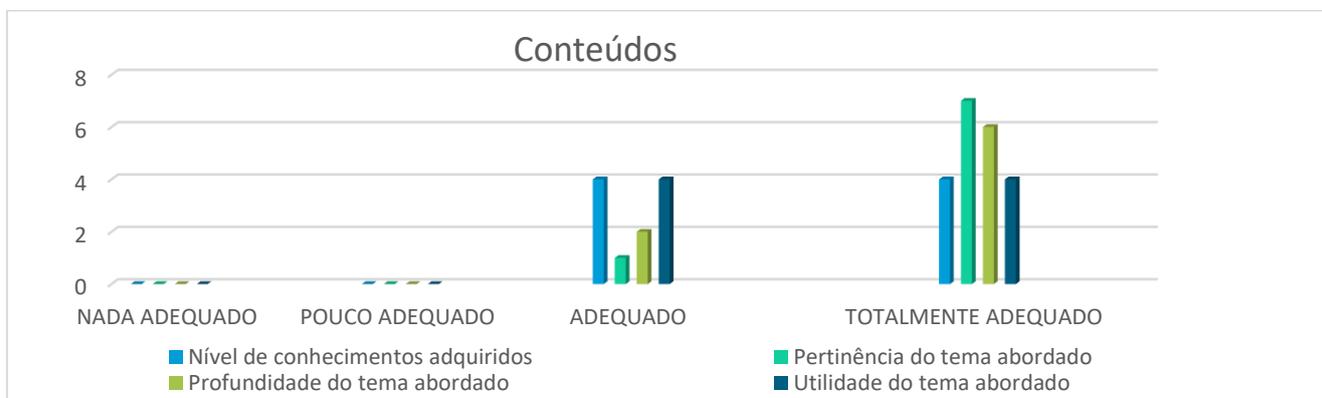


Gráfico 6: Resultados obtidos referentes aos conteúdos apresentados na ação de formação (SUP)

No gráfico 7 relativo ao desempenho do formador em todos os itens os formandos avaliaram os mesmos como totalmente adequados à exceção da seleção dos métodos pedagógicos para os formandos que 1 dos formandos classificou como adequado e ainda na demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto de trabalho que 25% dos formandos referiu ser adequada.

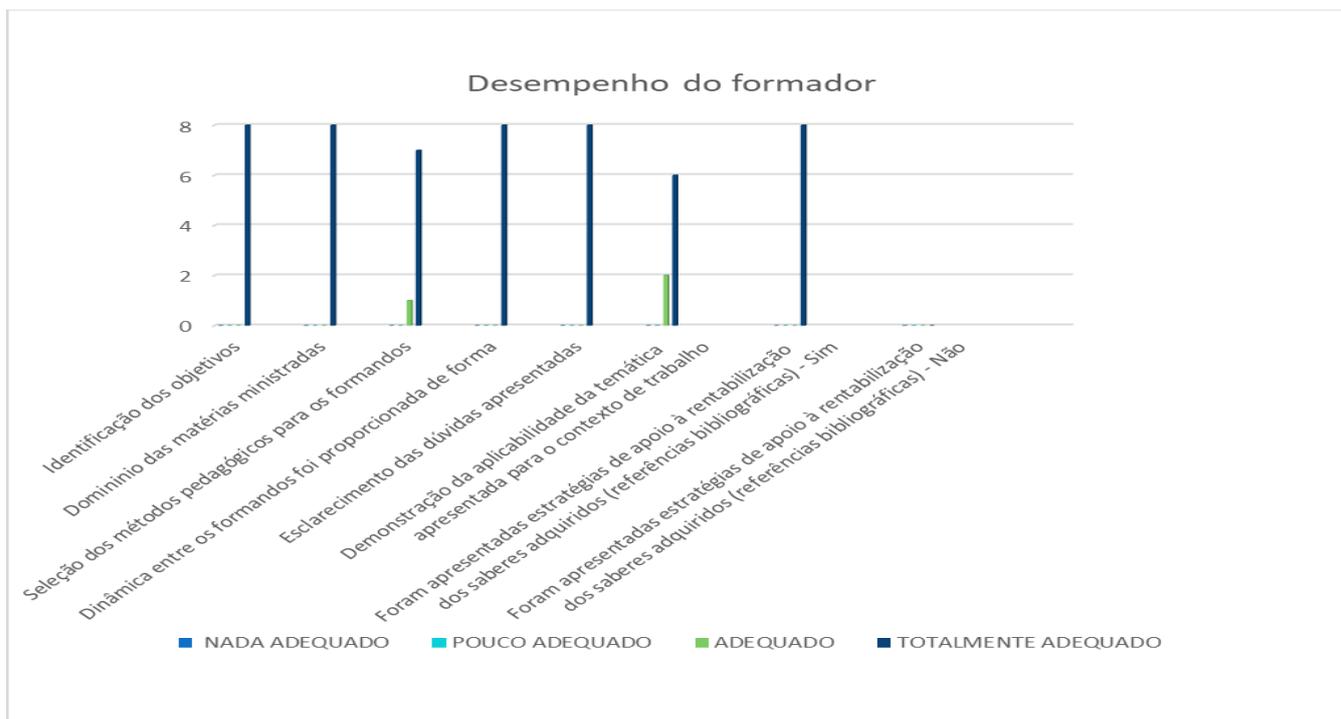


Gráfico 7: Resultados obtidos referentes ao desempenho do formador da ação de formação (SUP)

No gráfico 8 constata-se que relativamente à organização da atividade formativa 100% dos formandos avaliou em totalmente adequado a duração da atividade. Em relação aos suportes pedagógicos apenas 1 formando considerou que a qualidade foi adequada enquanto os restantes consideraram que foi totalmente adequada.

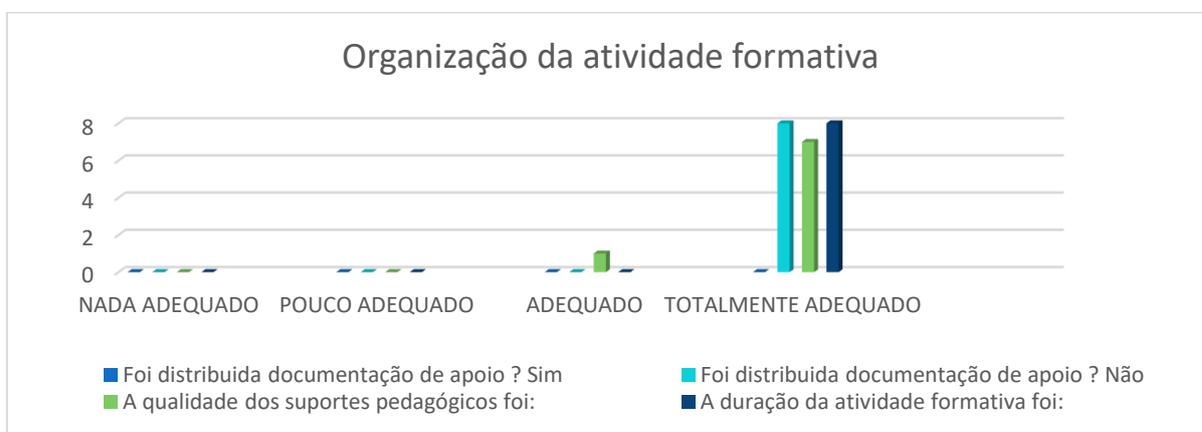


Gráfico 8: Resultados obtidos referentes à organização da atividade formativa (SUP)

Relativamente às questões abertas obtivemos 3 respostas à questão “*Em que situação/atividade prevê vir a aplicar os conhecimentos adquiridos?*” que passamos a enunciar. As situações em que os enfermeiros referem que preveem aplicar os conhecimentos adquiridos são:

- *Aquando da prestação de cuidados junto de crianças/jovens/família;*
- *Diariamente;*
- *Na promoção do desenvolvimento da criança/jovem/família.*

À questão “*Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real de trabalho?*” obtivemos uma resposta que refere que *não existem constrangimentos.*

Através da observação dos resultados obtidos podemos constatar que os formandos consideraram em adequados ou totalmente adequados, numa proporção de 50% em 100% para cada uma das respostas, os conteúdos ministrados relativamente à aplicabilidade no trabalho e pertinência do tema. Se compararmos estes resultados com os do estágio anterior, verificamos que no serviço de internamento 100% das respostas incidiram em totalmente adequado relativamente à aplicabilidade no trabalho e pertinência da temática, o que comprova o que explanamos anteriormente, que num serviço de urgência de pediatria a criança está numa situação de doença aguda e os enfermeiros tem a sua atenção para este foco, não sendo o local mais favorável para efetuar intervenções de enfermagem relacionadas com as perturbações da leitura e da escrita. Mas realçamos que nenhum formando identificou como pouco ou nada adequado o tema, o que consideramos positivo, pois mesmo neste contexto o EEESIP pode fazer a diferença ao estar sensibilizado para esta problemática e promover a saúde destas crianças.

2.1.2.3. – Consulta de Desenvolvimento da Consulta Externa de Pediatria

Sendo a problemática em estudo da área do neurodesenvolvimento, decidimos dedicar tempo do estágio de maior duração a esta área. Solicitamos a realização deste estágio durante 5 dias, de 11 a 15 de novembro, na mesma instituição onde o estágio estava a decorrer, a qual foi

autorizada. Salientamos aqui que aquando da escolha dos campos de estágio solicitamos um dos estágios de 4 semanas, na consulta de desenvolvimento do Hospital de Santa Maria, que consideramos ser pertinente, no entanto não obtivemos resposta à solicitação. Este estágio teve como objetivo integrar a equipa multidisciplinar, observar e adquirir conhecimentos na área do neurodesenvolvimento, nomeadamente na avaliação da criança e encaminhamentos possíveis quer a nível da própria instituição quer para serviços e profissionais de outras instituições.

A consulta externa de pediatria tem dois EEESIP e uma enfermeira com larga experiência na área da saúde infantil que prestam cuidados de enfermagem na consulta de desenvolvimento. A EEESIP orientadora deste estágio efetua na consulta de enfermagem a avaliação antropométrica sendo a avaliação do desenvolvimento efetuada pelo médico pediatra. Efetuámos a consulta de enfermagem e em seguida assistíamos à consulta médica, após pedido de permissão para permanecer no gabinete médico.

A consulta de pediatria do desenvolvimento tem como finalidade a avaliação, diagnóstico e intervenção em crianças com: deficiências mentais, perturbações do espectro do autismo, hiperatividade e défice de atenção, perturbações da linguagem e comunicação, dificuldades de aprendizagem, perturbações emocionais e do foro psicoafectivo, alterações do comportamento, dificuldades nas atividades diárias tais como alterações do sono, alimentação e autonomia e recém-nascidos de risco.

Observámos consultas de crianças consideradas de risco para patologias ou perturbações do neurodesenvolvimento, nomeadamente lactentes e crianças com antecedente de prematuridade, doenças metabólicas, síndromes genéticas, paralisia cerebral e autismo. As consultas médicas são realizadas por pediatras, decorrendo cada consulta num período de 1 hora, o que revela a importância de uma avaliação correta e completa do desenvolvimento da criança. Realça-se ainda a oportunidade de em 2 dias ter assistido a consultas de neurodesenvolvimento efetuadas por um neuropediatra de um centro hospitalar de Lisboa que se desloca todos os meses a esta instituição do Alentejo Central, proporcionando cuidados médicos a crianças desta área geográfica, evitando deslocações para outros hospitais.

Realçamos aqui a oportunidade de observar a utilização de outra escala, que não a EDMMS, na avaliação da criança o que constituiu uma mais valia nesta área. Assim observamos em contexto de consulta médica a aplicação da escala Schedule of Growing Skills II, que consiste na avaliação das competências no desenvolvimento infantil utilizada dos 0 aos 5 anos, permitindo uma vasta amplitude no intervalo de idades e pode ser aplicada por diversos profissionais nomeadamente o EEESIP na consulta de vigilância da criança.

A existência desta consulta do desenvolvimento constitui um recurso para crianças de saúde e ou doença de especial complexidade, pelo que a oportunidade de efetuar este estágio, inseridos numa equipa multidisciplinar nos permitiu desenvolver competências de enfermeiro especialista nesta área da saúde infantil e pediátrica. Permitiu ainda um conhecimento mais profundo dos recursos existentes como resposta aos encaminhamentos dos CSP da região do ACES Alentejo Central, constatando que existe ainda um longo percurso a percorrer, tendo a equipa desta consulta o melhor desempenho possível atendendo à escassez de outros profissionais nesta instituição para dar resposta à problemática das perturbações da leitura e da escrita.

2.1.2.4 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O último contexto do Estágio Final decorreu num período de 4 semanas correspondendo a 84 horas presenciais.

Tal como os contextos anteriores, também prestamos cuidados nesta unidade entre 2004 e 2005, podendo constatar as alterações existentes na prestação de cuidados. O olhar como futura EEESIP proporcionou uma melhor compreensão e capacitação de competências na área dos cuidados neonatais. Consideramos que este estágio de 4 semanas foi curto para os conhecimentos que pretendia aprofundar. É uma área apresentamos um interesse pessoal, sendo a idade neonatal e em contexto de cuidados intensivos, um desafio para a prestação de cuidados de elevada qualidade, os quais tem reflexo no neurodesenvolvimento do recém-nascido.

Esta unidade foi inaugurada em junho de 1990, sofreu alterações ao longo dos anos, tendo passado de uma Unidade de Apoio Perinatal para uma Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado, quando em 26 de abril de 2001 foi aprovada a Rede de Referência Materno-Infantil. Desta forma passou a ter cuidados intensivos neonatais e designada de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – UCIN. É a unidade de referência da região Alentejo, recebe recém-nascidos até aos 28 dias de vida que necessitem de cuidados diferenciados. No ano de 2007 integrou a Rede Europeia de Neonatologia (Hospital do Espírito Santo, E.P.E., 2020).

É constituída por 3 zonas de prestação de cuidados designadas sala A, que contem 3 incubadoras e equipada para prestação de cuidados intensivos, sala B, constituída por 5 incubadoras destinada à prestação de cuidados intermédios, e a sala C que possui 4 berços, destinando-se à prestação de cuidados mínimos ou pré alta. Salienta-se ainda a existência duma sala intitulada cantinho da amamentação, onde as mães que amamentam se deslocam para procederem à extração do leite materno, que é posteriormente acondicionado e oferecido ao RN nas mamadas em que a mãe não está presente.

Os RN têm a permanência de ambos os pais entre as 09h00 e a 00h00. Em 2004 e com o objetivo da humanização do serviço foi constituído um local com 3 quartos que permite no período noturno, as mães que residam a mais de 30 km pernoitar no hospital.

A UCIN tem uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados que integra médicos pediatras com competência em neonatologia, enfermeiros, assistentes operacionais, uma administrativa de unidade, uma assistente social e uma psicóloga.. Conta ainda com o apoio de outros profissionais de saúde que não são parte integrante permanente da equipa, tais como terapeutas da fala. A equipa de enfermagem é constituída por 22 elementos, sendo todos à exceção de 1 elemento, EEESIP.

A prestação de cuidados de enfermagem realiza-se com base no método individual de cuidados de enfermagem. No início de cada turno, a enfermeira responsável de turno efetuava a distribuição dos RN, consoante os cuidados que necessitavam, pelos elementos presentes. Assim cada enfermeiro ficava responsável por um determinado número de RN e ficava responsável pela prestação da totalidade dos cuidados de enfermagem, desde a avaliação, até

ao planeamento e execução dos mesmos. Sempre que a situação o exigisse os cuidados eram prestados em dupla com outro elemento de enfermagem, o que será explanado mais adiante.

Existem dados estatísticos para os quais devemos olhar quando estamos perante cuidados neonatais. Assim a taxa bruta de natalidade de Portugal no ano de 2018 foi de 8,5 nados-vivos por mil habitante, revelando um acréscimo na natalidade comparada com anos anteriores, situando-se a região do Alentejo abaixo desta média com 7,3% de natalidade (INE, 2019).

Em 2018, nasceram 37,88 nados-vivos por cada mil mulheres em idade fértil (15 a 49 anos de idade). A taxa de fecundidade no grupo etário dos 15-19, ou seja, na adolescência em 2018 situou-se nos 7,48% em 37,88% da taxa de fecundidade geral, sendo esta taxa no Alentejo de 37,4% (INE, 2019).

A proporção de nados-vivos resultantes de partos gemelares em 2018 foi de 3,2% correspondendo a 2771 dos 87 020 nados-vivos nascidos (INE, 2019).

Em 2018 constatou-se um aumento da percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2 500 gramas) em comparação com 2013, representando 9,0% do total de nascimentos com vida em 2018, correspondendo a 7804 RN, salientando ainda que existem proporções acima deste valor nas mães com mais de 35 anos (INE, 2019).

Verificou-se igualmente um aumento da percentagem de nados-vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação), de 7,8% para 8,0% entre 2013 e 2018. Também neste indicador, em 2018 se verificou que as mães com idades superiores a 35 anos obtêm as maiores percentagens relativamente ao valor nacional (INE, 2019).

Relativamente à mortalidade infantil, deve se igualmente ter presente os números, dados ser um indicador de saúde importante e reflexo de sociedades desenvolvidas uma baixa mortalidade infantil. Iremos referir as taxas correspondentes ao período neonatal que corresponde aos primeiros 28 dias de vida e que é a idade correspondente aos RN cuidados neste campo de estágio.

Assim em 2018 foram registados 191 óbitos neonatais (155 em 2017) correspondendo a 2,2% dos nados-vivos. Verificaram-se 142 óbitos durante os primeiros 6 dias de vida, que corresponde ao período neonatal precoce, com uma taxa de 1,6% mortalidade neonatal precoce. Na região Alentejo registaram-se 13 óbitos neonatais correspondendo a uma taxa de 2,4% (INE, 2019), destes 7 ocorreram em RN com menos de 7 dias de vida.

Contextualizando a mortalidade neonatal relativamente à mortalidade infantil, podemos constatar que dos 0 aos 19 anos verificaram-se no ano de 2018, 558 óbitos, destes a maior percentagem ocorreu na faixa etária inferior a 1 ano, sendo a taxa de mortalidade correspondente de 3,3% traduzindo-se em 287 óbitos e RN.

Perante estes números, conseguimos perceber a importância das UCIN na promoção da saúde do RN que necessita de cuidados de elevada especificidade. Foi possível prestar cuidados à criança num contexto de especial complexidade e mais uma vez tivemos oportunidade de adquirir competências na forma de cuidar. Ao longo deste percurso, de passagem de generalista a especialista, as experiências vivenciadas e partilhadas com EEESIP nos diversos contextos de estágio possibilitaram alterar a nossa visão dos cuidados.

Também neste contexto de estágio, com o qual estávamos familiarizados por aqui termos prestado cuidados enquanto enfermeira generalista, pudemos constatar a mudança na prestação de cuidados ao RN por uma equipa na sua quase totalidade EEESIP, verificando o nível de excelência de cuidados que promovem cuidados atraumáticos, que permitam respeitar o ritmo do RN, minimizar situações de stress para a criança e a tranquilidade e serenidade que é transmitida aos pais.

Benner (2001) argumenta que através da experiência e do domínio, o enfermeiro vai desenvolver-se ao percorrer 5 níveis de proficiência, sendo o nível de perito correspondente ao estágio final. Ao atingir este nível, a experiência adquirida, deveu-se a um continuum processo de inquirição acerca das teorias, partindo do pressuposto de que as práticas serão mais complexas do que são descritas teoricamente. A experiência cumulada permite ao enfermeiro avançar de nível, o que leva a uma prestação de cuidados o mais corretos possíveis e a uma utilização dos recursos essenciais (Benner, 2001).

A Ordem dos Enfermeiros refere no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que este presta cuidados de enfermagem especializadas na sua área ao qual deve ser reconhecida competências técnicas, científicas e humanas (OE, 2019).

Sendo este contexto o fechar de um ciclo de estágios que se desenrolaram no âmbito de um caminho em direção à aquisição de competências como EEESIP, foi-nos permitido aplicar os conhecimentos apreendidos neste percurso de aprendizagens, nesta UCIN, a qual consideramos ser o local adequado, dada a sua complexidade para o término desta etapa.

A EEESIP orientadora permitiu o nosso evoluir ao confiar na nossa prestação de cuidados em RN com necessidades tão específicas. Assim inicialmente prestamos cuidados na sala C, onde estão os RN em preparação para a alta. Prestamos cuidados na capacitação dos pais relativamente à alimentação, promovemos o aleitamento materno através de reforço positivo, ensinamos e esclarecemos de dúvidas. Salientamos aqui o caso de gémeos, tendo a mãe sido capacitada para amamentar os dois RN em simultâneo em parceria com o pai, favorecendo a inclusão do pai na participação dos cuidados. Promovemos sempre a autonomia dos pais no cuidar do seu RN numa parceria de cuidados, em relação ao banho, segurança, dormir, interação com irmãos, entre outros cuidados. Efetuámos ensinamentos para promover o cumprimento do PNSIJ após a alta, nomeadamente em relação à vacinação e ao PNV em vigor e idades chave das consultas. Fomentamos a frequência do RN enquanto utente dos CSP e efetuámos encaminhamento para o enfermeiro de família respetivo sempre que necessário.

Mais uma vez se destaca a possibilidade de prestar cuidados ao mesmo RN em contexto de estágio e contexto profissional nos CSP, verificando-se o quanto é importante a articulação entre estes dois níveis de prestação de cuidados e ainda a possibilidade da continuação de cuidados a RN e respetivos pais cuja insegurança nos seus próprios cuidados se foi diluindo após contato, verificando com agrado a capacitação dos pais resultado da nossa parceria de cuidados.

Ao longo do estágio passamos a prestar cuidados na sala B e na sala A. Na sala A tivemos oportunidade de prestar cuidados com a EEESIP na admissão a RN prematuros e com baixo

peso, permitindo colaborar nas técnicas inerentes a estas situações que exigem cuidados de enfermagem altamente diferenciados.

Nesta UCNI os cuidados ao RN são prestados tendo por base o modelo NIDCAP® - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido. Este programa foi concebido, tendo como objetivo diminuir o impacto negativo do ambiente numa UCIN no RN prematuro, no exterior do útero materno (Santos, 2011), ao criar um ambiente e interações de cuidados que tem em atenção os limiares da desorganização do sistema nervoso central do RN, controlando a entrada de estímulos de forma a obter resultados a longo prazo (Als, 2009).

Nos últimos 3 meses de gestação verifica-se no feto uma das fases de maior crescimento e desenvolvimento do cérebro humano e é espectável que tal aconteça dentro do ambiente proporcionado pelo útero, local onde os estímulos do meio são filtrados, até que às 40 semanas o RN está em condições de ter contato físico com o exterior, uma vez que o seu sistema sensorial, nomeadamente o tato, o paladar, olfato, audição e visão, estão aptos a reagir aos estímulos do meio ambiente (Santos, 2011).

Um parto prematuro, ou seja, antes das 37 semanas retira o RN do ambiente de proteção do útero e devido à imaturidade dos seus órgãos, vai necessitar de cuidados que só podem ser proporcionados numa UCIN, cujo ambiente inerente ao funcionamento da mesma provoca excesso de estímulos e em simultâneo existe a instigação frequente da sensação de dor, provocada pelos procedimentos invasivos e dolorosos a que o RN é submetido. No entanto os procedimentos de cuidados intensivos colocam o RN num risco elevado de comprometimento de alguns órgãos.

A prematuridade leva a que o desenvolvimento do sistema nervoso central se efetue em condições adversas ao que seria normal, o que conseqüentemente vai influenciar o desenvolvimento neurofisiológico, neuropsicológico, psico-emocional e psico-social do RN em desenvolvimento (Als, 2009). Alterações ao desenvolvimento normal e expectável, levam a uma maior probabilidade de provocar na criança dificuldades específicas de aprendizagem, perturbações da linguagem, quociente de inteligência mais baixo, distúrbios na função

executiva, deficit de atenção, limiar mais baixo à fadiga, deficit visuais, vulnerabilidades emocionais, alteração da autorregulação e diminuição da autoestima (Als, 2009). Este autor refere que por tudo isto, mais de cinquenta por cento das crianças prematuras iram ter déficits significativos no desempenho escolar.

Para melhor compreensão dos nossos cuidados prestados na UCIN explanamos de seguida as bases do NIDCAP e pelas quais os cuidados como EEESIP se fundamentam para otimizar o bem-estar do RN prematuro e promoção da saúde a longo prazo. Assim a prestações de cuidados baseiam-se em três suposições. Primeiramente é necessária uma observação detalhada do comportamento do RN durante as interações aquando dos cuidados diários, pois fornecem informações importantes acerca da melhor forma de minimizar o stress e otimizar o desenvolvimento do RN, promovendo o cuidado personalizado, segundamente a equipa prestadora de cuidados beneficia de formação com orientações e modelos que servem de suporte à prática na colaboração com o RN e a família e em terceiro as mudanças e adaptações resultantes dos cuidados levam a um melhor funcionamento neuro comportamental e emocional do RN e conseqüentemente à confiança dos pais nos profissionais e à sua capacitação como cuidadores (Als, 2009).

Na nossa prestação de cuidados durante este estágio, adquirimos competências como EEESIP e o nosso olhar para o RN em UCIN sofreu modificações, pois este passou a ser reconhecido como um elemento chave do seu próprio cuidado, dado que ao colocarmos o nosso foco de atuação nos comportamentos fisiológico e comportamentais do RN, obtemos informação que descodificamos e podemos adequar os cuidados de forma personalizada e individualizada. Esta abordagem dos cuidados centrados no desenvolvimento, permitiu-nos formular planos de cuidados que visam robustecer o RN e capacitá-lo para situações de vulnerabilidade, propiciando uma diminuição das conseqüências da prematuridade na criança e família. Faz-se aqui a ponte para o nosso projeto, visto que foi como referido anteriormente uma das conseqüências negativas no desenvolvimento desajustado do prematuro são as dificuldades específicas de aprendizagem e as perturbações da linguagem.

Para a prestação de cuidados baseados no modelo NIDCAP a UCIN efetuou alterações físicas de forma a minimizar os estímulos no RN, no entanto reside a atividade da equipa que

presta cuidados. Santos (2011) refere que o elemento principal causador de ruído numa UCIN é a atividade humana, sendo as alterações fisiológicas no RN visíveis, uma constatação do efeito nefasto do ruído no mesmo, identifica ainda a audição como um elemento importante para a sobrevivência, ao permitir ao ser humano reagir a sons associados a situações de perigo. O alto nível de ruído para o prematuro interfere com o padrão de sono que segundo estudos efetuados, levam a alterações no desenvolvimento do sistema nervoso central, originando as perturbações da linguagem e aprendizagem (Santos, 2011). Outro fator de stress para o prematuro é a presença de luz continuamente e com intensidade devido à sua menor defesa à luminosidade ambiente.

Na nossa prestação de cuidados podemos constatar que existia sempre que possível o agrupamento de cuidados e planeamento dos mesmos entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar e família. Aquando da realização de procedimentos geradores de stress prestávamos cuidados em dupla com a EEESIP orientadora, em que existia simultaneamente um atender das necessidades do RN de forma a promover a organização do mesmo e a execução dos cuidados de enfermagem necessários. Assim esta parceria de cuidados existia sempre que existia um procedimento doloroso efetuado no RN, tal com colheita de sangue para análises clínicas, puncionar veia, colheita de sangue para diagnóstico precoce, entre outros. O método mais utilizado para reorganizar o RN nestas situações de manuseamento, consistia na contenção com as mãos da enfermeira, promovendo o toque terapêutico e alinhando a postura da cabeça com o corpo e membros juntos, numa postura flexora.

Após prestarmos cuidados ao RN efetuávamos sempre o seu posicionamento de forma a promover posições que promovessem a organização motora e conseqüentemente psicológica do mesmo. Posicionávamos o RN sempre que clinicamente possível em lateral, com balizamento do espaço físico com rolos e com o ninho de forma a que o corpo ficasse contido inclusive os membros. Por cima de todas as incubadoras existia uma cobertura de forma a diminuir a intensidade da luz a qual tínhamos sempre o cuidado de colocar de forma correta. Referente ao ruído conversávamos com o RN num tom de voz baixo, evitávamos colocar objetos em cima da incubadora com intensidade de forma a diminuir o ruído.

Sempre que possível promovíamos o contato pele-a-pele, através da técnica do canguru, colocando o RN só com fralda, sobre o tórax da mãe ou o pai, em posição ereta e coberto com um lençol ou manta de aquecimento. Está comprovado que este contato promove o desenvolvimento do sistema tátil e proprioceptivo, relacionado com o desenvolvimento a curto prazo do RN, e promove ainda o sistema visual e auditivo relacionado com o desenvolvimento a medio e longo prazo (Santos, 2011).

Constatámos que ao prestarmos cuidados centrados no desenvolvimento, os cuidados não são efetuados de uma forma rotineira, mas sim de acordo com as necessidades do RN. Se os pais às 09h00 ainda não se encontravam na unidade, o banho não era efetuado sem os mesmos, sendo este cuidado prestado às 12h00 na presença dos mesmos e conciliando sempre com a hora das mamadas, evitando manipulações excessivas do RN e a sua desorganização. Promovíamos desta forma a inclusão da família nos cuidados, incentivávamos que fossem os principais cuidadores estabelecendo uma parceria de cuidados.

Também planeávamos os procedimentos invasivos de forma a serem efetuados aquando da manipulação necessária para a alimentação, posicionamento e troca de fralda que é efetuada de 3 em 3 horas. Para todos os procedimentos invasivos e dolorosos aplicávamos medidas não farmacológicas, conforme definidas na Orientação técnica sobre o controlo da dor nos RN (0-28 dias) da DGS, sendo as intervenções sensoriais mais utilizadas a sucção não nutritiva, contenção com lençol ou contenção manual e administração de sacarose a 24%. A avaliação sistemática do efeito da medida analgésica era avaliada por escala adequada e registada no processo do RN.

Nesta UCIN não é utilizado o sistema informático para registos. Todos os registos de enfermeiros e médicos são efetuados em suporte de papel próprio para o efeito.

Aquando do internamento de um RN numa UCIN a preocupação e foco dos pais incide no momento atual da situação clínica da sua criança, sendo as consequências a longo prazo uma preocupação secundária para os mesmos. Assim relativamente às atividades desenvolvidas neste contexto de estágio e atendendo à idade pediátrica das crianças aqui internadas, a nossa problemática incide 6 a 7 anos após este contexto, efetuámos intervenções com os pais através

de entrevistas quando as situações clínicas o permitiam nos sentido de os alertar e capacitar acerca das sequelas da prematuridade, numa perspetiva de despistarem enquanto cuidadores, situações passíveis de serem prejudiciais para o seu desempenho escolar tais como alterações na linguagem, e ao iniciarem a escolaridade estarem despertos para a problemática das perturbações específicas da aprendizagem, nomeadamente a nível da leitura e da escrita.

Também neste contexto de estágio foi aplicado o questionário à equipa com perguntas acerca da problemática da leitura e da escrita, contribuindo para a sensibilização da equipa, através do despertar da curiosidade em adquirir mais conhecimento acerca deste tema. Dado que neste serviço não se presta cuidados a crianças em idade escolar, sendo a idade das crianças cuidadas neste serviço até aos 28 dias de vida, após entrevista com a enfermeira orientadora concordamos ambas que seria melhor abordar a temática com os outros elementos da equipa em momentos de partilha, em vez de uma sessão de formação, dado que para o serviço em causa não seria um tema pertinente e com aplicabilidade no trabalho.

A equipa demonstrou se interessada, efetuou questões relacionadas acerca da problemática em estudo e recetiva aos momentos de partilha, o que nos apraz muito e permitindo considerar que o objetivo geral do projeto e deste estágio *sensibilizar os enfermeiros para avaliação da criança em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita* atingido.

3. O PROJETO

A MTP, tal como já tinha sido identificada anteriormente, corresponde ao método utilizado para o desenvolvimento do nosso projeto profissional. Através desta metodologia de investigação identificámos no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a nossa problemática, a qual consideramos pertinente, atual e cuja investigação contribui para a promoção da saúde da criança/jovem e família.

O percurso a percorrer para concretizar o nosso projeto alicerça-se num conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para compreender a realidade do meio que nos rodeia, permitindo efetuar uma previsão e orientação do nosso trilha. Mediante o uso da MTP elabora-se um plano de trabalho para a resolução do problema, estando a população alvo envolvida de forma a que a resolução do problema seja orientada para a prática, existindo uma intervenção como parte da mudança (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010).

Esta metodologia é complexa, intencional e constituída pelas seguintes cinco fases, elaboração do diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação e por fim a divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010).

Para permitir uma perceção o mais correta possível, do projeto efetuado, procedemos à exposição das diferentes etapas que o constituíram, de forma a elucidar a pertinência do mesmo.

A primeira etapa da MTP corresponde à elaboração do diagnóstico de situação. O EEESIP na sua prática diária é confrontado com circunstâncias de elevado grau de complexidade, às quais tem de dar resposta de forma a proporcionar cuidados de excelência, sendo necessário para tal possuir conhecimentos científicos atuais, os quais só são possíveis através duma busca constante de elucidação.

Ao desenvolvermos um projeto na área dos cuidados de saúde, é nos exigido que façamos uma análise das necessidades da população onde pretendemos intervir, para procedermos à elaboração de estratégias e consequentes intervenções, promovendo desta forma nas populações

a autonomia, fruto de alavancar a motivação e capacitação (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010). Estes mesmos autores referem que, temos de ter presente que o projeto tem de ser sustentável, que será eficaz na promoção de melhorias a longo prazo e que mesmo após o seu término os seus efeitos perdurarão.

O diagnóstico da situação pressupõe uma sucessão de etapas. A primeira etapa com que nos deparamos consiste na identificação do problema, sendo a prática clínica a base que serve de início para o nosso percurso, e que *“esta é conseguida através de perguntas formuladas na prática clínica, centradas no que se faz todos os dias”* (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010). A designação do problema pode ocorrer através de um raciocínio indutivo ou dedutivo, sendo no nosso caso indutivo, uma vez que ao observar diversos fenómenos em particular é realizada uma busca do que os une ou seja partimos do específico para o geral. A procura do melhor cuidado possível é crucial, sendo para isso imprescindível basear a prática na evidência. Para dar resposta a esta ratificação, no capítulo 1 efetuámos a explanação do enquadramento teórico que sustenta a pertinência da nossa problemática.

Na formulação do nosso problema foi fundamental a observação direta em contexto de prática diária, que serviu de fonte informativa para a elaboração do mesmo. Tal como referimos no início deste relatório após 12 anos de prestação de cuidados em CSP e em contexto de consulta de enfermagem de saúde infantil, a inquietação que esta problemática nos provoca serviu de mote para o projeto.

Para a identificação do problema é necessário um instrumento de diagnóstico, sendo no nosso caso, utilizada a entrevista. Assim para a elaboração do diagnóstico da situação em cada campo de estágio foi efetuada uma entrevista formal com as respetivas enfermeiras orientadoras. Nos CSP foi ainda efetuada uma entrevista com o enfermeiro responsável da UCSP e na instituição hospitalar foi realizada uma entrevista formal com a Enfermeira Chefe comum aos 3 serviços onde decorreram os estágios.

Após as entrevistas foi possível confirmar a pertinência do tema em todos os campos de estágio, pois é uma problemática com escassa produção científica na área da enfermagem,

apesar das crianças com perturbações da leitura e da escrita serem alvo de cuidados do EEESIP em diversos contextos da prática diária.

Em todos os estágios e em conjunto com as enfermeiras orientadoras identificamos os aspetos onde poderíamos atuar, e após reflexão acerca dos mesmos, delineamos atividades a desenvolver de forma a atingir os objetivos do presente estágio. Passámos então à segunda fase do MTP, que consiste em traçar objetivos para o projeto em desenvolvimento. Em primeiro lugar e para que o projeto se iniciasse foi fundamental o reconhecimento da pertinência da temática em estudo, partindo daqui e tendo como meta atingir o nosso objetivo geral “*sensibilizar os enfermeiros para avaliação da criança em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita*”, estabelecemos objetivos específicos consoante o contexto de estágio.

Na **UCSP** como **objetivos específicos** foram delineados:

- ▶ Elaborar um guia de acolhimento de avaliação do RN na 1^a consulta de saúde infantil;
- ▶ Construir 2 tapetes para a secretária com a *Escala Modificada de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan*;
- ▶ Elaborar um poster acerca dos sinais de alarme de perturbações da leitura e escrita direcionado para os pais;
- ▶ Construir um poster com informação sobre as bebidas energéticas e o açúcar que contem direcionado para os adolescentes;
- ▶ Capacitar os enfermeiros acerca das perturbações da aprendizagem específicas.

Referimos aqui a oportunidade de efetuar promoção da saúde num contexto extra estágio. Em junho decorre na cidade de Évora a Feira de S. João, na qual a Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, costuma ter um stand com informação acerca da promoção da saúde, dirigida à população. Assim tivemos oportunidade de afixar o poster intitulado “*O açúcar que bebemos*”.

No **Serviço de Internamento da Pediatria** foram definidos como **objetivos específicos**:

- ▶ Promover a leitura através de momentos de leitura intitulados “Hora do Conto”;
- ▶ Incentivar o manuseamento e o gosto de ler através da elaboração de um cartão de requisição de livros da biblioteca do serviço;

- ▶ Capacitar os enfermeiros acerca das perturbações da aprendizagem específicas;
- ▶ Aplicar questionário aos enfermeiros do serviço acerca dos conhecimentos sobre perturbações da leitura e da escrita;
- ▶ Efetuar sessão formativa acerca das perturbações da aprendizagem específicas.

No **Serviço de Urgência de Pediatria** foram propostos os seguintes **objetivos específicos**:

- ▶ Capacitar os enfermeiros acerca das perturbações da aprendizagem específicas;
- ▶ Aplicar questionário aos enfermeiros do serviço acerca da perceção sobre as perturbações da leitura e da escrita;
- ▶ Efetuar sessão formativa acerca das perturbações da aprendizagem específicas;
- ▶ Alertar os pais para a problemática das perturbações da leitura e da escrita.

Na **UCIN** propusemo-nos a atingir os **objetivos específicos**:

- ▶ Capacitar os enfermeiros acerca das perturbações da aprendizagem específicas;
- ▶ Aplicar questionário aos enfermeiros do serviço acerca da perceção sobre as perturbações da leitura e da escrita;
- ▶ Compartilhar conhecimentos acerca da problemática em estudo em momentos de partilha com a equipa de enfermagem;
- ▶ Alertar os pais dos RN para os sinais de alarme respeitantes à problemática das perturbações da leitura e da escrita como consequência da prematuridade.

Chegamos à terceira etapa do MTP designada de planeamento. Na planificação do nosso projeto efetuamos um levantamento dos recursos existentes e das limitações que poderiam condicionar o mesmo. É nesta fase que projetámos a calendarização das atividades a desenvolver, as quais consta do cronograma que elaboramos e que se disponibiliza em anexo (Apêndice VIII). As atividades, estratégias e meios para as desenvolver visam permitir atingir os objetivos delineados. Ao longo do nosso projeto desenvolvemos atividades que descrevemos aquando da explanação dos contextos de estágio, pois pareceu-nos ser o enquadramento certo para o relato das mesmas. Por este motivo não as voltaremos a descrever neste capítulo evitando duplicação de informação.

No que respeita à estratégia, a definição desta é crucial para uma utilização eficaz dos recursos existentes Fortin, Côté, & Fillion, F. (2009). referem que as estratégias a aplicar num projeto

advêm na sua maioria das estratégias utilizadas no método que permite efetuar investigação científica e nos recursos existentes, tornando-se por este motivo essencial a sua adequada planificação para o sucesso do projeto.

Os recursos disponíveis no nosso projeto referem-se à pesquisa em bases de dados científicas, livros e artigos, sendo de extrema importância a definição da estratégia de forma a balizar a informação correspondente à problemática em estudo. A clarificação das palavras-chave e conceitos acerca do tema demonstraram-se de extrema importância no caminho certo a percorrer.

Para a execução das atividades são necessários meios para a sua realização e que estão intimamente relacionados com os recursos, podem ser meios técnicos e materiais, onde se incluem a entrevista e os questionários, meios humanos que correspondem ao investigador que tem na população-alvo o objeto de estudo e por fim os meios financeiros que se referem aos recursos económicos que se encontram disponíveis para o desenvolvimento do projeto.

No projeto exposto os meios técnicos e materiais utilizados foram a entrevista aos enfermeiros orientadores, enfermeiro chefe ou enfermeiro responsável de cada contexto de estágio, e a aplicação de questionários para inquirir a população-alvo acerca da perceção sobre a problemática, de forma a obter resultados que pudessem ser explanados neste relatório e contribuir para a investigação. Os meios humanos referem-se ao investigador da problemática em causa, ou seja, nós juntamente com a professora orientadora do projeto. Por fim e relativamente aos recursos económicos, estes foram de baixo custo, sendo necessários para a impressão dos questionários.

Chegamos à etapa da execução da MPT, onde se coloca em prática tudo o que planeámos. Passamos de uma projeção mental para uma projeção real, em que se desenrola todo o projeto pensado e delineado, em que se espera e produz resultados, relativamente a aprendizagens, resolução do problema e ainda aquisição e desenvolvimento de competências (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010). A execução do nosso projeto com aplicação do que foi arquitetado mentalmente, foi explanada no capítulo 2 referente à contextualização das aprendizagens.

Por fim a última etapa de um MPT consiste na avaliação do projeto desenvolvido e aplicado. É importante referir que nesta metodologia a avaliação é contínua não sendo efetuada só no final, permitindo retroceder, estabelecer novos objetivos, delinear outras estratégias, de forma a viabilizar a melhor relação possível entre o problema e o projeto, uma maior eficiência na gestão dos recursos, meios e uma maior eficácia entre a atividade e os resultados (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010). Ao longo do desenvolvimento do projeto efetuamos uma avaliação contínua, que permitiu refletir sobre o caminho já percorrido, avaliamos se seria necessários ajustes nos objetivos e intervenções, sendo o único ajuste necessário, efetuado no último contexto de estágio ao remover a realização da sessão de formação como objetivo deste estágio, pelos motivos explicados na descrição do estágio na UCIN.

Na avaliação do projeto existe uma verificação dos objetivos a que nos propusemos a atingir, avaliamos se as respostas com que nos deparámos no percurso servem de resolução para a problemática em estudo, existe uma identificação de fatores positivos e fatores negativos do projeto e ainda permite que sirva de base para futuros projetos (Ruivo, Ferrito, Nunes & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010).

Após a descrição das etapas da MPT e da interligação das mesmas com o nosso projeto, procedemos então à avaliação final deste caminhar, que permitiu transformar o cuidar de enfermeira generalista para o cuidar com visão de enfermeira especialista. Consideramos que atingimos os objetivos propostos na sua totalidade pois todas as atividades necessárias para os atingirem foram efetuadas, tendo sido já nomeadas aquando da descrição dos contextos de estágio.

Os resultados da aplicação do questionário às equipas dos 3 serviços onde decorreram os estágios hospitalares, será apresentado em conjunto, de forma a refletir a perceção dos enfermeiros que prestam cuidados na área pediátrica da instituição de referência para o ACES ao qual pertencemos. Salienta se aqui que na consulta externa de pediatria não foram aplicados os questionários por ser um estágio de observação e o tempo de permanência neste serviço ser diminuto.

Sendo no âmbito académico de um mestrado em enfermagem em associação, a aplicabilidade deste projeto necessitou da autorização do IPP, a qual teve favorecer positivo após solicitação de aprovação do mesmo. Para se desenvolver o projeto na instituição hospitalar, foi necessário a solicitação de parecer à Comissão de Ética da respetiva instituição, sendo a resposta positiva (**Anexo II**) e ainda o parecer da Comissão de Ética do IPP que foi igualmente positivo (**Anexo III**).

Com as respetivas autorizações torna-se possível a explanação dos resultados do “*Questionário Acerca da Perceção dos Enfermeiros Relativamente às Perturbações da Leitura e da Escrita (PLE)*” (**Apêndice XIX**), contribuindo desta forma para a avaliação da perceção, e de base para a sustentação da necessidade de sensibilizar e desenvolver competências nos enfermeiros que prestam cuidados a crianças, acerca desta problemática. Passamos então à apresentação dos dados obtidos em gráfico. Foram entregues nos serviços 54 questionários correspondentes ao número total de elementos, tendo 29 enfermeiros respondido. Assim nos resultados os 100% correspondem às respostas de 29 enfermeiros.

Após analisar as respostas a esta parte do questionário constata-se que 28 dos 29 enfermeiros respondera que as PLE são do foro do neurodesenvolvimento, no entanto existiram 7 que referiram como verdadeira a opção destas perturbações terem igualmente uma origem biológica, o que não corresponde à realidade. Mais de 60% afirmaram que para existir uma perturbação, esta tem de influenciar 2 dimensões da criança, pois para além do funcionamento vai haver afeção do bem-estar com sofrimento por parte da criança conforme refere a literatura.

Relativamente ao fato das PLE serem crónicas e não uma situação aguda, ainda existiram 6 respostas correspondentes a mais de 20% dos enfermeiros a responderem que não existe cronicidade. Este fato não é verdadeiro pois um disléxico nunca deixa de o ser durante toda a sua vida.

Dos inquiridos 90% responderam que a dislexia é a PLE com maior prevalência a nível mundial, o que é correto, no entanto sensivelmente 24% não reconhecem a disortografia como PLE.

A totalidade dos enfermeiros refere como verdadeira a existência da dislexia em todas as ortografias o que é uma constatação verdadeira, mas 17,2% responderam como verdade que Portugal tem um maior número de disléxicos do que os restantes países da Europa, não sendo esta afirmação verdadeira, pois as estatísticas de estudos efetuados revelam que as percentagens em Portugal são semelhantes à restante Europa.

Relativamente à questão que aborda a existência de co morbilidades com a dislexia, mais de metade dos enfermeiros referiu que não se verifica esta existência, o que não corresponde à realidade, pois a criança disléxica tem na maioria das vezes co morbilidades associadas sendo a mais prevalente a perturbação da hiperatividade e défice de atenção. A questão seguinte refere-se a esta prevalência, respondendo que é verdadeira a afirmação da co existência destas duas perturbações, 65% dos enfermeiros. Constatamos nestas 2 respostas uma contradição pois se por um lado mais de metade refere que não existem co morbilidades associadas, de igual forma mais de metade aceita como verdadeira a afirmação de que a dislexia surge frequentemente associada à perturbação da hiperatividade e défice de atenção.

Dos 29 enfermeiros, 15 responderam como verdadeira a afirmação de que o diagnóstico da dislexia pode ser efetuado antes da aquisição da leitura e da escrita, sendo esta afirmação falsa, ou seja mais de metade dos inquiridos tem uma perceção errada acerca da idade correta para se efetuar o diagnóstico desta perturbação da aprendizagem específica. Conforme explanado anteriormente e com fundamentos científicos, esta perturbação só pode ter diagnóstico após o início da escolaridade, no entanto existem sinais de alarme nas idades anteriores à faixa etária da idade escolar, que nos fazem estar alerta para um provável diagnóstico de dislexia na idade escolar.

Existem fatores de risco para o desenvolvimento da dislexia e relativamente a estes efetuamos 2 questões. Assim relativamente à prematuridade mais de um quarto dos enfermeiros, ou seja, 27,5%, responderam que ser prematuro não é fator de risco, o que não corresponde aos resultados de estudos científicos, e relativamente ao fato de a criança ter um familiar de 1º grau com dislexia, 34,5% dos enfermeiros responderam que não é fator de risco, quando as bases científicas contradizem esta afirmação. Tanto a prematuridade, como ter um familiar de 1º grau com PLE, são fatores de risco para a criança ter um diagnóstico de perturbações da

aprendizagem específicas na idade escolar.

Relativamente à prevalência por sexo as respostas revelaram que quase 90% dos enfermeiros tem uma perceção correta do sexo com maior frequência de diagnósticos efetuados, sendo este o sexo masculino, como referimos anteriormente.

Apenas 1 resposta referiu que ser disléxico é sinonimo de baixa capacidade intelectual, quando esta afirmação não é verdadeira, pois o QI é um dos critérios para o diagnóstico de dislexia.

Todas as questões elaboradas tiveram por base informações recolhidas das bases de dados, tendo uma verdade científica na sua resposta correta. É importante referir que no questionário entregue aos enfermeiros e por ser uma área pouco abordada na enfermagem, utilizou se em vez da designação perturbações da aprendizagem específica, nomenclatura do DMS-V e atualmente em vigor para efetuar o diagnostico, utilizou-se os termos correspondentes à descrição destas perturbações – perturbações da leitura e da escrita, e utilizou-se ainda o termo dislexia pela qual também é conhecida esta perturbação, e é aceite cientificamente.

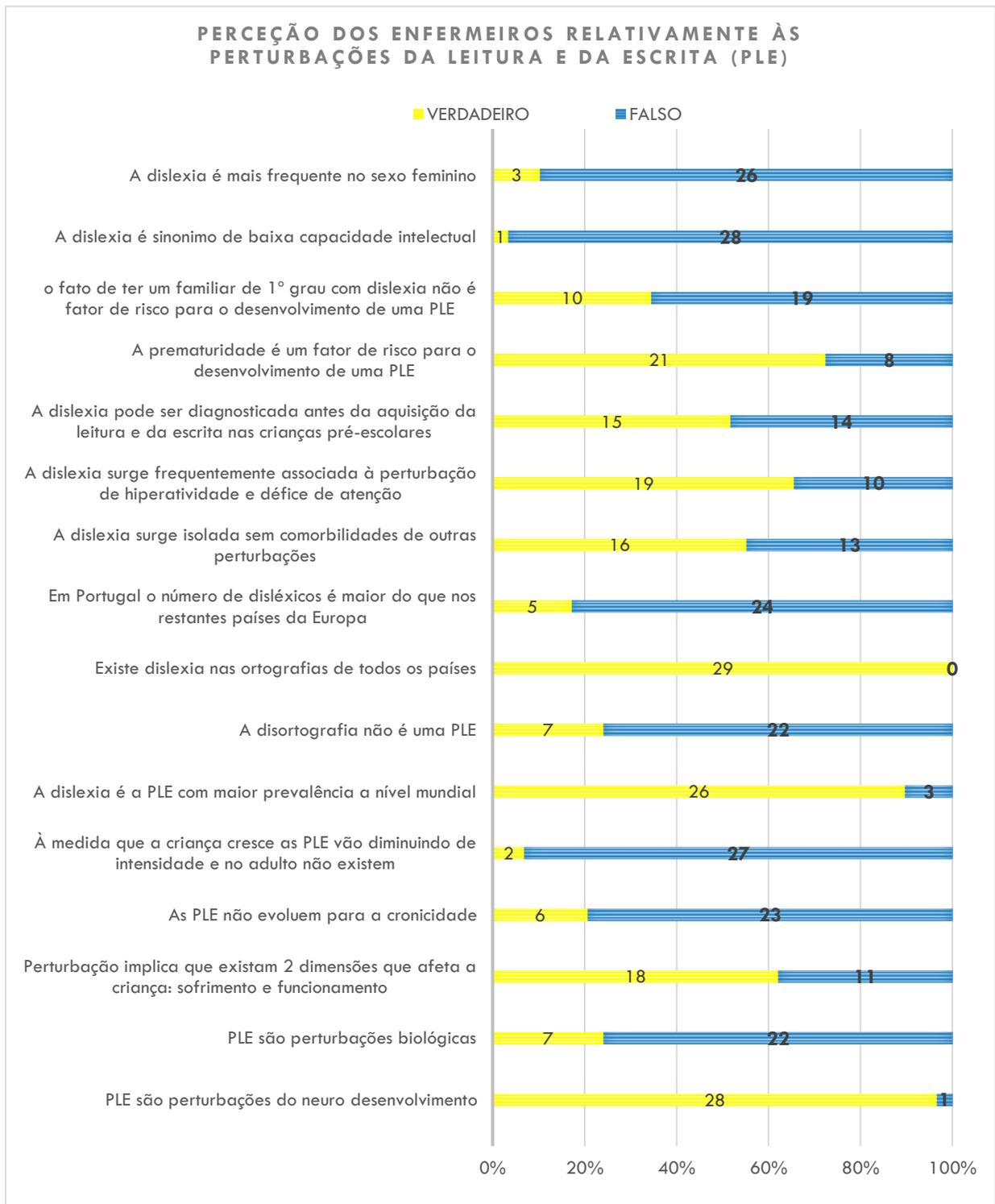


Gráfico nº 9 Representação da Perceção dos Enfermeiros Relativamente às PLE

Após este bloco de questões, efetuaram-se 3 questões abertas de forma a cada enfermeiro responder consoante a sua perceção acerca dos sinais de alarme da dislexia, sinais e manifestações de dislexia e alterações emocionais na criança com dislexia.

Relativamente aos **sinais de alarme da dislexia** foram obtidas as seguintes respostas:

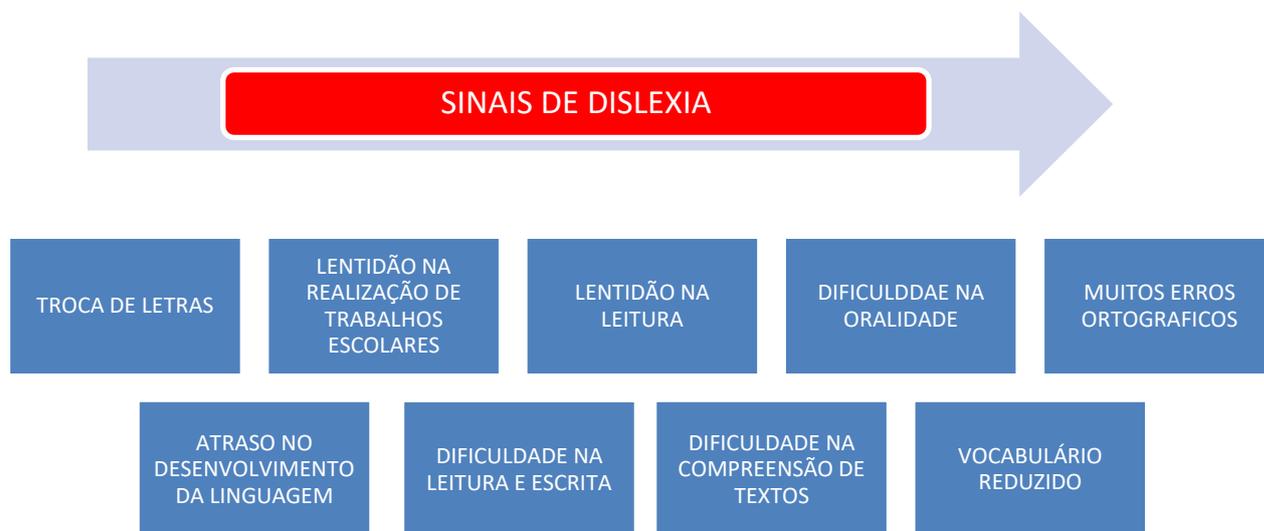


Figura nº 1 – Sinais de alarme da dislexia identificados pelos enfermeiros

Relativamente a **sinais e manifestações de dislexia** obtiveram-se as seguintes respostas:

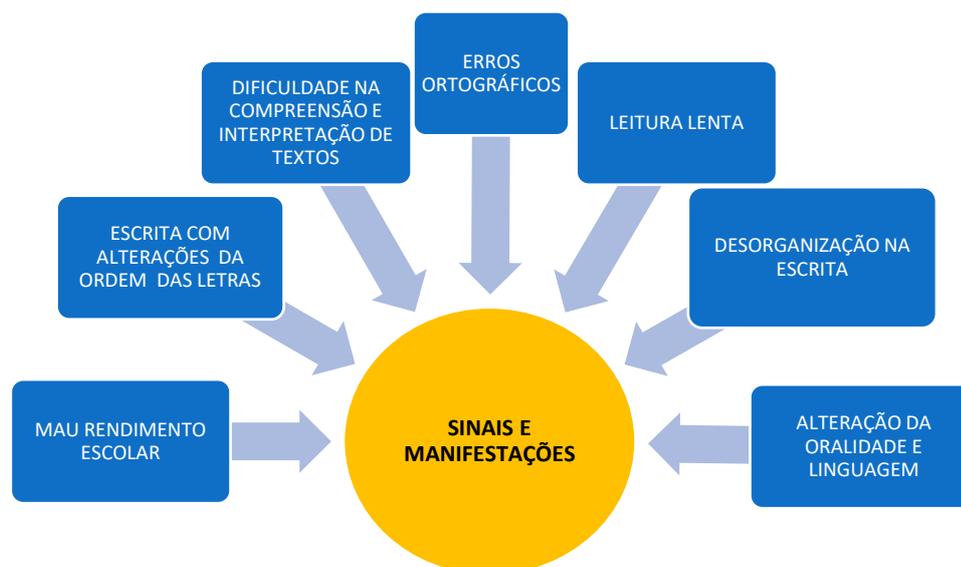


Figura nº 2– Sinais e manifestações de dislexia identificados pelos enfermeiros

Ao analisarmos as respostas é possível constatar que de uma forma geral os enfermeiros têm uma perceção de quais os sinais de alarme, de sinais e manifestações da dislexia. É ainda de referir que nos sinais de alarme foram contabilizados 7 questionários sem respostas, o que perfaz quase 25% dos inquiridos, e na sua maioria dos que identificaram sinais de alarme, apontaram apenas 1. Em relação aos sinais e manifestações dos 29 questionários não obtivemos resposta em 6 deles e constatou-se igualmente a referência, na maioria das situações, a apenas 1 sinal ou manifestação.

Na última questão com resposta aberta solicitou-se a **identificação das alterações emocionais na criança com dislexia**, obtendo as seguintes respostas:



Figura nº3- alterações emocionais na criança com dislexia identificadas pelos enfermeiros

Podemos constatar que os enfermeiros destes serviços tem uma perceção correta acerca das alterações emocionais presentes na criança com dislexia, as quais são dificultadoras de um estado de bem-estar da criança com consequências como já explanamos anteriormente.

As últimas 2 questões relacionam-se com a perceção dos enfermeiros acerca do cuidar de crianças com PLE. De seguida estão expostas as respostas obtidas. Da análise das respostas do gráfico 10 constatamos que apenas 10 (34,5%) dos 29 enfermeiros estão despertos para esta problemática quando cuidam de crianças, podemos então concluir que esta problemática é pertinente ser abordada e que é necessária a sensibilização e capacitação dos enfermeiros acerca da mesma, promovendo melhoria nos cuidados prestados. As respostas à última questão refletem de forma clara que os enfermeiros ficaram sensibilizados para a problemática das perturbações da aprendizagem específicas, dado que no gráfico nº 11 verificamos que quase 90% referiram que o papel do enfermeiro é relevante no encaminhamento das crianças com

manifestações de PLE ainda não diagnosticadas para outros profissionais. Salientamos aqui que quase a totalidade das equipas são constituídas por EEESIP e os enfermeiros ao considerarem relevante o papel do enfermeiro nesta problemática, estão a desenvolver as competências específicas do EEESIP *Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, e Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem* e as respetivas unidades de competência respetivas adequadas nestas situações.



Gráfico nº10 –Perceção dos enfermeiros na sua prestação de cuidados acerca da problemática das PLE

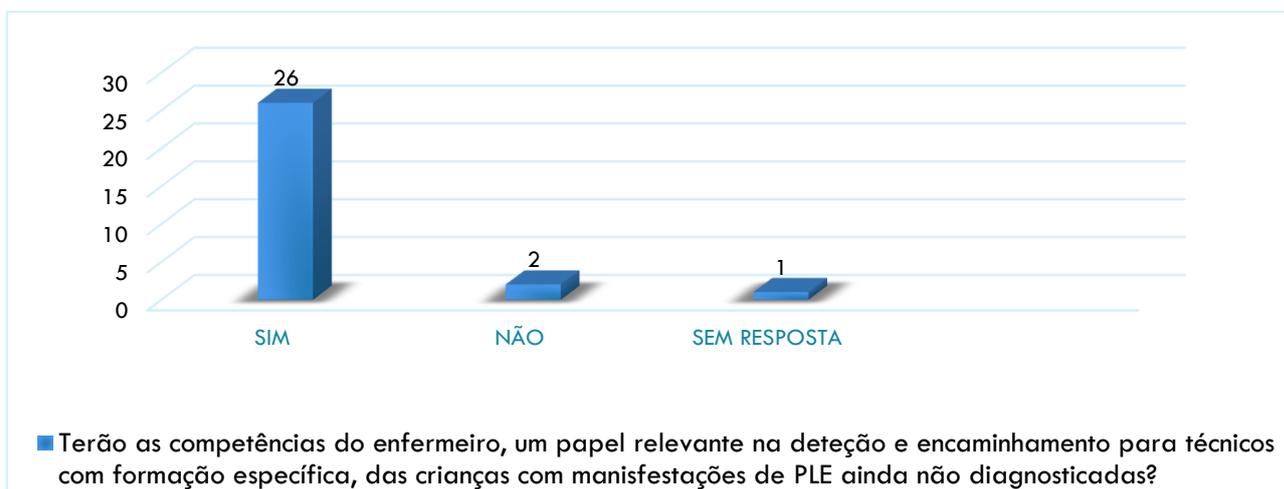


Gráfico nº11 –Relevância das competências do enfermeiro na deteção e encaminhamento de crianças com manifestações de PLE ainda não diagnosticadas

4. REFLETIR ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo é nosso objetivo fechar este ciclo de formação, através duma reflexão crítica acerca do percurso formativo que trilhamos e que teve por base o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e competências de mestre. Procuraremos efetuar uma análise clara e explícita das aquisições efetuadas.

A Ordem dos Enfermeiros (2019) refere que os cuidados de enfermagem possuem atualmente uma maior importância e conseqüente exigência técnica e científica, o que faz com que a especialização seja uma necessidade real, acompanhando o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros esta demanda através da atribuição, em seis especialidades, o título de enfermeiro especialista, sendo uma das quais a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

As competências comuns são aquelas que todos os enfermeiros especialistas partilham, independentemente da área de especialização, enquanto que se designam de competências específicas aquelas que permitem proporcionar cuidados com elevado grau de adequação, atendendo às necessidades de saúde individuais, permitindo intervenções definidas por cada área de especialidade (OE, 2019).

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Artigo 4º do Diário da República, 2ª série- Nº26-6 de fevereiro de 2019 os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são 4, os quais passamos a citar:

- A.** Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B.** Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- C.** Domínio da Gestão de Cuidados;
- D.** Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Ao longo de todo o percurso a prática sustentou-se nestes 4 domínios. Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é preconizado que o enfermeiro especialista demonstre um exercício baseado no conhecimento ético-deontológico permitindo

uma tomada de decisão seguindo estes princípios. A ética é intrínseca ao ser humano, implicando um juízo elaborado pelo próprio, que determina uma escolha da direção para agir. Para Nunes (2008), esta escolha é uma representação de um conjunto de valores pessoais que definem o agir, sendo essenciais tanto no panorama interno como no panorama externo, da interação social e com o grupo.

Os princípios éticos encadeiam-se uns nos outros e não têm prioridades estabelecidas. Os quatro princípios que servem de fio condutor para preservar a dignidade humana são: (1) princípio da beneficência, que implica fazer o bem; (2) princípio da não maleficência, que implica acima de tudo não fazer o mal; (3) princípio da justiça, em que todas as nossas ações têm uma distribuição adequada, equânime e justa; (4) princípio do respeito pela autonomia, ao defender a autonomia da opção da pessoa que está a cuidar (Mendes, 2009). Destacamos ainda a vulnerabilidade como valor ético que leva o enfermeiro, como prestador de cuidados, a lutar pelos direitos de igualdade do utente, incluindo-se neste grupo as crianças e adolescentes (Mendes, 2009).

Relativamente à deontologia, esta está associada ao dever e obrigação, como um conjunto de regras e princípios que assentam num agir por dever, dando à ação o seu valor moral, cuja perfeição só pode ser atingida por uma livre vontade. É essencial para clarificar as normas, orientar e fundamentar o agir do enfermeiro, no que se refere aos seus atos e na tomada de decisão nas variadas dimensões dos cuidados e nas diversas áreas de intervenção da Enfermagem (OE, 2015). A Deontologia Profissional de Enfermagem, vinculada com a publicação da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015), surge então com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da reflexão ético-deontológica de enfermagem e nortear a prestação de cuidados de enfermagem. Ao longo do nosso percurso os pressupostos ético-deontológicos foram sempre respeitados.

No que respeita ao domínio da melhoria contínua da qualidade, este projeto não fazia sentido se não provocasse melhoria no cuidar de enfermagem da criança com perturbações da aprendizagem específicas. Ao longo dos estágios foi possível verificar, quer através de momentos de partilha, quer através das sessões de formação e ainda das respostas aos questionários acerca da perceção dos enfermeiros acerca desta problemática, que é possível

efetuar mudança na forma como se cuida da criança em idade escolar, ao estar alerta para os sinais e manifestações das perturbações da aprendizagem específicas. Podemos aqui referir o artigo 104º do código deontológico de enfermagem que preconiza *garantir o direito ao cuidado* e ainda o artigo 109º que refere que o enfermeiro tem o dever de *promover a excelência do exercício*.

Relativamente ao 3º domínio que corresponde à gestão de cuidados, consideramos que a possibilidade de participar nos cuidados de gestão quer com as enfermeiras orientadoras quer com a enfermeira substituta da enfermeira chefe do serviço de urgência pediátrica, permitiu adquirir competências neste domínio, que nos capacitaram para o quotidiano da prestação de cuidados no nosso local de trabalho. Realçamos aqui, que o conhecimento prévio das diversas áreas de prestação de cuidados, uma vez que já tinha prestado cuidados a crianças em todos os contextos de estágio, se revelou uma mais valia na gestão da prestação de cuidados diretos ao binómio criança/família.

No que respeita à gestão de cuidados, inclui-se a forma como estes são organizados indo de encontro ao 6º enunciado dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da criança e do Jovem, que preconiza a utilização de métodos de organização dos cuidados que promova a qualidade dos mesmos (OE, 2017). Destacamos aqui a relevância do enfermeiro de família, método praticado na UCSP, e o qual efetuamos com a EEESIP orientadora, o que permite uma visão holística de toda a família e meio onde a criança se insere, prestando cuidados ao longo das diversas etapas de desenvolvimento da criança, efetuando cuidados personalizados.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi um domínio presente de forma continua desde o início do processo formativo, através de uma busca permanente de conhecimento que permitisse capacitarmos nos no nível mais elevado possível, para prestar cuidados à criança com elevados padrões de qualidade.

Foi nos propostos enquanto estudante, a elaboração de um artigo científico no âmbito do estágio final e como elemento de avaliação. A redação deste artigo promoveu o desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, competência comum inerente ao

enfermeiro especialista, através da pesquisa de conhecimento com rigor científico. Cabe nos salientar que, de igual forma as competências de mestre são desenvolvidas através deste método de pesquisa, que produz conhecimento científico. O artigo foi efetuado através de uma revisão integrativa da literatura, o que permitiu reunir e sintetizar os estudos publicados com credibilidade científica, e teve como ponto de partida uma pergunta de investigação.

O objetivo do artigo delineado foi relacionar a influência das perturbações da linguagem na qualidade de vida das crianças, A pesquisa foi realizada através do motor de busca EBSCO, de artigos publicados de janeiro de 2014 a dezembro de 2019. Os descritores utilizados foram language disorders, children e quality of life e como operador booleano o and. Obtiveram-se 12 estudos, após a triagem e avaliação foram incluídos 5 para análise. Como resultado obteve-se que a qualidade de vida das crianças é influenciada quando existem perturbações da linguagem, concluindo se que a criança com perturbações da linguagem tem perceção da qualidade de vida (QoL) diminuída relativamente aos pares sem essas perturbações e que as escalas para avaliar a QoL mais utilizadas são PedsQL, TACQOL e HUI3. A avaliação da QoL apesar de importante ainda não é efetuada de forma sistemática.

Ainda no domínio das aprendizagens, tivemos oportunidade, pelo fato de sermos mestrandos, de participar no concurso realizado pela ANGELINI UNIVERSITY AWARDS na elaboração de um projeto sendo no ano de 2019 a temática a desenvolver “*Hospital 2.0 – O Hospital é em minha casa: projetos facilitadores da hospitalização no domicílio*”. Decidimos incidir o projeto a desenvolver, sobre técnicas facilitadoras de administração de medicação endovenosa sendo o tema do mesmo “Hospitalização Domiciliária: Bombas Infusoras Elastómericas para Perfusão de Antibióticos – uma realidade a considerar para capacitar em contexto de UHD” (**Anexo VI**).

Consideramos como justificação da temática escolhida, a Norma da DGS 020/2018 que estabelece como uma das terapêuticas possíveis de realizar na hospitalização domiciliária o “*Tratamento Antimicrobiano com Terapêutica Antibiótica Domiciliária Endovenosa (TADE) – Possibilidade de manter terapêutica antibiótica em doentes com indicação para ciclos prolongados*”. O projeto seguiu uma linha de investigação de necessidades, neste caso relativo a prestação de cuidados, em populações específicas, sendo estas os utentes elegíveis para administração de antibioterapia endovenosa no domicílio e teve como objetivo geral “*Capacitar*

os profissionais de saúde acerca do uso de bombas de elastómero na administração de antibioterapia endovenosa em contexto de hospitalização domiciliária”.

Esta oportunidade permitiu-nos aplicar mais uma vez a MTP, promover as aprendizagens e partilhar experiências que permitiram ao utente adulto, mas também o pediátrico uma melhoria na sua qualidade de vida, evitando idas ou internamentos hospitalares, e em simultâneo contribui para a diminuição dos gastos na área da saúde. Constatamos que mesmo não ficando nos 15 projetos selecionados para a final, foi uma experiência enriquecedora que permitiu desenvolver competências de enfermeiro especialista e de mestre.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

A Ordem dos Enfermeiros (2018) refere que o EEESIP tem como objeto dos seus cuidados o binómio criança/família através da aplicação de um modelo conceptual centrado na criança e família. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica intervêm numa fase fundamental do ciclo vital, a qual compreende o período entre o nascimento e os 18 anos de idade.

As competências específicas na área de especialidade de saúde infantil e pediatria são:

- A.** Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- B.** Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- C.** Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem.

O descritivo para a primeira competência específica (A) do EEESIP refere que este tem como alvo dos seus cuidados o binómio criança/família, estabelece com estes uma parceria de cuidados tendo presente a promoção da otimização da saúde no sentido de promover uma adequada gestão do regime e da parentalidade. Ao longo deste percurso foi possível desenvolver esta competência específica em todos os contextos de estágio, uma vez que nos cuidados

prestados pelo EEESIP, a maximização da saúde da criança/jovem está sempre subjacente à sua atuação.

As unidades de competência relativas esta competência específica, **EI.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem,** e **EI.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem** servem de suporte para a maioria das atividades planeadas para a aquisição de competências como EEESIP, dado que a problemática em estudo é potenciadora de situações de risco para a criança, podendo mesmo devido aos seus efeitos nefastos desenvolver perturbações do foro mental, com todos as consequências a curto e a longo prazo.

No contexto da UCSP onde efetuamos estágio, as unidades de competência acima descritas estão bem patentes na prestação de cuidados do EEESIP, dado que o grande enfoque dos CSP é a promoção da saúde da criança e prevenir a doença, contribuindo para tal o cuidar do binómio numa parceria de cuidados promovida pelo enfermeiro de família, que permitiu uma apreciação global da família e do contexto socioeconómico onde a criança está inserida. Podemos intervir em situações de risco potenciadoras de efeitos negativos na qualidade de vida da criança, nomeadamente numa criança com dificuldades na leitura e na escrita, com mau rendimento escolar, através de capacitação do pai acerca dos despistes necessários para a criança ter um diagnóstico adequado à sua situação, encaminhamentos possíveis para técnicos de outras área e esclarecimento das condições necessárias para a criança usufruir na escola das adequações próprias consoante o diagnóstico que for efetuado.

Relativamente à segunda competência específica (B) o descritivo refere que na sua atuação para cuidar da criança/jovem em situações complexas e de elevada exigência, o EEESIP deve recorrer a abordagens e terapias que existem disponíveis, de forma adequada. A doença numa criança é um momento de crise para o binómio criança/família. Quando esta intercorrência no bem-estar acontece e a criança necessita de hospitalização existe um aumento de ansiedade, stress e angústia (Hockenberry & Wilson, 2014), tendo o EEESIP uma responsabilidade acrescida no reconhecimento de situações que coloquem em risco a vida, devido a instabilidade

das funções vitais e posterior prestação de cuidados adequados. Para uma adequada atuação nestas situações é necessário a capacitação em áreas específicas tais como suporte avançado de vida. Evidenciamos aqui a oportunidade de realizarmos o Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, no âmbito deste percurso de aprendizagens, em que foi possível através de cenários práticos de simulação da realidade uma melhor apreensão dos conhecimentos e da atuação a ter em emergência, concluímos com aproveitamento o curso de 18 horas (**Anexo IV**).

Esta competência esteve presente em diversos contextos de estágio, onde pudemos prestar cuidados em situações complexas, nomeadamente na identificação de situações de instabilidade das funções vitais, mobilizando os conhecimentos e habilidades que possuía da experiência profissional anterior em contexto de urgência e unidade de cuidados intensivos neonatais para efetuar uma rápida atuação com respostas antecipatórias imediatas.

Também o nosso interesse pessoal e profissional acerca da gestão eficaz da dor, sendo inclusive a problemática abordada aquando da licenciatura de enfermagem, nos permitiu evoluir nesta competência específica, permitindo aplicar os conhecimentos anteriores e os adquiridos neste percurso formativo acerca de terapias não farmacológicas para o alívio da dor. Consideramos importante aqui referir que efetuamos no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria II um protocolo de revisão scoping intitulado *Alternativas não farmacológicas para o alívio da dor e desconforto no RN* o qual pretendemos propor para publicação. Contribuiu também para a capacitação na área da gestão da dor a participação no Workshop “Reflexologia Podal: Cólicas do Lactantes” que ocorreu na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus (**Anexo V**).

Em todos os campos de estágios a gestão da dor foi efetuada com um olhar de EEESIP contribuindo para uma melhoria dos cuidados que prestamos às crianças, salientando a importância do registo sistemático da avaliação da dor que é considerado o 5º sinal vital a ser avaliado.

Relativamente ao promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica pudemos desenvolver esta unidade de competência nos diversos contextos, pois em todos eles tivemos contato com crianças com doenças crónicas que necessitam do melhor cuidado possível para

permitir um estado de bem-estar o mais elevado possível. Destacamos aqui as situações de crianças com diagnóstico de diabetes mellitus inaugural com que nos deparamos no serviço de urgência, sendo uma situação de stress com todas as necessidades de capacitação da família, onde tivemos de demonstrar ainda estratégias promotoras de esperança.

A terceira competência específica (C) tem como descritivo que o EEESIP tenha uma resposta eficaz, atendendo às especificidades e exigências de cada etapa do desenvolvimento das diversas etapas desde a vinculação até à juventude. Em todos os contextos foi possível desenvolver esta competência. Na UCSP na consulta de enfermagem de vigilância prestamos cuidados na promoção do desenvolvimento e crescimento infantil com todos os cuidados inerentes a esta consulta e descritos no PNSIJ, promovemos a parentalidade e a vinculação do RN aos pais, promovemos a amamentação. Mais uma vez aqui salientamos a importância do enfermeiro de família na otimização da qualidade dos cuidados, possível constatar aquando do estágio e ainda da nossa prática profissional do contexto de trabalho atual, de longos anos a cuidarmos de crianças/famílias com este modelo, cujos benefícios se observam a curto, mas também a longo prazo. Esta competência foi amplamente desenvolvida na UCIN dado a prestação de cuidados incidis numa etapa da vida fulcral para o início da vinculação e promoção da parentalidade, principalmente por serem RN em contexto de hospitalização com todos os condicionantes que daqui advêm na proximidade do binómio criança/família.

Relativamente ao adolescente e sendo uma etapa do ciclo vital com muitas alterações emocionais próprias, a promoção da autodeterminação nas suas escolhas relativas à saúde e promoção da autoestima são um desafio permanente para o EEESIP. Consideramos uma pedra basilar negociar um contrato de saúde com o adolescente, pois desta forma vai sentir se incluído e decisor das suas escolhas, permitindo ao EEESIP ganhar a sua confiança e promover assim a sua saúde. Tanto na UCSP como no internamento e urgência prestamos cuidados a adolescentes tendo sempre presente esta premissa de proporcionar-lhe poder na tomada de decisão acerca de si próprio e constatando resultados positivos com esta forma de cuidar, não impondo, mas negociando.

Refletindo então acerca das competências específicas do EEESIP, constámos que a complexidade das mesmas ao serem desconstruídas em unidades de competências e estas nos critérios de avaliação, permite-nos uma reflexão crítica acerca das mesmas. Dado o nosso

percurso profissional, temos aqui talvez a ousadia de dizer que provavelmente efetuamos um percurso inverso a outros profissionais, pois ao iniciarmos este percurso formativo temos 20 anos de prestação de cuidados na área de saúde infantil e pediatria como enfermeira.

Ao longo do nosso percurso profissional e como já foi referido, prestámos cuidados em contexto de internamento, urgência, UCIN e CSP o que nos permitiu ter uma visão de todos os ciclos desta fase da vida. Neste percurso foi nos permitido voltar a prestar cuidados nos mesmos contextos enquanto futuro EEESIP, permitindo refletir acerca na mudança da visão de enfermeira para enfermeira especialista e mestre. Consideramos que já anteriormente cuidávamos da criança, nas várias etapas do seu desenvolvimento, numa perspetiva de maximizar a sua saúde. Como EEESIP adquirimos competências, aprofundámos conhecimentos e habilidades prévias, que permitiram limar arestas, basear a prática na evidência, aprendemos a questionar ainda mais o porquê e a procurar respostas científicas que permitem desenvolver a enfermagem como ciência.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Para obter o grau de mestre é fulcral que se demonstre possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, apoiados nos conhecimentos anteriormente adquiridos no 1º ciclo de estudos, os aprofunde e desenvolva através de contextos de investigação. Para além disso tem que saber aplicar os conhecimentos, a compreensão e resolução de problemas em circunstâncias novas desconhecidas, em conjunturas multidisciplinares de forma a dar resposta a questões complexas, proporcionando soluções ou emitir juízos, caso a informação existente seja insuficiente. Tem de ter igualmente capacidade de reflexão acerca das consequências e deveres éticos e sociais resultantes dos seus juízos e respostas dadas, de forma a saber enfrentar situações de elevada complexidade. O mestre tem de ter capacidade de transmitir as conclusões que obteve e em simultâneo demonstrar ter competências que propiciem aprendizagens de uma forma auto-orientada e autónomo ao longo da sua vida (Diário da República, 2016).

Acresce ainda que o grau de mestre é conferido numa especialidade, o ciclo de estudos condutor à obtenção do mesmo integra *“Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza*

profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados” e que a orientação relativa à “elaboração da dissertação ou do trabalho de projeto e a realização do estágio são orientadas por doutor ou por especialista de mérito reconhecido” (Diário da República, 2016^a, artigo 20).

Após a referência à legislação atual acerca da obtenção do grau de mestre e pelo explanado ao longo deste relatório afirmamos que cumprimos todos os requisitos para após a aprovação deste trabalho de projeto e do relatório de estágio, em ato público de defesa do mesmo nos seja concedido o grau de mestre em enfermagem com especialização na área de saúde infantil e pediátrica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do relatório que chegou ao seu término, explana o percurso formativo trilhado, através de uma reflexão sistematizada e crítica, permitindo o testemunho da aquisição das competências de EEESIP e competências de mestre, bem como a evidência de que estas tem influência na promoção de cuidados de enfermagem de elevada qualidade e de excelência, proporcionando ao binómio criança/família a promoção da saúde através da maximização da mesma.

Numa simbiose entre a prática e a evidência científica pesquisada, a premissa de desenvolver em contextos práticos na área da saúde infantil e pediátrica, as aquisições e aprofundamento de conhecimentos, mostrou-se ser uma conjuntura favorável nas aprendizagens tanto pessoais como profissionais e académicas.

Através da MTP foi possível seguir um fio condutor através das diversas etapas inerentes ao mesmo, partindo da identificação da problemática a investigar, e seguindo a linha de investigação *“necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”*, delineamos este projeto, que foi estruturado para dar resposta aos objetivos delineados.

É dever ético e deontológico do EEESIP exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, tendo sempre presente o respeito pela vida, pela dignidade humana e ainda pela saúde e bem-estar da população, efetuando todas as intervenções que estão ao seu alcance para melhorar a qualidade dos cuidados e serviços prestados como referido no artigo 97º dos estatutos da Deontologia Profissional (OE, 2015). Por este motivo está o EEESIP obrigado a cumprir este dever no que respeita às crianças, e no caso específico do nosso projeto, às crianças em idade escolar com perturbações da leitura e da escrita.

Consideramos que a nossa visão de EEESIP permitiu-nos cumprir com este dever deontológico, dado que projetámos e executámos todas as intervenções possíveis, no período correspondente ao Estágio I e ao Estágio Final num total de 22 semanas (462 horas presenciais), numa perspetiva de melhorar a qualidade dos cuidados a estas crianças. Agilizar as competências como mestre, incorporando o conhecimento científico e da praxis adquirido, e ter

como output desta caminhada, a sensibilização dos enfermeiros para a problemática das perturbações da leitura e da escrita, assume um sabor a vitória, um início de “partir pedra” numa área que tanto nos diz, quer pessoalmente, quer profissionalmente.

O procurar sempre a melhor prestação de cuidados ao longo destes anos a cuidar de crianças, levou-nos a questionar se nesta área tão concreta, os enfermeiros estariam sensibilizados para a sua existência, e das consequências nas crianças, que não tem um diagnóstico clínico de perturbação da aprendizagem específica, sendo por este motivo privadas de adequações escolares significativas para o seu sucesso escolar.

Acresce aqui o dever do EEESIP para com a comunidade, bem explicito no Código Deontológico da Enfermagem (OE, 2015), que ao ser responsável na promoção da saúde e na obrigatoriedade de efetuar respostas às necessidades em cuidados de enfermagem, tem o dever de orientar a comunidade na procura de soluções para os problemas de saúde detetados. Assim ao detetar situações de crianças que apresentem sinais de alarme ou manifestações destas perturbações, tem o EEESIP de prestar uma resposta adequada a estas crianças, não se demitindo das suas obrigações deontológicas e subjacentemente éticas. Mais se acrescenta que o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP legisla que é da sua competência diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança. Consideramos ter exposto de forma clara ao longo deste documento, que com este projeto estamos a contribuir para que os EEESIP desenvolvam esta competência específica, e num à parte dizer que aqueles que consideram que esta perturbação não tem intervenções de enfermagem, fica aqui bem explicito a sua obrigatoriedade de as reconhecer como parte integrante dos seus cuidados, promovendo a saúde das crianças em idade escolar.

Ambiciona-se que o projeto desenvolvido possa ter contribuído para uma melhoria dos cuidados de enfermagem nos locais de estágio onde foi implementado e que perdure no tempo a procura de conhecimento nesta área. Devido ao fator tempo, e não ter sido possível efetuar estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade com um EEESIP, sentimos que existem atividades extremamente importantes a realizar no contexto da Saúde Escolar, para colmatar lacunas no diagnóstico precoce destas perturbações e encaminhamento das mesmas.

Durante um momento de partilha de experiências com a enfermeira coordenadora da saúde escolar do ACES Alentejo Central, ficou em aberto a hipótese de uma parceria de cuidados, no sentido de em contexto escolar efetuar despiste através intervenções de enfermagem como EEESIP às crianças que frequentam o 1º e 2º ano das escolas básicas do concelho e efetuar um estudo acerca das prevalências, subdiagnósticos e consequências destas perturbações nas crianças residentes no conselho, dado que é uma problemática com poucos dados a nível nacional. Não ficando a nossa ambição por aqui, o implementar uma consulta de enfermagem de desenvolvimento na criança em idade escolar, no respetivo ACES é de igual forma uma meta que iremos tentar alcançar.

Por parcos ganhos que se consiga ter, todas as atividades de enfermagem que se efetuem são benefício para estas crianças, muitas das quais permanecem num limbo em que vão crescendo sem um diagnóstico efetuado, com todos os malefícios que desta inexistência advém como explanamos no relatório.

Enunciamos como aspetos facilitadores o apoio e orientação da docente que orientou os estágios e a elaboração do relatório, permitindo desta forma divulgar o percurso que efetuamos, e ainda o interesse pessoal pela problemática das perturbações da leitura e da escrita, os conhecimentos anteriormente adquiridos que possibilitaram a motivação pelo querer saber mais, de uma forma científica, promovendo todo o processo de aprendizagens.

Como aspetos dificultadores apontamos a escassez de tempo por vezes sentida, devido ao espartilhamento do tempo pela área pessoal, profissional e académica, tentando sempre ultrapassar as contingências sentidas da forma mais harmoniosa possível, para podermos atingir o produto final com êxito e sentimento de termos procurado sempre que a tomada de decisão fosse a mais acertada no momento adequado.

Ao refletirmos acerca do porquê de só agora realizar um sonho há muito ambicionado, consideramos que deveríamos ter efetuado este percurso antes e imaginamos como teria sido. No entanto o caminhar implica olhar para a frente, com o que a vida nos ensinou, quer pessoalmente quer profissionalmente, adquirir novas competências que nos permitam prestar melhores cuidados, colocando sempre a criança acima de tudo, defendendo os seus direitos

como ser vulnerável que é, não deixando que as decisões de outros interfiram na qualidade de vida e no sorrir da criança. Provavelmente se este percurso formativo tivesse sido realizado há anos atrás, a problemática abordada não seria esta, e então pensamos que se foi realizado agora, foi porque esta era a altura ideal, permitindo abordar uma temática que nos é tão familiar e próxima, contribuindo através do nosso cuidar a promoção de mais sorrisos nas nossas crianças.

Uma só criança! Uma só que seja retirada do limbo e sorria, permite dizer que já valeu a pena todo este percurso. Quantas mais, melhor....

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS] (2017). Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017. Ministério da Saúde. Recuperado a 4 de junho de 2020 em https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contr_atualizacao_2017.pdf

Als,H. (2009). Press Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. Journal of Neonatal-Perinatal Medicine. 2, 135-147. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://doi.org/10.3233/NPM-2009-006>

Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem-Perspetivas de desenvolvimento. Pensar Enfermagem, 13 (1). Recuperado a 32 de março de 2020 em <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009-13-12-12%282%29.pdf>

American Psychological Association [APA] (2012). Manual de publicação da APA (6ª edição). Porto Alegre, Brasil: Penso Editora.

Associação Portuguesa de Dislexia (2020). Homepage. Recuperado a 24 de maio de 2020 em <https://www.dislex.co.pt/sou-disléxico.html>

American Psychiatric Association [APA](2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra, Portugal: Quarteto.

Carvalho, A. (2014). Indicadores Precoces da Dislexia de Desenvolvimento (dissertação de doutoramento). Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra. Recuperado a 31 de março de 2020 em <http://hdl.handle.net/10316/26978>

- Coelho, D. (2019). Dificuldades de aprendizagem específicas: Dislexia, Disgrafia, Disortografia e Discalculia. Lisboa, Portugal: Areal Editores.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Recuperado a 31 de março de 2020 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- Constituição da República Portuguesa. (2020). Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04. Recuperado a 18 de junho de 2020 em <https://dre.pt/web/guest/legislaçãiconsolidada/lc/34520775/view>
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. Millenium, 30, 234-251. Recuperado a 6 de junho em <http://hdl.handle.net/10400.19/560>
- Coutinho, A. (2012). As perturbações da aquisição e do desenvolvimento da linguagem: um estudo preliminar da prevalência, dos fatores associados e das necessidades de encaminhamento para terapia da fala em crianças de idade pré-escolar no concelho de Oeiras (dissertação de mestrado). Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa-Escola Nacional de Saúde Pública. Recuperado a 31 de março de 2020 em <http://hdl.handle.net/10362/9404>
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. (1996). Diário da República n.º 205/96, Série I-A. Ministério da Saúde. Recuperado a 6 de junho de 2020 em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/196/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, nº176 Série I. Diário da República nº 176/2016, Série I. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Recuperado em 6 de junho de 2020 em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/63/2016/09/13/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. Departamento da Qualidade na Saúde. (2014). Programa Nacional de Acreditação em Saúde [PNAS]. Recuperado a 6 junho de 2020 em

<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheirosanexos/acreditacao-brochura-modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saudepdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. ((2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. ((2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de18122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma 002/2018 de 09 /01/2018. Recuperado a 7 de junho de 2020 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ]. Norma 010/2013 de 31/05/2013. Recuperado a 6 junho de 2020 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saudeinfantil-e-juvenil.aspx>

Ferreira, M., Horta, I., (2014) Leitura - Dificuldades de aprendizagem, ensino e estratégias para o desenvolvimento de competências, Da Investigação às Práticas, 5(2), 144-154.

Fletcher, J., Lyon, G., Fuchs, L. & Barnes, M. (2007). Learning Disabilities: From Identification to Intervention. Child Neuropsychology. 286-288. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://doi.org/10.1080/09297040701455171>

Fletcher, J., Lyon, G., Fuchs, L. & Barnes, M. (2019). Learning Disabilities: From Identification to Intervention. (2nd ed.). The Guilford Press.

- Fortin, M-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Freese, B. (2002). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (org.). Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem. 335-376. Loures, Portugal: Lusociência.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2019). Base de dados dos Municípios. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://www.pordata.pt/Municipios> acedido a 06/06/2020
- Gabrieli, J. (2009). Dyslexia: A New Synergy Between Education and Cognitive Neuroscience. Science. 325, 280-283. Recuperado a 31 de março de 2020 em DOI: 10.1126/science.1171999
- Gallego, M. S., Iscoa, J., López, P. & Pérez, N. (2011). Evaluación de la dislexia en la escuela primaria: Prevalencia en español. Escritos de Psicología. 4 (2), 35-22. Recuperado a 31 de março de 2020 em DOI: 10.5231/psy.writ.2011.1407
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., Strupp B, and the International Child Development Steering Group (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The Lancet. 369, 60-70. Recuperado a 31 de março de 2020 em [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
- Handler, S. (2016). Dyslexia: What you need to know. Contemporary Pediatrics. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://www.contemporarypediatrics.com/view/dyslexia-what-you-need-know>
- Healthy People.gov (2020). Homep.e. Recuperado a 13 de maio de 2020 em <https://www.healthypeople.gov/>

- Hertzmn, C.; Power, C. (2004). Child development as a determinant of health across the life course. *Current Pediatrics*. 14, 438-443. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://doi.org/10.1016/j.cupe.2004.05.008>
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014) Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. Lisboa: Lusociência: 9º Ed. Vol I-II.
- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. Serviços clínicos: Área da Mulher e da Criança. Recuperado a 4 de junho de 2020 em <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019). Estatísticas demográficas 2018. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística. Recuperado a /de junho de 2020 em <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/358632586>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). Diagnóstico Precoce-Programa Nacional. Homepage. Recuperado a 13 de maio de 2020 em <http://www.diagnosticoprecoce.org/historia.htm>
- International Dyslexia Association. (2020). Homep.e. Recuperado a 24 de maio de 2020 em <https://dyslexiaida.org/>
- Laranjeira, C. (2015). Dislexia em crianças e adolescentes - Perspetiva atual (dissertação de mestrado). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/81726>
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (2019). Diário da República n.º 169/2019 Série I. Assembleia da República. Recuperado a 6 junho de 2020 em <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
- Ministério da Educação (2003). Comunicação, Linguagem e fala – Perturbações Específicas de linguagem em contexto escolar. Lisboa, Portugal: Fundamentos. Recuperado a 13 de maio de 2020 em https://www.portaldacrianca.com.pt/comunic_fala.pdf

- Neuman, B. & Fawcett, J. (eds.). (2011). *The Neuman Systems Model (5th Editions)*. Upper Saddle River, NJ, United States of America: Pearson.
- Nunes, L. (2008). 10 Anos de Deontologia Profissional em Enfermagem-Fundamentos Éticos da Deontologia Profissional. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, pp. 35-48. Recuperado a 6 de junho de 2020 em <https://www.researchgate.net/publication/262048659>
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos*. Lisboa: Lusociência.
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://www.ordenenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017) *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica*. Regulamento n.º 422/2018 de 12 de junho. *Diário da república, Série II- N.º 133*. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://dre.pt/application/file/a/115685317>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II- N.º 26*. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

Ordem dos Enfermeiros (2020). Homepage. Dia Mundial da Imunização (Vacinação)-Texto da CEEC. Recuperado a 7 de junho de 2020 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-mundial-da-imunizacao-vacinao-texto-da-ceec/>

Pereira, L., Godoy, D. & Tercariol, D. (2009). Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. *Psicologia: reflexão e crítica*, 22 (3), 422-429. Recuperado a 31 março de março de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000300013>

Plano Nacional de Leitura. (2017). Quadro Estratégico Plano Nacional de Leitura 2027. Recuperado a 13 de maio de 2020 em <http://pnl2027.gov.pt/np4EN/file/8/QE.pdf>

Resolução da Assembleia da República n.º 20/90 de 12 de setembro. (1990). Diário da República nº 211/1990, 1º Suplemento, Série I. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://dre.pt/application/file/a/222333>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27, 1-9. Recuperado a 31 e março de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Ribeiro, T. (2018). Consciência fonológica em crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico com perturbação da aprendizagem específica com défice na leitura (dissertação de mestrado). Viseu, Portugal: Escola Superior de Educação de Visão. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4917/1/PAE%20com%20défice%20na%20leitura%20-%20Tatiana%20Ribeiro%202018.pdf>

Rodrigues, M., Alçada, I. Calçada, T. & Mata, J. (2017). Apresentação de Resultados do Projeto Aprender a Ler e a Escrever em Portugal (relatório de progresso). Recuperado a 31 de março de 2020 em [https://www.dgeec.mec.pt/np4/292/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=516&fileName=relatorioprogresso.pdf](https://www.dgeec.mec.pt/np4/292/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=516&fileName=relatorioprogresso.pdf)

Rombert, J. (2013). O gato comeu-te a língua? Lisboa: Esfera.

Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. Revista Percursos, 15, 1-38. Recuperado a 31 de março de 2020 em <http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/RevistaPercursos15.pdf>

Queirós, P. J. (jul-set2014). Reflexões para uma Epistemologia da Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, 23, 776-781. Recuperado a 31 de março de 2020 em <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002930013>

Sacramento, P. (2015). Dislexia: conhecimentos de educadores e professores do 1º ciclo do ensino básico na Zona Norte de Portugal (dissertação de mestrado). Minho, Portugal: Universidade do Minho. Recuperado a 31 de março de 2020 em <http://hdl.handle.net/11822/41380>

Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. Nascer e Crescer, 20(1), 26-31. Recuperado a 31 de março de 2020 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

Scopel, R., Souza, V. & Lemos, S. (2012). A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: revisão de literatura. Revista CEFAC, 14(4): 732-741. Recuperado a 13 de maio de 2020 em <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000139>

Seymour, P., Aro, M. and Erskine, J. in collaboration with COST Action A8 network. (2010). Foundation literacy acquisition in European orthographies. British Journal of Psychology, 94, 143-174. Recuperado a 31 de março de 2020 em <https://doi.org/10.1348/000712603321661859>

Shaywitz, S. and Shaywitz, B. (2008). Paying attention to reading: The neurobiology of Reading and dyslexia. Development and Psychopathology, 20, 1329-1349. Recuperado a 11 de maio de 2020 em <https://doi.org/10.1017/s0954579408000631>

- Silva, A. (2019). A leitura como fator de inclusão social: desenvolvimento de um instrumento de avaliação para o 1º ano de escolaridade (dissertação de mestrado). Minho: Universidade do Minho. Recuperado a 7 de maio de 2020 em <http://hdl.handle.net/1822/60306>
- Sim Sim, I., Silva, A. & Nunes, C. (2008). Linguagem e comunicação no jardim-de-infância: textos de apoio para educadores de infância. Ministério da Educação. Recuperado a 13 de maio de 2020 em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EInfancia/documentos/linguagem_comunicacao_jardim_infancia.pdf
- Snowling, M. (2008). Specific Disorders and Broader Phenotypes: The Case of Dyslexia. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 61 (1), 142-156 Recuperado a 31 de março de 2020 em DOI: 10.1080/17470210701508830.
- Teles, P. (2004). Dislexia: como identificar? Como intervir? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20, 6, 713-730. Recuperado a 5 de abril de 2020 em http://dx.doi.org/10.32385/r_pmgf.v20i6.10097
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Evolução das Teorias de Enfermagem. In *Teóricas de Enfermagem* (pp. 3-72). Loures, Portugal: Lusociência.
- Vale, A., Sucena, A. & Viana, F. (2011). Prevalência da Dislexia entre Crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico falantes do Português Europeu. *Revista Lusófona de Educação*. 18, 45-56. Recuperado a 31 de março de 2020 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-72502011000200004&lng=pt&nrm=iso
- Veríssimo, R. (2002). Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson). Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Recuperado a 13 de maio de 2020 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>
- World Health Organization (2020). Homep.e. Recuperado a 24 de maio de 2020 em <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health>

ANEXOS

Anexo I: Questionário de avaliação da sessão de formação

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE FORMATIVA – REACÇÃO DO FORMANDO			
(Preenchimento imediatamente após a actividade formativa)			
SERVIÇO:			
TEMA DA ACTIVIDADE FORMATIVA:		Enfermeiro/a	
		Assistente Operacional	
(Na quadricula ao lado assinala com x qual o grupo profissional a que pertence)		Outro Técnico. Qual? _____	
Formador (es):	Data: __/__/__	Carga Horária da Actividade Formativa:	_____ Hora (s). _____ Minutos

Legenda A: 1= Nada; 2= Pouco; 3= Satisfatório; 4= Totalmente

Itens Avaliados		1	2	3	4
Avaliação Global	Globalmente a acção de formação agradou-lhe:				
	Os objectivos propostos foram alcançados:				
	A actividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:				

Legenda B: 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

Conteúdos	O nível de conhecimentos adquiridos foi:				
	A pertinência do tema abordado foi:				
	A profundidade do tema abordado foi:				
	A utilidade do tema abordado foi:				
Desempenho do(s) formador(es)	A identificação dos objectivos foi:				
	O domínio das matérias ministradas foi:				
	A selecção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:				
	A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:				
	O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:				
	A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real de trabalho foi:				
Organização da actividade formativa	Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (referencias bibliográficas, sites, outros)?	Sim			
		Não			
	Foi distribuída documentação de apoio?	Sim			
	Não				
	A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:				
	A duração da actividade formativa foi:				

Em que situações/actividades profissionais prevê vir a aplicar os conhecimentos que adquiriu?

Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidar da Criança em Idade Escolar com Perturbações da Leitura e da Escrita

Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real de trabalho?

Outros comentários ou sugestões:

Nome:
(Opcional)

Anexo II: Parecer da Comissão de Ética da Instituição Hospitalar onde decorreu o Estágio Final

COMISSÃO DE ÉTICA

Enfermeira Diretora

17/4/2020

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Título do Projeto: Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica no cuidar da criança em idade escolar

Identificação do Proponente

Nome: Paula Leal

Instituição: Instituto Politécnico de Portalegre

Orientador: Professora Adjunta Maria Antónia Chora

Enquadramento Académico: Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem
Saúde Infantil e Pediátrica

Com base nos documentos apresentados:

- Está definido o tipo de estudo
- Prospectivo
- Retrospectivo
- Observacional
- Experimental
- Outro
- Estão definidos os critérios de inclusão sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes sim

Autorização
Ata n.º 17 em 24/04/20
O Conselho de Administração
Maria Filomena Mendes
Presidente
Francisca Chalaça
Vogal
Luís Cavaco
Vogal
Maria Elisa Brissos
Enfermeira Diretora
Isabel Pito
Diretora Clínica

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável

Condicional

Data: 17/04/2020

Rui Rosado

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. Rui Rosado

Anexo III: Parecer da Comissão de Ética do IPP



Instituto
Politécnico
Portalegre

PARECER

Nº Pedido 6 / Data 30/03/2020
Ref. SC/2020/533

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 25 de março 2020 deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de Investigação "Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidar da criança em idade escolar com perturbações da linguagem e da escrita", no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação no Ramo de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a responsabilidade da Investigadora Paula Alexandra Raposo Leal, com orientação do Sr.º Prof.º Adjunta Maria Antónia Chora.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

30-03-2020

IPP.COM-ET12-Rev.2



Anexo IV: Certificado “Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico”.



Curso Europeu
Suporte Avançado de Vida Pediátrico

Certificado

O Grupo de Reanimação Pediátrica certifica que **Paula Leal** participou no Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico que decorreu na Escola Superior de Saúde no Politécnico de Portalegre nos dias 18 e 19 de Outubro de 2019.

Concluiu com aproveitamento este Curso, com **aprovação na avaliação prática** e classificação de **64%** na avaliação teórica.

Portalegre, 19 de Outubro de 2019

O Diretor do Curso

(Handwritten signature)
Grupo de Reanimação
Pediátrica
NIF - 505 406 446



Anexo V: Certificado Workshop “Reflexologia Podal: Cólicas do Lactantes



Certificado

Certifica-se que **Paula Leal**, participou no **WorkShop** **“Reflexologia Podal: Cólicas do Lactantes”** no âmbito das atividades do Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, realizado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, no dia 10 de abril de 2019 com a duração de 2 Horas

Diretora
Departamento de Enfermagem

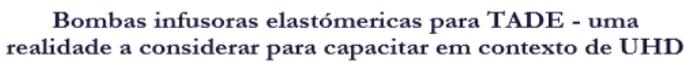
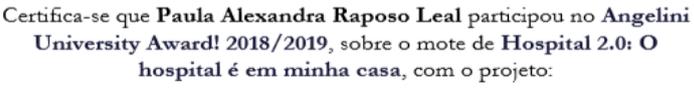
Paula Antónia Clória





Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidar da Criança em Idade Escolar com Perturbações da Leitura e da Escrita

Anexo VI: Certificado “Hospitalização Domiciliária: Bombas Infusoras Elastómericas para Perfusão de Antibióticos – uma realidade a considerar para capacitar em contexto de UHD”



APÊNDICES

Apêndice I: Guia orientador de avaliação do RN na 1^a consulta de saúde infantil

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



Associação de Escolas de Enfermagem
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

GUIA ORIENTADOR DE AVALIAÇÃO DO RN NA 1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL



<https://mamaeiii.wordpress.com/page/4/>

PROF. DRA. ANTÓNIA CHORA

ENF^a ORIENTADORA [REDACTED]

ESTUDANTE ESIP PAULA LEAL

3ª MESTRADO EM ENFERMAGEM

JUNHO
2019

ABREVIATURAS

BIS – Boletim Individual de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

IMC - Índice Massa Corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

UCSP – Unidade de Cuidados Personalizados

INDICE

	Pg.
INTRODUÇÃO	4
1- AVALIAÇÃO INICIAL NA 1ª CONSULTA DE VIDA	5
2- PARÂMETROS A AVALIAR NA 1ª CONSULTA DE VIDA	6
2.1 - PESO	6
2.2 - COMPRIMENTO	6
2.3 - IMC	7
2.4 - PERÍMETRO CEFÁLICO	7
2.5 - CORAÇÃO (SOPRO E PULSOS FEMURAIS)	8
2.6 - VISÃO	8
2.7 - AUDIÇÃO	9
2.8 - DESENVOLVIMENTO	9
2.9 - VACINAÇÃO	13
2.10 - RELACIONAMENTO EMOCIONAL/COMPORTAMENTO	13
2.11 - RISCO DE MAUS TRATOS	13
2.12 - SEGURANÇA DO AMBIENTE	13
3 - CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS NA PRIMEIRA CONSULTA	14
3.1 - ALIMENTAÇÃO	14
3.2 - VITAMINA D	15
3.3 - HIGIENE	15
3.4 - POSIÇÃO DE DEITAR	15
3.5 - HÁBITOS DE SONO	15
3.6 - HÁBITOS INTESTINAIS E CÓLICAS	15

3.7 - DESENVOLVIMENTO	15
3.8 - ACIDENTES E SEGURANÇA	16
3.9- TEMPERATURA NORMAL E FEBRE	16
3.10 – SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA	16
3.11 – VACINAÇÃO	16
3.12 – RELAÇÃO EMOCIONAL	16
4 – PROMOÇÃO VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	17
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários são após a alta hospitalar, os serviços de saúde de eleição para se iniciar a vigilância da saúde do Recém-Nascido. Atualmente existe uma boa prática de cuidados de enfermagem pediátricos que são o reflexo de resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e opinião de peritos reconhecidos nesta área (OE, 2010). Relativamente à Saúde Infantil o enfermeiro tem uma elevada responsabilidade, pois o objetivo major da Enfermagem Pediátrica é uma crescente melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao binómio criança/família, o que proporciona ganhos em saúde (Hockenberry *et* Wilson, 2014).

A OE (2010) preconiza que é da competência do enfermeiro avaliar o estado de saúde da criança, o nível de desenvolvimento e crescimento, sendo o guia orientador de boas práticas em saúde infantil e pediátrica um instrumento importante que deve ser considerado no contexto das consultas de enfermagem.

A primeira consulta de saúde infantil do RN é o marco que inicia a promoção do desenvolvimento e maximização da saúde nesta faixa etária e que irá repercutir se ao longo do seu crescimento, pois cada contato com a criança/família é uma oportunidade para capacitar e empoderar este binómio. A promoção dos cuidados centrados na família reconhece a esta como um pilar que deve estar ininterruptamente na vida da criança, sendo para tal necessário desenvolver parcerias com os pais que levem os mesmos a ter consciência das tomadas de decisões acerca das necessidades da criança levando a comportamentos que originem mudanças positivas (Hockenberry *et* Wilson, 2014).

Pretende-se com este guia promover a uniformização de cuidados de enfermagem aquando da primeira consulta de vigilância do RN, capacitar os pares para identificar precocemente alterações na condição física e de desenvolvimento, minimizando consequências nefastas no RN e consequentemente fomentar a sua qualidade de vida.

1 – AVALIAÇÃO INICIAL NA 1ª CONSULTA DE VIDA

O primeiro contato dos pais/família/recém-nascido com os Cuidados de Saúde Primários é determinante para a continuação de uma ligação com os mesmos. Ao longo desta primeira avaliação, o enfermeiro deverá ter a capacidade de promover uma parceria com os pais, intervindo de forma flexível, conseguindo ouvir os mesmos e reconhecendo-os como os principais promotores do desenvolvimento do RN (OE, 2010). Perante o descrito os pais consideram os cuidados de enfermagem personalizados como parte integrante no estabelecimento de uma relação positiva (Hockenberry *et* Wilson, 2014).

Na primeira consulta é importante efetuar uma recolha de dados que permita conhecer e registar a informação clínica relativa ao RN.



No Sclínico (sistema informático) aquando do primeiro contato devem ser preenchidos os seguintes dados da anamnese do RN, após ser selecionado o Programa de Saúde Infantil e Juvenil e associa lo ao contato da consulta de enfermagem.

- ❖ **Histórica Obstétrica materna:** vigilância da gravidez – número de consultas durante a gestação; duração da gestação em semanas; existência de risco na gravidez.
- ❖ **Período neonatal:** local do parto; tipo de parto; peso ao nascer; comprimento; perímetro cefálico; Índice Apegar (1º, 5º e 10º minuto); necessidade de reanimação ou não; contato pele a pele; verificar registo de vacina anti- hepatite B efetuada na maternidade; avaliar elegibilidade para BCG; verificar rastreio de doenças metabólicas (**entre o 3º e o 6º dia de vida**) se foi efetuada na maternidade; verificar registo de rastreio auditivo neonatal.

2- PARÂMETROS A AVALIAR NA 1ª CONSULTA DE VIDA

A vigilância em saúde infantil e juvenil permite realizar intervenções que tem como finalidade a promoção da saúde para assim se obter ganhos em saúde, sendo de extrema importância detetar o mais precocemente possível e posteriormente encaminhar situações que possam comprometer um desenvolvimento saudável e harmonioso da criança (DGS, 2013). Os parâmetros aqui abordados são os estipulados e recomendados pela DGS no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

2.1 - PESO: Recuperação do peso ao nascer até ao 15º dia, perda ponderal até 10% considerada dentro dos parâmetros normais (Hockenberry *et* Wilson, 2014).



<https://thumbs.dreamstime.com/z/pesando-um-recém-nascido-87365132.jpg>

2.2 - COMPRIMENTO: Manter a cabeça da criança na posição correta (Posicione a cabeça da criança de forma que a linha vertical entre o canal auditivo e a parte inferior da órbita ocular esteja perpendicular à placa horizontal do equipamento: Plano Vertical de Frankfort) encostada à parte superior da craveira. O enfermeiro deve posicionar a criança de modo que os ombros e a bacia fiquem alinhados em ângulos retos em relação ao eixo longitudinal do corpo e à craveira. Pressionar suavemente os joelhos da criança para esticar as pernas, a região plantar tem que estar encostada à parte inferior da craveira (DGS-INSA, 2011).



<https://www.gfmer.ch/omphi/intergrowth-course/pdf/Intergrowth-21st-Module1-Avaliando-as-Dimensoes-do-Recem-Nascido-por-Antropometria-2016.pdf>

2.3- IMC: Permite caracterizar o estado nutricional, varia consoante a idade.

A fórmula para o calcular é a seguinte (DGS-ISNA, 2011)

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (em quilos)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em metros)}}$$

2.4- PERÍMETRO CEFÁLICO: Permite avaliar a circunferência “fronto-occipital” que corresponde ao perímetro cefálico máximo. A fita deve ter uma largura de 0,6 mm. A cabeça deve ser medida na sua circunferência maior, passando a fita por cima da porção mais anterior do osso frontal e dos pavilhões auriculares e ainda por cima da proeminência occipital na parte posterior do crânio (DGS-ISNA, 2011).

POSIÇÃO INCORRETA



POSIÇÃO CORRETA



<https://www.gfmer.ch/omphi/intergrowth-course/pdf/Intergrowth-21st-Module1-Avaliando-as-Dimensoes-do-Recem-Nascido-por-Antropometria-2016.pdf>

2.5 - CORAÇÃO (SOPRO E PULSOS FEMURAIS): A frequência cardíaca no RN em repouso varia entre os 120 e os 140 batimentos por minuto. A palpação dos pulsos femurais efetua se colocando as pontas de 2 ou 3 dedos ao longo do ligamento inguinal, sensivelmente a meio do trajeto entre a crista ilíaca e a sínfise púbica, devem se palpar em simultâneo para se certificar de que são idênticos e fortes (Hockenberry *et* Wilson, 2014).



<http://www.enfermagempiaui.com.br/post/2015/abril/sinais-vitais-no-rn-e-na-crianca.php>

2.6 - VISÃO: Exame objetivo das pálpebras para verificar a sua posição adequada em relação ao olho (Hockenberry *et* Wilson, 2014). Através da fundoscopia é possível observar o reflexo vermelho, o que indica que não existem alterações nas estruturas da parte posterior do globo ocular (Hockenberry *et* Wilson, 2014).

TESTE DO REFLEXO DO OLHO VERMELHO

Leucocoria (*reflexo pupilar branco*): catarata, retinoblastoma, coriorretinite e retinopatia da prematuridade.



Glaucoma Congênito

<https://pt.slideshare.net/herbertsouza77/exame-fsico-do-rn-38051779>

2.7 - AUDIÇÃO: verificar se fez rastreio auditivo neonatal e verificar se se assusta com som forte, como fechar uma porta ou bater palmas. Qualquer reação é válida como piscar os olhos, franzir as sobrancelhas (DGS, 2013). O rastreio auditivo neonatal permite detetar os estímulos auditivos através da avaliação da atividade eletrofisiológica nas vias do nervo auditivo e tronco cerebral (Hockenberry *et* Wilson, 2014).



<http://www.oswaldocruz.com/oswaldinho/blog-do-oswaldinho/exames-de-triagem-neonatais-2>

2.8- DESENVOLVIMENTO: Avaliação da presença de reflexos primitivos.

A **avaliação** deve ser efetuada com o recém-nascido confortável e em estado de alerta, em decúbito dorsal braços e pernas semi fletidos com postura simétrica. Se for efetuada tração do recém-nascido pelas mãos para sentar observa-se queda significativa da cabeça para trás e quando apoiado em posição de sentado, o dorso curva com queda da cabeça para a frente (Hockenberry *et* Wilson, 2014).



<https://medifoco.com.br/reflexos-arcaicos-do-recem-nascido/>



1



2

1 <http://www.fisioterapiamaesefilhos.com/desenvolvimento-normal-do-recem-nascido/>

2 <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>

REFLEXO DE MORO: com a criança apoiada provoca se, de forma súbita ligeira queda da cabeça (2,5 cm) o que resulta na abdução dos membros superiores e abertura das mãos (Hockenberry *et* Wilson, 2014).



<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>



<https://soumamae.com.br/o-reflexo-de-moro/>

REFLEXO DE SUCÇÃO: avaliar o reflexo de sucção colocando o 5º dedo com luva dentro da boca do recém-nascido e avaliar a procura (pontos cardeais), estimulando a região perioral com os dedos, observa se o direcionamento da cabeça/boca para o lado estimulado (Hockenberry *et* Wilson, 2014).



<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>



1



2

1 <http://www.folhavoria.com.br/geral/blogs/entre-maes/2017/04/26-dicas-de-amamentacao-para-quem-tem-um-recem-nascido/>

2 <https://www.semprefamilia.com.br/cpf-passa-a-ser-emitido-junto-com-a-certidao-de-nascimento/>

REFLEXO DE PREENSÃO PALMAR: o toque na raiz dos dedos das mãos ou dos pés provoca a flexão dos dedos (Hockenberry *et* Wilson, 2014).



<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>



1



2

1 <https://medifoco.com.br/reflexos-arcaicos-do-recem-nascido/>

2 https://br.freepik.com/fotos-premium/maos-pequenas-e-dedos-do-bebe-recem-nascido_3294051.htm

REFLEXO DE MARCHA AUTOMÁTICA: ao segurar o RN na vertical e as regiões plantares tocarem uma superfície firme, existe flexão e extensão recíprocas dos membros inferiores, simulando a marcha (Hockenberry *et* Wilson, 2014).



<https://revistacrescer.globo.com/Crescer-20-anos/noticia/2013/12/primeira-consulta-do-bebe.html>



<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>

2.9 - VACINAÇÃO: verificação do estado vacinal – vacina anti hepatite B e verificar elegibilidade para BCG (DGS, 2013).

2.10 - RELACIONAMENTO EMOCIONAL/COMPORTAMENTO: grau de satisfação do cuidador principal e a adaptação da família às novas rotinas, reações dos irmãos se existirem. **Sinal de alarme:** falta de interesse no recém-nascido, desespero e ideação suicida (DGS, 2013).

2.11- RISCO DE MAUS TRATOS: verificar a existência de sinais e/ou sintomas indicadores de risco de maus tratos e ainda manter atualizada a informação relativa ao processo familiar (DGS, 2013).

2.12 - SEGURANÇA DO AMBIENTE: exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel, risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; exposição a problemas

associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar ou envolvente (DGS, 2013).

3- CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS NA PRIMEIRA CONSULTA

A valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, permite capacitar os pais e outros cuidadores, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (DGS, 2013). Os cuidados antecipatórios acerca dos quais os cuidados de enfermagem devem incidir estão contemplados no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e serão de seguida enumerados.

3.1- ALIMENTAÇÃO: promover a manutenção do aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses e só a partir desta idade complementar com a diversificação alimentar (DGS, 2013). Consultar *sites* e divulgar os mesmos com os pais:

<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>

http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf

Existem contraindicações absolutas para o aleitamento materno como é o caso de **RN com doenças metabólicas:** *galactosemia e fenilcetonúria*, **patologia materna infecciosa:** *mães infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana, tuberculose ativa não tratada, lesões herpéticas com atingimento da mama, varicela no peri-parto*; **medicação que a mãe tome que seja nociva para o RN e consumos aditivos por parte da mãe** (Comité Português para a UNICEF, 2008).

Em situação de aleitamento misto ou artificial efetuar **ensinos** sobre leites para lactentes ou leites 1 e reforço acerca dos cuidados de preparação do biberão (30 ml por cada colher de pó, colocar primeiro a água, colocar o biberão numa superfície plana e efetuar a leitura dos mililitros com os olhos ao nível da água e só posteriormente colocar o pó). Efetuar ensinos sobre a esterilização do biberão (Hockenberry *et* Wilson, 2014).

Ensinar sobre **sinais de alerta** sobre amamentação/alimentação: intervalos longos entre as mamadas, sonolência excessiva, sucção débil, diminuição do número de micções e dejeções.

3.2 – VITAMINA D

Efetuar ensinamentos sobre a suplementação de vitamina D – 400 UI, a partir da primeira semana de vida, uma vez ao dia durante o primeiro ano de vida (DGS, 2013)

3.3 – HIGIENE: Promover cuidados de higiene.

Cordão umbilical – manter o cordão umbilical seco e limpo, sem aplicar álcool ou outro antisséptico, não colocar faixas, compressas ou a fralda a tapar o cordão (Hockenberry *et* Wilson, 2014).

Higiene – temperatura da água do banho a 37°C, quando trocar a fralda sempre que possível utilizar água corrente para evitar o uso excessivo de toalhetas, promover o banho antes de dormir uma vez que melhora a qualidade do sono, não limpar os ouvidos com cotonetes e ensinar a limar as unhas em vez de as cortar (Hockenberry *et* Wilson, 2014).

3.4– POSIÇÃO DE DEITAR: decúbito dorsal – prevenção da síndrome da morte súbita do lactente (DGS, 2013).

3.5– HÁBITOS DE SONO: deve dormir em berço ou cama própria e não com os pais (DGS, 2013).

3.6 – HÁBITOS INTESTINAIS E CÓLICAS: efetuar ensinamentos acerca do funcionamento do intestino – com aleitamento materno o RN pode ter dejeções após cada mamada ou pelo menos 2 a 3 por dia, caso seja aleitamento com leite adaptado, o RN deve ter pelo menos 1 dejeção a cada 48 horas (Hockenberry *et* Wilson, 2014). Capacitar os pais acerca de formas de diminuir ou minimizar as cólicas diminuindo assim a ansiedade.

3.7 – DESENVOLVIMENTO: posição quando está acordado: colocar em decúbito ventral para estimular músculos do pescoço e controle da cabeça, pegar ao colo e falar suavemente com o RN, cantar canções de embalar, evitar ambientes hiperestimulantes (Hockenberry *et* Wilson, 2014).

3.8 – ACIDENTES E SEGURANÇA: prevenção de quedas, prevenção de queimaduras e transporte de automóvel. Informar pais/família sobre link da APSI <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/> (DGS, 2013).

3.9 – TEMPERATURA NORMAL E FEBRE: informar os pais acerca do link http://criancaefamilia.spp.pt/media/128730/Folheto_febre_DGS.pdf e explicar o folheto e capacitar os pais. A DGS em 2017 emanou a norma sobre o processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica onde definiu os seguintes valores, consoante o local onde se avaliou a temperatura, para ser considerada febre:

- a) Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- b) Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- c) Timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- d) Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

3.10 – SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA: capacitar os pais para reconhecerem os sinais e sintomas que devem ter em atenção para levar o RN aos serviços de saúde – recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor “acinzentada” ou palidez acentuada (DGS, 2013).

3.11 – VACINAÇÃO: explicar o esquema vacinal preconizado no Plano Nacional de Vacinação em vigor, quais as vantagens da vacinação e as possíveis reações após a administração de vacinas (DGS, 2013). Informar que existem vacinas extraplano que os pais poderão adquirir na farmácia, que não são gratuitas e o esquema das mesmas.

3.12 – RELAÇÃO EMOCIONAL: observar e averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o RN e nas interações familiares (DGS, 2013).

4 – PROMOÇÃO VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- Agendamento de Visita Domiciliária ao recém-nascido durante os primeiros 15 dias de vida (Em situações que ainda não tenha sido realizada após a alta hospitalar);
- Facultar contato telefónico e contato electrónico para esclarecimento de dúvidas da mãe/pai/cuidador,
- Agendamento de consulta de enfermagem para vigilância do peso,
- Assegurar agendamento de consulta para o médico de família aos 15 dias para vigilância do RN.

CONCLUSÃO

O primeiro contato com a equipa de enfermagem é uma oportunidade para iniciar uma parceria com os pais acerca dos cuidados a prestar ao RN. Considero pertinente este guia orientador para a avaliação na primeira consulta de enfermagem na UCSP de forma a uniformizar cuidados e efetuar assim ganhos em saúde.

Espero assim contribuir para o desenvolvimento da consulta de enfermagem de saúde infantil nos cuidados de saúde primários.

Ser diferente: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidar da Criança em Idade Escolar com Perturbações da Leitura e da Escrita

BIBLIOGRAFIA

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma da Direção-Geral da Saúde - *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*, 1–121.

Disponível em: <papers2://publication/uuid/F8431BE9-EE38-48E0-AC22-7AECFDD0241F>

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica Wong*. 9.ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora

Ordem dos Enfermeiros (2010). *GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM*. Cadernos da OE. Série I. Número 3. Volume I. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/AlimentacaoNutricao/GuiaAvaliacaoEstadoNutricional.pdf>

http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf

http://criancaefamilia.spp.pt/media/128730/Folheto_febre_DGS.pdf

Apêndice II: Tapetes de desenvolvimento - Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada

Apêndice III: Sinais de alarme de perturbações da linguagem

SINAIS DE ALARME DE PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM

A minha filha tem 7 anos, lê muito lentamente e solteira as palavras...

Se eu lhe ler um texto compreende, se for ela a ler não o percebe...

Está sempre a inventar desculpas para não ler, não tem prazer na leitura.

A minha filha anda no 2º ano da escola, estou preocupada ainda não consegue ler, troca as letras, escreve com muitos erros..... Que devo fazer?

O meu filho é inteligente, mas não consegue ler boas notas, e fica muito triste...

Uns dias sabe e compreende a matéria, noutros dias parece que esqueceu o que aprendeu

IDADE ESCOLAR: DOS 8 ANOS AO 18 ANOS

- Dificuldades na leitura e escrita: lentidão na aprendizagem e em memorizar as letras do alfabeto.
- Dificuldades em perceber que as palavras se podem segmentar em sílabas (ex. pato= pa + to).
- A velocidade de leitura é mais lenta do que esperado e solteira as palavras sem ler de seguida o texto.
- Dificuldade em perceber o significado de palavras (ex. realizar = fazer).
- Dificuldade na interpretação e compreensão dos textos lidos, mas compreendem se for um adulto a ler-lhe o texto.
- Escrita com muitos erros ortográficos.
- Dificuldade em escrever de uma forma organizada e com sequência, sendo a escrita confusa na construção frásica.
- Demora muito tempo a realizar os trabalhos de casa, devido à dificuldade em perceber o que lhe é pedido.
- Evita ler e refere não gostar de leitura ou da disciplina de português na escola. Não gosta de ir à escola.
- Apresenta curtos períodos de concentração, distraze-se facilmente e muitas vezes parece estar a "sonhar acordado".
- A capacidade intelectual não coincide com os resultados escolares. Tem melhores resultados nas avaliações orais do que nas avaliações escritas.
- Dificuldades em memorizar e em aprender uma língua estrangeira.
- Apresenta "picos de aprendizagem": nuns dias compreende e memoriza a matéria e noutros dias parece que esqueceu tudo o que sabia.

ESTAS FRASES SÃO LHE FAMILIARES? JÁ FEZ COMENTÁRIOS SEMELHANTES ACERCA DA ESCRITA E LEITURA DO SEU FILHO OU FILHA?

INFÂNCIA: ATÉ AOS 5 ANOS

- Atraso no desenvolvimento da linguagem: começa a dizer as primeiras palavras e a construir frases mais tarde do que o habitual (padrão habitual - aos 18 meses diz entre 8 a 28 palavras; aos 2 anos usa frases com 2 ou 3 palavras).
- Durante o desenvolvimento apresenta dificuldades em dizer alguns sons e tem uma linguagem de "bebé" até muito tarde.
- Dificuldade em compreender o que diz, quer pela família quer por outros.
- Apresenta dificuldade em memorizar e acompanhar canções infantis, lengalengas e rimas.
- Apresenta dificuldades em concentrar-se e é desatento.
- Dificuldade em fazer cores.
- Dificuldade em identificar o seu lado direito e o seu lado esquerdo.
- Dificuldade em representar através de desenho a figura humana.
- Desinteresse em ouvir histórias, estar sentado a pintar ou realizar fichas adequadas à idade.

IDADE ESCOLAR: DOS 8 ANOS AO 18 ANOS

- Dificuldades na leitura e escrita: lentidão na aprendizagem e em memorizar as letras do alfabeto.
- Dificuldades em perceber que as palavras se podem segmentar em sílabas (ex. pato= pa + to).
- A velocidade de leitura é mais lenta do que esperado e solteira as palavras sem ler de seguida o texto.
- Dificuldade em perceber o significado de palavras (ex. realizar = fazer).
- Dificuldade na interpretação e compreensão dos textos lidos, mas compreendem se for um adulto a ler-lhe o texto.
- Escrita com muitos erros ortográficos.
- Dificuldade em escrever de uma forma organizada e com sequência, sendo a escrita confusa na construção frásica.
- Demora muito tempo a realizar os trabalhos de casa, devido à dificuldade em perceber o que lhe é pedido.
- Evita ler e refere não gostar de leitura ou da disciplina de português na escola. Não gosta de ir à escola.
- Apresenta curtos períodos de concentração, distraze-se facilmente e muitas vezes parece estar a "sonhar acordado".
- A capacidade intelectual não coincide com os resultados escolares. Tem melhores resultados nas avaliações orais do que nas avaliações escritas.
- Dificuldades em memorizar e em aprender uma língua estrangeira.
- Apresenta "picos de aprendizagem": nuns dias compreende e memoriza a matéria e noutros dias parece que esqueceu tudo o que sabia.

Bibliografia

Associação Portuguesa de Deficiência da Leitura e da Escrita (APDL)

Associação Portuguesa de Deficiência da Leitura e da Escrita (APDL)

Associação Portuguesa de Deficiência da Leitura e da Escrita (APDL)

Prof. Dra. Ana Maria Chaves

Def. Conselheira Leitura e Escrita

Alameda da Saúde, 1070-304 Lisboa

2ª. Matemática em Enfermagem

Apêndice IV: O açúcar que bebemos: bebidas energéticas

O AÇÚCAR QUE BEBEMOS BEBIDAS ENERGÉTICAS

- Bebidas não alcoólicas
- Elevado teor de estimulantes: cafeína e taurina
- Contém adição de hidratos de carbono (dextrose e sacarose = **AÇÚCAR**)

OMS RECOMENDA ATÉ  **6 COLHERES CHÁ DE AÇÚCAR / DIA**
1 COLHER CHÁ = 6 GR AÇÚCAR

36 GR AÇÚCAR / DIA



POSSÍVEIS EFEITOS DAS BEBIDAS ENERGÉTICAS

Agitação Insônia Ansiedade
Irritabilidade Convulsão Cefaleia (dor de cabeça)
Taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos)

MORTE
OBESIDADE

↑ bebida energética pode exceder o valor diário de açúcar **2 a 3 vezes** → **72gr a 108 gr**
12 a 18 colheres chá



2 em cada 5 adolescentes
Ingerem pelo menos **1x** por mês
bebidas energéticas



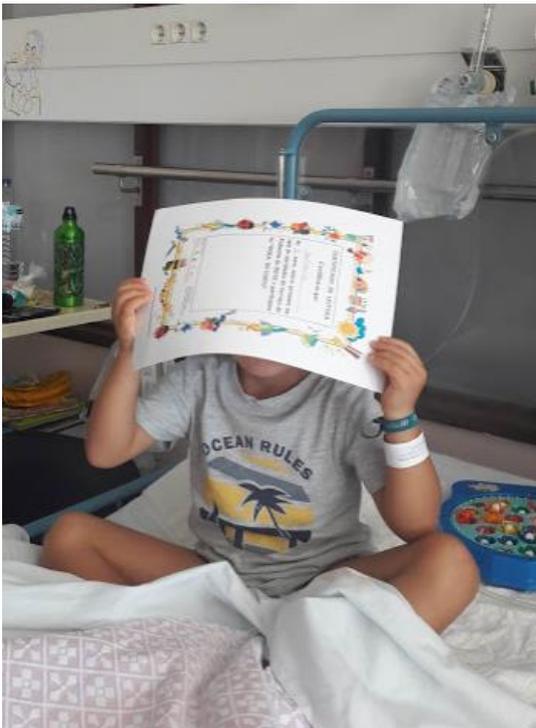
Prof. Dra. Andréa Dantas
B.F. Orientadora Laura Castagna
Curso B.F.P. Paulo Leão
IP Hospitalar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

30/09/2016
Associação Nacional de Profissionais de Saúde Infantil e Pediátrica (ANP)
Associação Nacional de Profissionais de Saúde Infantil e Pediátrica (ANP)
Associação Nacional de Profissionais de Saúde Infantil e Pediátrica (ANP)

Apêndice V: Certificado “Hora do Conto”

Apêndice VI: Fotografias da atividade “Hora do Conto”





Apêndice VII: Cartão “Bom Leitor”



**SERVIÇO DE
PEDIATRIA
INTERNAMENTO**

**BOM
LEITOR**

<https://pt.vecteezy.com/arte-vetorial/367902-muitas-criancas-lendo-livros>

LIVRO:

LEITOR:

DATA

ABSTRACTO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA



Prof.Dra. Antónia Chora
Enfª Orientadora Daniela Salsinha
Estudante 3ºMestrado em ESIP Paula Leal

Apêndice VIII: Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção

Cronograma										
Ano	2019									2020
Meses	maio	junho	juhl	agos	setembro	outubro	novembro	dezembro	jan.	Data a definir
Etapas										
Diagnóstico de situação	Estagio 1 UCSP				1º estagio INTERN. PED	2º estagio SU PED		3º estagio NEO		
Definição de objetivos										
Planeamento de atividades										
Estratégias de intervenção										
Estágio de observação nas consultas de desenvolvimento infantil							5 dias a definir			
Avaliação do projeto										
Elaboração de relatório de estágio										
Divulgação dos resultados – relatório final										

Apêndice IX: Questionário Acerca da Perceção dos Enfermeiros Relativamente às Perturbações da Leitura e da Escrita (PLE)

Questionário Acerca da Perceção dos Enfermeiros Relativamente às Perturbações da Leitura e da Escrita (PLE)

Nas seguintes afirmações assinale verdadeira (V) ou falsa (F) consoante a sua opinião

	V	F
As PLE são perturbações do neuro desenvolvimento.		
As PLE são perturbações biológicas.		
Perturbação implica que existam 2 dimensões que afeta a criança: sofrimento e funcionamento.		
As PLE não evoluem para cronicidade.		
À medida que a criança cresce as PLE vão diminuindo de intensidade e no adulto não existe.		
A dislexia é a PLE com maior prevalência a nível mundial.		
A disortografia não é uma PLE.		
Existe dislexia nas ortografias de todos os países.		
Em Portugal o número de disléxicos é maior do que nos restantes países da Europa.		
A dislexia surge isolada sem co morbilidades de outras perturbações.		
A dislexia surge frequentemente associada á perturbação de hiperatividade adquirida.		
A dislexia pode ser diagnosticada antes da aquisição da leitura e da escrita nas crianças pré-escolares.		
A prematuridade é um fator de risco para o desenvolvimento de uma PLE.		
O fato de ter um familiar de 1º grau com dislexia não é		

fator de risco para o desenvolvimento de uma PLE.		
A dislexia é sinonimo de baixa capacidade intelectual.		
A dislexia é mais frequente no sexo feminino.		

Identifique sinais de alarme da dislexia

Identifique sinais e manifestações de dislexia

Identifique as alterações emocionais na criança com dislexia

Na sua prestação de cuidados diários está desperto para a problemática das PLE?

SIM

NÃO

Terão as competências do enfermeiro um papel relevante na deteção e encaminhamento para técnicos com formação específica, das crianças com manifestações de PLE ainda não diagnosticadas?

SIM

NÃO

Obrigada pela colaboração!

Questionário elaborado com base nas informações presentes em:

<http://www.dislex.co.pt/o-que-%C3%A9-a-dislexia/defini%C3%A7%C3%A3o.html>

Laranjeira, C. (2015). *Dislexia em crianças e adolescentes perspectiva atual*. Tese de Mestrado.

Disponível em:

https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=33743

Santos, M. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes Identificar, Avaliar e Intervir*. Edições Silabo.