



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## **Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Ana Patrícia Serra Lopes

LISBOA, 2016





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## **Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Ana Patrícia Serra Lopes

Sob a orientação da Professora Doutora Margarida Lourenço

LISBOA, 2016



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e tem como finalidade apresentar, analisar e refletir sobre o percurso realizado na Unidade Curricular Estágio. Esta teve como temática central a **Parceria de Cuidados**, mais concretamente a importância no estabelecimento de uma parceria efetiva entre pais e enfermeiros, com vista à máxima qualidade e humanização nos cuidados prestados à criança. O modelo da **Parceria de Cuidados de Anne Casey**, sustentado por valores e crenças que tornam os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança, no respeito e na valorização da sua experiência e contributo, foi o fio condutor deste percurso.

Para além de um breve enquadramento conceptual e teórico, este relatório contempla ainda uma revisão sistemática da literatura sobre esta temática, procurando responder à questão: **Qual é o papel do Enfermeiro na promoção da parceria de cuidados com os pais da criança hospitalizada?**

Os resultados obtidos fundamentaram, posteriormente, as atividades desenvolvidas, a par das necessidades encontradas nos vários contextos de estágio da Unidade Curricular, para a promoção de uma prática baseada na evidência.

Ao longo da Unidade Curricular Estágio foram desenvolvidas diversas atividades, com vista à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, em particular as relacionadas com a promoção da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros. Aqui, destaca-se a realização de uma sessão de formação para pais acerca da saúde/higiene oral nas crianças/jovens e a construção de folhetos informativos acerca de temáticas pertinentes para cada contexto, que permitiram promover a parceria de cuidados através da transmissão e da partilha de conhecimentos.

Assim, através da análise e reflexão críticas exercidas ao longo deste percurso, patentes neste relatório, atingiram-se competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na assistência e cuidado à criança e sua família, em resposta às necessidades específicas do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança, com vista à maximização da sua saúde.

**Palavras-chave:** Criança/Família; Parceria de Cuidados; Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica



## **ABSTRAT**

This report comes under the Master's Degree in Nursing, in the specialization area of Pediatrics and Child Health Nursing, and aims to present, analyze and reflect on the route held in the Internship Course. This had as its central theme the **partnership-in-care**, specifically the importance in establishing an effective partnership between parents and nurses, for the highest quality and humanization in child-care. The **Partnership Model**, a **nursing theory** by **Anne Casey**, supported by values and beliefs that make parents the best child-care providers, respecting and appreciating their experience and contribution, was the thread of this path.

Apart from a brief conceptual and theoretical framework on this issue, this report also held a systematic review of the literature, with the aim to answer the question: **What is the nurses' role in promoting partnership-in-care with the parents of a hospitalized child?** The results subsequently substantiate the activities, along with the requirements found in the various contexts of the Internship, with the purpose to promote evidence-based practice.

Throughout the Internship Course were developed several activities, with the aim to acquire skills as a Specialist in Child Health and Paediatrics Nurse, in particular those related to the promotion of partnership between parents and nurses. Here, the realization of a training session for parents about health/oral hygiene in children and the construction of leaflets about relevant topics for each context stands out, as they allowed to promote the partnership-in-care over the transmission and knowledge sharing.

Through analysis and reflection criticism, carried along this path, and this report, it was possible to gain skills as a Specialist Nurse in Infant and Pediatric Health, at assistance children and their families, in response to life cycle and development child specific needs, with the aim to maximize their health.

**Keywords:** Child/Family; Partnership-in-care; Specialist in Child Health and Paediatrics Nurse



*“Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.”*

**Ricardo Reis**



***A Ti Mãe...***

*Que, embora a vida não te tenha permitido partilhar comigo esta fase da minha vida, me ensinaste e transmitiste as fundações do que hoje sou...*



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Margarida Lourenço, por todo o apoio, disponibilidade e orientação ao longo deste percurso.

Aos Senhores Enfermeiros Especialistas I. N., E. R., S. A. e E. P., também por todo o apoio e disponibilidade e, em particular, pela partilha de conhecimento e experiência, que em tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha família, pelos alicerces e oportunidades que me proporcionaram ao longo da vida, e que me permitiram chegar aqui, contribuindo para ser a pessoa que hoje sou. A ti, Mãe, em especial.

Ao Zé por me ter incentivado a ir mais além e por me ter apoiado ao longo de todo este processo, nunca me deixando desistir, mesmo nos momentos mais desafiantes. Sem ti não teria sido possível...

Aos meus amigos, essa outra “família” que fui construindo ao longo dos anos, que também partilhou este percurso comigo... Obrigada pela paciência e, mais ainda, pela amizade de sempre.

Aos meus colegas, em especial ao E., ao R., à V., ao P. e à M. que se mostraram sempre disponíveis para ouvir as minhas dúvidas e receios, para partilhar e refletir ideias comigo e para me encorajar nos momentos mais difíceis.

A todas as crianças, jovens e famílias com quem tive o privilégio de cruzar caminho ao longo deste percurso... Um muito obrigado!



## **ABREVIATURAS**

ed. - edição

Enf.º - Enfermeiro

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

et al. - e outros

p.e. - por exemplo

n.º - número

p. - página

vol. - volume

## **SIGLAS**

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEWS – Paediatric Early Warning Scale

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar



## ÍNDICE GERAL

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
2.1. <i>Revisão Sistemática da Literatura .....</i>	29
<b>3. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DESENVOLVIDO .....</b>	<b>39</b>
3.1. <i>Módulo I – Cuidados de Saúde Primários.....</i>	39
<b>3.1.1. Recursos da Comunidade .....</b>	<b>40</b>
<b>3.1.2. Unidade de Saúde Familiar.....</b>	<b>42</b>
3.2. <i>Módulo II – Internamento Médico-Cirúrgico .....</i>	52
3.3. <i>Módulo III .....</i>	58
<b>3.3.1. Neonatologia.....</b>	<b>58</b>
<b>3.3.2. Urgência Pediátrica .....</b>	<b>64</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>69</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
ANEXO I – Projeto PEWS.....	79
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>133</b>
APÊNDICE I - Ficha de levantamento de dados sobre saúde oral/hábitos higiene oral das crianças/jovens da Consulta de Saúde Infantil/Juvenil .....	135
APÊNDICE II - Relatório da Sessão de Formação “Ajude-nos a Cuidar – a Importância da Higiene na Saúde das Crianças” .....	139
APÊNDICE III – Folheto informativo “A Higiene Oral nas Crianças” .	179
APÊNDICE IV – Inquérito sobre necessidades formativas dos profissionais de saúde na área da Adolescência e do atendimento ao Adolescente .....	183
APÊNDICE V - Relatório da Sessão de Formação “Atendimento ao Adolescente: que desafios?” .....	187

APÊNDICE VI – Relatório da Sessão de Formação “Reconhecimento Precoce da Deterioração Clínica em Pediatria” .....	235
APÊNDICE VII – Verso folha Escala PEWS (orientações de preenchimento) .....	275
APÊNDICE VIII – Relatório da Sessão de Formação: “A criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I - aspetos práticos na insulino-terapia” ...	279
APÊNDICE IX – Check-list Ensinos Diabetes tipo I .....	327
APÊNDICE X – Manual de Apoio para crianças/jovens com diabetes tipo I e suas famílias.....	331
APÊNDICE XI – Participação no Simpósio de Enfermagem: Inaloterapia na Criança .....	359
APÊNDICE XII – Reflexão Crítica “SER MÃE/PAI DE UM BEBÉ PREMATURO” .....	371
APÊNDICE XIII – Guião orientador: apresentação da UCEN aos pais .....	385
APÊNDICE XIV – Guião orientador: apresentação do Internamento de Pediatria aos pais.....	393
APÊNDICE XV – Folheto Informativo “Cuidados com o recém-nascido...” .....	401
APÊNDICE XVI – Folheto Informativo “A Febre na Criança/Jovem”. 407	
APÊNDICE XVII – Folheto Informativo “A Lavagem nasal nas Crianças” .....	413
APÊNDICE XVIII – Folheto Informativo “Administração de terapêutica inalatória” .....	417
APÊNDICE XIX – Poster informativo “A Febre na Criança/Jovem” ..	423

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1 - ANÁLISE DA QUESTÃO SEGUNDO A ESTRATÉGIA PI[C]OS.....	30
QUADRO 2 - APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO A ESTRATÉGIA PI[C]OS .....	31



## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no contexto da Unidade Curricular Estágio, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que decorreu no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Tem como principais objetivos: apresentar os diferentes contextos de estágio onde foi possível trabalhar e analisar/refletir sobre os objetivos propostos e as atividades desenvolvidas em cada um; identificar as principais competências desenvolvidas e/ou aprofundadas no decorrer da Unidade Curricular, no âmbito da área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; realizar uma análise e reflexão críticas sobre o impacto deste percurso ao nível pessoal e profissional.

O ímpeto em frequentar um Curso de Mestrado/Especialidade em Enfermagem partiu da reconhecida importância da formação contínua para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências pessoais e profissionais. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista é aquele que detém “...um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010a, p. 2).

Na área particular da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, o enfermeiro especialista tem como missão:

*“...trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”* (OE, 2010b, p. 1).

Para tal, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) utiliza “...um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2010b, p.1). Efetivamente, Cuidar em Pediatria exige que o foco de atenção dos enfermeiros seja, não só a criança, doente ou saudável, como

também a sua família<sup>1</sup>. Tendo por base a máxima do cuidado centrado no binómio criança/família, nasce um outro conceito, fundamental para a prestação de cuidados em pediatria, que é o da **parceria nos cuidados**, em que a família da criança é encarada não só como alvo do cuidado do enfermeiro, mas também como par e parceiro nos cuidados prestados à criança.

Assim, e tendo por base os princípios que regem o perfil de competências do EESIP, surgiu como pertinente abordar, ao longo da Unidade Curricular Estágio e, conseqüentemente, ao longo deste relatório, a temática “**Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros**”, utilizando como base conceptual do trabalho o **Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey**.

A Unidade Curricular desenvolveu-se em três módulos distintos de assistência à criança e família. O Módulo I dividiu-se em dois momentos, um referente aos Cuidados de Saúde Primários, que decorreu entre 20 de abril e 5 de junho de 2015, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região da Grande Lisboa, e outro referente aos Recursos da Comunidade, que decorreu entre 13 e 17 de abril de 2015, numa Consulta de Enfermagem de Diabetologia Infantil e Juvenil de uma IPSS da região da Grande Lisboa. O Módulo II decorreu entre 1 de setembro e 24 de outubro de 2015, num serviço de Internamento de Pediatria de um hospital da região da Grande Lisboa. Já o Módulo III também se dividiu em dois momentos distintos, um referente ao contexto de Urgência Pediátrica, que decorreu entre 9 de fevereiro e 6 de março de 2015, num Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) de um hospital da região da Grande Lisboa, e outro referente ao contexto de Neonatologia, que decorreu entre 9 de março e 10 de abril de 2015, numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) de um hospital da região da Grande Lisboa.

---

<sup>1</sup> Ao longo deste percurso, e deste relatório, considerou-se sempre como binómio da prestação de cuidados do EESIP a criança e a sua família. Como família considera-se, por regra, o núcleo familiar da criança, composto pelos seus pais. No entanto, não se ignora que os cuidadores da criança também podem abranger outros membros da família, como os avós, tios ou irmãos mais velhos, ou outras pessoas não pertencentes à família direta da criança, mas que sejam importantes e significativas na sua vida (OE, 2011).

A Unidade Curricular e os respetivos módulos de estágio tiveram por base uma metodologia de projeto, que se centra na resolução de problemas, com o objetivo de adquirir capacidades e competências através da elaboração e concretização de projetos numa situação real (NUNES, 2010). Por isso, primeiro foi delineado um projeto de estágio inicial, onde foram definidos o tema e os objetivos gerais/específicos para a Unidade Curricular, transversais a todos os módulos de Estágio. Posteriormente, e tendo por base este projeto, foi realizado, em cada módulo, um diagnóstico de situação, onde foram definidos os objetivos, o plano de atividades e as competências a desenvolver na área de especialização em causa, específicos para o contexto em questão.

Este relatório procura, assim, não só fundamentar a escolha e a pertinência da temática da Parceria de Cuidados (através do enquadramento teórico e da evidência científica existente sobre o tema), como apresentar os resultados obtidos, ao nível pessoal e profissional, decorrentes de cada módulo de estágio e de cada contexto particular de assistência à criança/família.

Estruturalmente, este trabalho divide-se em quatro capítulos: o primeiro compreende a presente introdução; o segundo contempla o enquadramento conceptual, o modelo teórico adjacente e a revisão sistemática da literatura realizada; o terceiro capítulo inclui a descrição, análise e reflexão sobre os objetivos, as atividades e as competências desenvolvidos em cada módulo de estágio; no último capítulo encontra-se a conclusão, onde se sumariza o relatório. Por fim, fazem-se as referências bibliográficas utilizadas (segundo a Norma Portuguesa 405) e, em anexo/apêndice, estão todos os documentos mencionados ao longo do relatório e que complementam as atividades desenvolvidas.



## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A evolução histórica e o mais profundo conhecimento sobre a criança e as suas especificidades, características e processo de desenvolvimento tão particulares têm vindo a demonstrar que esta é indissociável da sua família e/ou pessoas significativas. Concomitantemente, a OE (2010b) afirma que o EESIP “...utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (p. 1).

A criança apresenta-se como um indivíduo dependente de outros, normalmente dos pais, para satisfazer as necessidades fundamentais ao seu adequado crescimento e desenvolvimento. Assim, a família surge sempre como uma referência no cuidar da criança, sendo “...o seu enquadramento hoje assumido como fator que viabiliza o cuidado humanizado” (MENDES e MARTINS, 2012, p. 114).

Efetivamente, os pais/família da criança são detentores de um conhecimento sobre esta, que nenhum outro indivíduo pode assemelhar, sendo este aspeto fundamental para a prestação de cuidados à criança, da forma mais humanizada e individualizada possível. Os pais/família são, ainda, o principal recurso da criança, quer para garantir a promoção da sua saúde e adequado desenvolvimento, quer para garantir um *continuum* de cuidados em situação de doença, aguda ou crónica. MENDES e MARTINS (2012) afirmam que “Não encarar o cuidado centrado na família, ou seja, no binómio criança/família como beneficiários dos cuidados, não desenvolve o cuidado em parceria” (p. 114).

De acordo com MELO et al. (2014), as famílias “...demonstram cada vez mais interesse em ser incluídas nos cuidados, o que implica o estabelecimento de vínculos e de parcerias...” (p. 437). Desta forma, cuidar em pediatria, “...determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais” (MENDES E MARTINS, 2012, p. 120).

A importância da parceria de cuidados entre pais/família e enfermeiros é evidenciada por GOMES e ERDMANN (2005) quando afirmam que “A reciprocidade no cuidado à criança, entre a equipa de saúde e a família, pode

*favorecer uma melhor identificação das necessidades da criança possibilitando, assim, o planeamento de um cuidado mais integral, holístico e humano” (p. 21).*

Na área particular dos cuidados pediátricos surge como orientador da prática, o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey. A autora afirma ser fundamental centrar os cuidados de enfermagem pediátrica não só na criança, como também na sua família, e defende que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo respeitado o seu conhecimento e experiência inigualáveis no cuidado aos filhos e valorizado o seu contributo na prestação de cuidados à criança (MANO, 2002, citando CASEY, 1993).

Segundo CASEY (1993), este modelo engloba cinco conceitos principais: a criança, a família, o enfermeiro, a saúde e o ambiente. Destes importa esclarecer a visão da autora acerca dos três primeiros.

A criança é vista como alguém cuja satisfação das necessidades depende de outras pessoas, na sua maioria, dos pais e/ou de outros membros da família (CASEY, 1993; FARREL, 1994). Estes são vistos como uma unidade de indivíduos que detêm a responsabilidade principal pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma forte influência no crescimento e desenvolvimento desta (CASEY, 1993; FARREL, 1994). O enfermeiro é o profissional que assume um conjunto de responsabilidades e ações para promover e restabelecer o bem-estar da criança, prestando-lhe cuidados especializados, sempre que o estado de saúde da criança assim o exija (CASEY, 1993; FARREL, 1994).

Segundo a autora (CASEY, 1993) o papel do enfermeiro é o de fornecer apoio, ensino e encaminhamento à família para que esta possa, assim, satisfazer as necessidades da criança. As estratégias de apoio procuram o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar à criança, o qual se dá pelo desenvolvimento da relação de ajuda entre criança, pais e enfermeiro. Através do ensino, o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas que permitam satisfazer adequadamente as necessidades da criança. E, por fim, pelo encaminhamento, o enfermeiro reconhece a importância de recorrer a outros profissionais de saúde e/ou a apoios existentes na comunidade, de modo a colmatar todas as necessidades específicas da criança e da sua família.

Assim, os cuidados prestados pela família designam-se de “cuidados familiares” e englobam todos os cuidados prestados com o objetivo de satisfazer as necessidades quotidianas da criança, enquanto os cuidados técnicos, relacionados com necessidades específicas de saúde, habitualmente desempenhados pelos enfermeiros, são designados como “cuidados de enfermagem” (CASEY, 1993).

Embora neste modelo surja uma distinção entre cuidados de enfermagem e cuidados familiares, estes conceitos são flexíveis, no sentido em que, surgirão ocasiões em que o enfermeiro pode desempenhar cuidados familiares, assim como os pais/família poderão, desde que orientados, apoiados, supervisionados e avaliados pelos enfermeiros, tomar a seu cargo algumas atividades consideradas como cuidados de enfermagem (CASEY, 1993; FARREL, 1994). O envolvimento e a participação dos pais nos cuidados à criança implicam uma relação de parceria com a equipa de saúde, sem que se estabeleçam barreiras ou compartimentalizem funções, tendo por base o desenvolvimento conjunto de ações complementares, com vista ao bem-estar físico e mental da criança.

Assim, o conceito de parceria de cuidados está associado a um processo dinâmico, caracterizado pela partilha de poder e de conhecimentos, que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns (MENDES e MARTINS, 2012).

Para além disto, MANO (2002), citando SMITH (1995) e CASEY (1993), refere existirem dois elementos principais que podem facilitar uma abordagem de parceria. O primeiro, referente aos cuidados centrados na criança/família, diz respeito ao *empowerment* da criança e da sua família, através da partilha de informação e conhecimentos, capacitando-os para a tomada de decisão e para a prestação de cuidados.

HOCKENBERRY e WILSON (2011) também realçam este aspeto, referindo que a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros constitui um importante mecanismo para a capacitação e para o *empowerment* dos pais, sendo estes dois conceitos essenciais para a relação de parceira de cuidados. Os autores definem capacitação como a “...oportunidade para todos os membros da família revelarem suas atuais aptidões e competências e adquirirem novas, necessárias para atender às necessidades da criança e da

*família*” (HOCKENBERRY e WILSON, 2011, p. 10) e o *empowerment* como “...a interação entre os profissionais e as famílias de tal modo que elas conservem ou conquistem um sentido de controle sobre as suas vidas e façam mudanças positivas que deem origem a comportamentos de ajuda que estimulem [os] seus próprios pontos fortes, aptidões e ações” (HOCKENBERRY e WILSON, 2011, p. 10).

O segundo elemento facilitador da abordagem de parceria de cuidados, referido por MANO (2002), citando SMITH (1995) e CASEY (1993), corresponde aos cuidados negociados, como relação terapêutica construída com base na confiança e respeito mútuos, onde o processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente entre os enfermeiros e os pais da criança, e a um nível de participação na prestação de cuidados, consoante a habilitação e o desejo de cada um. MENDES e MARTINS (2012) também assinalam este aspeto quando referem que trabalhar numa lógica de parceria de cuidados “...exige a assunção, por parte dos enfermeiros, da importância da negociação da parceria de cuidados e o respeito pela tomada de decisão dos pais” (p. 114). As autoras referem ainda a importância da “...clarificação do papel de cada interveniente no processo (...) para (...) pensar e organizar o trabalho em parceria” (MENDES e MARTINS, 2012, p. 114).

Em concordância, CASEY (1993) e FARREL (1994) referem que o grau de participação e envolvimento da família nos cuidados à criança varia, devendo o enfermeiro ser capaz de orientar e apoiar a família, tendo sempre presente uma atitude de respeito, flexível e individualizada, de acordo com as necessidades específicas de cada criança e sua família. Cabe, assim, ao enfermeiro avaliar a vontade e a capacidade dos pais para prestar determinados cuidados à criança e promover o apoio e os ensinamentos necessários de forma a ultrapassar possíveis barreiras e dificuldades que surjam (CASEY, 1993; FARREL, 1994), devendo existir uma constante renegociação dos cuidados, de forma a tornar os pais parceiros efetivos dos enfermeiros nos cuidados à criança.

MENDES (2013, p. 36), citando SMITH, define de uma forma sucinta o que representa uma parceria de cuidados em pediatria:

*“...o reconhecimento de que cuidar uma criança inclui o cuidar a família, com respeito pelo conhecimento da mesma e pelo seu direito de participar*

*na tomada de decisões no processo de cuidados. A chave para esta relação está no “dar poder” à família, partilhando informação e conhecimentos”.*

A parceria de cuidados assume, assim, um lugar de destaque nos cuidados pediátricos, devendo estar sempre presente no pensar e agir do Enfermeiro que cuida da criança/jovem e da sua família, em particular no do EESIP.

## **2.1. Revisão Sistemática da Literatura**

### **Introdução**

A hospitalização de uma criança representa um motivo de *stress*, ansiedade e angústia para esta e para a sua família e é, por vezes, uma das primeiras crises que a criança sofre na sua vida (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). O EESIP, enquanto profissional que cuida não só da criança, mas também da sua família, deve ter presente as dificuldades sentidas por ambos no momento da hospitalização. O envolvimento e a participação dos pais nos cuidados à criança hospitalizada são facilitadores de uma experiência de hospitalização, tanto para a criança, como para os pais, e até para os profissionais de saúde que as acompanham. Tendo em conta que a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros permite atenuar os efeitos negativos da hospitalização da criança, nesta e na sua família, é papel do EESIP promover essa parceria, procurando garantir uma elevada qualidade e uma maior humanização nos cuidados prestados à criança hospitalizada. Desta forma, reconheceu-se como importante identificar e refletir sobre as intervenções de enfermagem promotoras de uma parceria de cuidados efetiva na situação particular da hospitalização da criança/jovem.

Assim, com o objetivo de identificar a evidência científica atual acerca de qual o papel do Enfermeiro, e respetivas intervenções de enfermagem, na promoção da parceria de cuidados com os pais da criança hospitalizada, com vista à máxima qualidade dos cuidados que lhe são prestados, realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura, de modo a dar resposta à questão de investigação: **Qual é o papel do Enfermeiro na promoção da parceria de cuidados com os pais da criança hospitalizada?**

Uma revisão sistemática da literatura tem como objetivo realizar um “*exame crítico a um conjunto de publicações pertinentes para o domínio da investigação*” (FORTIN, 1999, p. 74) e representa uma mais-valia para a investigação em enfermagem, visando melhorar a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da prática clínica baseada na evidência (RAMALHO, 2005).

### Metodologia

De forma a responder à questão de investigação colocada foi utilizada uma metodologia com base na estratégia PI[C]OS, como se pode ver no Quadro 1.

Quadro 1 - Análise da questão segundo a estratégia PI[C]OS

PI[C]OS			DESCRITORES
P – Participante	Sobre quem incide o estudo?	Pais da criança hospitalizada	<b>Hospitalized children</b>  <b>Nurse role/Nurse Intervention</b>  <b>Partnership</b>
I – Intervenção	Que tipo de intervenção se pretende estudar?	Papel do Enfermeiro	
C – Comparação (se existir)	(pode existir ou não)	-----	
O – Outcomes (Resultados)	Quais os resultados/ consequências obtidas?	Promoção da Parceria de Cuidados	
S – Study (tipos de estudo)	Como é que a evidência foi recolhida?	Estudos primários de natureza científica com metodologia qualitativa e quantitativa	

Como estratégia de seleção da literatura a analisar e incluir nesta revisão sistemática foram definidos critérios de inclusão e de exclusão dos estudos. Foram estabelecidos como **critérios de inclusão**: estudos com evidência científica de natureza qualitativa ou quantitativa; estudos primários acerca da temática; estudos publicados nos últimos cinco anos; estudos com texto completo disponível nas bases de dados. E foram definidos como **critérios de exclusão**: revisões sistemáticas da literatura; teses/dissertações; publicações de artigos em outros idiomas que não o português, inglês, francês ou espanhol; todos os artigos que não reúnam os pressupostos definidos nos critérios de inclusão.

A pesquisa foi realizada no mês de janeiro de 2016, na plataforma *B-ON*, incluindo todas as bases de dados nela disponíveis. Para a pesquisa foram utilizados os descritores de acordo com o vocabulário MeSH e uma combinação da matriz PI[C]OS através dos operadores booleanos AND e OR, da seguinte forma: **(nurse role OR nurse intervention) AND (partnership) AND hospitalized children**, sendo que o primeiro descritor foi limitado ao campo “resumo/abstract”.

Através desta pesquisa foram encontrados 415 artigos, dos quais 62 eram artigos duplicados, ficando assim 353 artigos para consideração. Posteriormente, após leitura e análise crítica do título e do resumo/abstract de cada um, foram eliminados 346 artigos: 143 por não responderem à questão de investigação e 203 pelo tipo de estudo não ser o pretendido (por não serem estudos primários e/ou com evidência científica sobre a temática). Dos 7 artigos selecionados, após a sua leitura integral, foram excluídos 5 por não responderem à questão de investigação inicialmente delineada.

Assim, dos 415 resultados obtidos inicialmente, resultaram 2 artigos que respondiam à questão de investigação e que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. De seguida, foi realizada a síntese da informação e a interpretação dos resultados obtidos, procurando reconhecer também a sua implicação para a prática de enfermagem.

### **Apresentação dos resultados**

Os 2 artigos selecionados foram posteriormente analisados quanto aos participantes, às intervenções, aos resultados e ao tipo de estudo, de acordo com a estratégia PI[C]OS, conforme descrito no Quadro 2. Foram ainda incluídos os objetivos de cada estudo, de forma a facilitar a identificação da finalidade de cada um.

**Quadro 2 - Apresentação dos artigos segundo a estratégia PI[C]OS**

Identificação do estudo	Objetivos	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de estudo (S)
REIS, M. et al. (2010) – <b>Developing Nurse/Parent Relationships in</b>	Explorar as perceções dos pais sobre a contribuição dos enfermeiros	10 pais de RN internados numa UCIN	Realizadas entrevistas aos pais, presencialmente ou por telefone, com base em	A relação enfermeiro/pais foi o fator com maior influência na satisfação dos pais quanto à sua experiência na UCIN	Estudo qualitativo (descritivo interpretativo)

<p><b>the NICU thought Negotiated Partnership.</b> Journal of Obstetric, Gynecologic &amp; Neonatal Nursing. Vol. 39, N.º 6</p>	<p>para a sua experiência na UCIN e para a sua satisfação com os cuidados prestados aos RN</p>		<p>guiões de entrevista semiestruturados</p>	<p>Os aspetos interpretados como fundamentais na relação de respeito do enfermeiro com os pais foram: envolvimento nos cuidados (<i>perceptive engagement</i>), orientação antecipada (<i>cautious guidance</i>) e presença subtil (<i>subtle presence</i>)</p> <p>O papel do enfermeiro esperado pelos pais era de: professor, protetor e facilitador/dinamizador</p> <p>Modelo de Parceria Negociada</p>	
<p>JONES, L. et al (2015) – <b>Negotiated Care in the Special Care Nursery: Parents and Nurses Perceptions of Nurse–Parent Communication.</b> Journal of Pediatric Nursing. Vol. 30</p>	<p>Explorar e descrever as perceções dos pais e dos enfermeiros acerca do que constitui uma comunicação efetiva no ambiente da UCIN</p>	<p>32 pais de RN pré-termo admitidos numa UCIN + 12 enfermeiros (parteiras ou de cuidados neonatais, com um mínimo de 3 anos de experiência)</p>	<p>Realizadas entrevistas aos pais e enfermeiros, presencialmente e de forma individual, com base em guiões de entrevista semiestruturados</p>	<p>Pais e enfermeiros focaram tópicos semelhantes acerca da comunicação efetiva na UCIN, mas as suas perceções acerca da mesma diferem</p> <p>4 temas-chave para a comunicação efetiva entre pais e enfermeiros: fornecer/partilhar informação (<i>sharing information</i>), permitir/promover a parentalidade (<i>enable parenting</i>), promover a comunicação interpessoal (<i>supportive interpersonal communication</i>) e as regras/procedimentos da UCIN (<i>nursery rules and regulations</i>)</p> <p>Os pais referiram dificuldades em aceder ou ter a atenção dos enfermeiros</p>	<p>Estudo qualitativo (experimental)</p>

### Discussão dos resultados

De uma forma geral, os dois estudos primários selecionados responderam à questão de investigação inicialmente colocada, sendo que o primeiro (REIS et al., 2010) aborda de uma forma mais abrangente o papel do enfermeiro e as respetivas intervenções de enfermagem mais importantes no estabelecimento de uma parceria de cuidados com os pais, e o segundo se reporta a elementos mais específicos da promoção da parceria de cuidados, nomeadamente a importância de uma comunicação efetiva (JONES et al., 2015). Ambos enfatizam a importância do envolvimento e da participação dos pais nos

cuidados à criança, numa lógica de parceria de cuidados, em particular quando esta se encontra hospitalizada, indo ao encontro do que foi abordado no enquadramento conceptual previamente realizado neste relatório.

O primeiro estudo, realizado por REIS et al. (2010), teve por base o desenvolvimento e a utilização/aplicação de um modelo de parceria de cuidados negociada. O conceito de parceria negociada derivou da interpretação das descrições, positivas e negativas, que os pais forneceram acerca da sua relação com os enfermeiros da UCIN (REIS et al., 2010). O modelo de parceria negociada engloba as intervenções específicas dos enfermeiros e a maneira como estes praticam essas ações interpessoais, facilitadoras do desenvolvimento da relação pais-enfermeiros (REIS et al., 2010). Assim, os autores definiram o conceito de parceria negociada como uma relação entre duas ou mais pessoas que requer ações ou relações especializadas com o objetivo comum de atingir a qualidade máxima no cuidar da criança durante a sua hospitalização na UCIN.

Segundo o estudo conduzido por REIS et al. (2010) foram identificadas três principais intervenções de enfermagem que promoviam e refletiam uma parceria negociada de cuidados com os pais: o envolvimento nos cuidados (*perceptive engagement*), a orientação antecipada (*cautious guidance*) e a presença subtil (*subtle presence*).

Segundo os autores o envolvimento nos cuidados traduz-se nas intervenções que os enfermeiros levavam a cabo para **integrar os pais** no ambiente da UCIN e para promover a sua participação na prestação de cuidados ao filho(a) internado(a). Os pais mencionaram a importância de os enfermeiros permitirem e encorajarem o cuidado ao RN e de criarem um ambiente onde eles se sentissem à-vontade para aprender. À medida que os enfermeiros **promoviam e facilitavam a participação dos pais nos cuidados**, a confiança destes nas suas capacidades aumentava.

Estes aspetos também se encontram evidentes num estudo realizado por ROMANIUK et al. (2014), que refere que os enfermeiros devem apoiar e promover a participação dos pais nos cuidados, mas garantindo que estes não são colocados em situações onde se sentem pressionados a realizar mais ou menos cuidados do que os pretendidos/desejados, cultivando uma relação sem

juízos de valor, onde os pais também se sintam confortáveis em expressar as suas sugestões para os cuidados a prestar aos seus filhos.

Efetivamente, também no estudo de REIS et al. (2010), os pais reconheceram como importante o fato de os enfermeiros serem compreensivos e promoverem, de forma responsável e gradual, a participação dos pais nos cuidados, de acordo com a vontade e capacidade de cada um. Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado por UHL et al. (2013), que reporta a importância de avaliar cada família, **individualizando o processo de parceria de cuidados** e de participação nos cuidados por parte dos pais, uma vez nem todos desejam participar da mesma forma. Ainda, e de acordo com o estudo já mencionado de ROMANIUK et al. (2014), é importante que os enfermeiros tenham presente que a participação dos pais nos cuidados é um conceito dinâmico, manifestado de forma diferente por diferentes pessoas.

É, assim, perceptível a importância enunciada nos diversos estudos de, não só incentivar a participação dos pais nos cuidados e de promover uma parceria efetiva com estes, mas também de ter sempre presente a importância de avaliar de forma individualizada cada criança/família a quem se presta cuidados, definindo e planejando com os pais da criança os papéis que estes desejam assumir no cuidado ao seu filho(a).

YGGE (2007), num estudo realizado acerca das percepções dos enfermeiros sobre a comunicação e a parceria de cuidados com os pais de crianças hospitalizadas, também obteve como resultado a **necessidade de clarificar os papéis de cada interveniente na parceria de cuidados**. Este processo envolve, certamente, um processo de negociação entre os participantes envolvidos, o que permite prevenir confusão de papéis/responsabilidades, diferentes expectativas relativamente às funções que cada um deve desempenhar e sentimentos de *stress* e angústia, entre outros. MENDES e MARTINS (2012) afirmam que os pais “...*querem estar envolvidos nos cuidados aos seus filhos, mas querem também decidir sobre a extensão desse envolvimento*” (p. 114), pois uma parceria de cuidados efetiva torna-se impraticável quando não ocorre partilha de poder entre os seus intervenientes.

Por seu turno, a orientação antecipada, segundo os resultados obtidos no estudo realizado por REIS et al. (2010), incluiu as intervenções de enfermagem que forneciam aos pais a informação acerca dos conhecimentos e

competências necessários para cuidar do(a) filho(a) e, também, as intervenções de enfermagem que **promoviam a independência parental**, numa lógica de **relação de confiança entre pais-enfermeiros**. Aqui, mais uma vez, e de acordo com o que foi abordado anteriormente, os pais também referiram a importância de os enfermeiros providenciarem informação e encorajarem os pais a prestar os cuidados, de acordo com as opções possíveis, da forma que eles escolhessem.

Estas conclusões vão ao encontro dos resultados obtidos por YGGE e ARNETZ (2004) e por YGGE (2007), que também revelaram a importância de **providenciar apoio e informação aos pais** de crianças internadas, para que estes pudessem participar nos cuidados aos seus filhos.

Quanto à **presença subtil**, segundo o estudo realizado por REIS et al. (2010), os pais descreveram as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, com o objetivo de responder às necessidades dos pais de apoio para cuidar da melhor forma possível do bebé. Estas intervenções podiam incluir ações mais diretas, como o reforço positivo ou as críticas construtivas juntos dos pais, ou mais indiretas, como permanecer na proximidade dos pais, garantindo a sua privacidade e o seu espaço, mas confirmando a necessidade de ajuda e/ou intervenção por parte da equipa de enfermagem. MENDES e MARTINS (2012) também se referem à importância da *“...observação, orientação e apoio (...) no processo de promoção da autonomia [dos pais] em relação ao cuidar a criança”* (p. 114).

REIS et al. (2010) concluem o seu estudo referindo que **o principal papel dos enfermeiros numa relação de parceria de cuidados** negociada é o de cumprir as funções de **professor, protetor e facilitador/dinamizador**. O de professor como o de alguém que dá instruções, partilha conhecimentos/experiências e dá o exemplo; o de protetor como o de alguém que apoia ou supervisiona; e o de facilitador/dinamizador, como o de alguém que ajuda a alcançar os objetivos desejados. De referir também que, neste estudo, os pais identificaram a relação pais-enfermeiro como o fator com maior influência na sua satisfação quanto à sua experiência na UCIN.

No segundo estudo desta RSL, JONES et al. (2015) exploraram as perceções dos pais e enfermeiros sobre a comunicação entre ambos. Os autores identificaram 4 temas-chave essenciais para a comunicação efetiva

entre pais e enfermeiros, essencial ao estabelecimento de uma parceria de cuidados: fornecer/partilhar informação (*sharing information*), permitir/promover a parentalidade (*enable parenting*), promover a comunicação interpessoal (*supportive interpersonal communication*) e as regras/procedimentos da UCIN (*nursery rules and regulations*), sendo que as 3 primeiras são as que mais interessam para esta discussão.

Segundo o estudo realizado pelos autores, relativamente ao aspeto **fornecer/partilhar informação**, tanto pais como enfermeiros assinalaram a importância deste elemento na relação e comunicação entre si. Os pais consideraram importante a capacidade dos enfermeiros, não só em responder às suas questões, como em fornecer informação pertinente, que os pais não sabiam como perguntar/abordar. Ambos, pais e enfermeiros, reconheceram que a falta de informação podia afetar negativamente as suas interações e, conseqüentemente, o estabelecimento de uma relação de parceria de cuidados. Concomitantemente, MELO et al. (2014), citando ARAUJO et al. (2009), referem que:

*“O envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas apresenta múltiplas formas de expressão. Quando a comunicação entre os profissionais de saúde e a família é eficaz, há redução dos níveis de ansiedade dos pais e maior propensão para o seu envolvimento, o que favorece a adesão aos tratamentos, o processo de enfrentar a doença e de autonomia dos pais”* (p. 437).

Esta conclusão vai ao encontro dos resultados do estudo de REIS et al. (2010), mencionados no início desta discussão, que elevam a importância do enfermeiro fornecer e partilhar informação com os pais da criança hospitalizada, com o intuito de estabelecer com eles uma parceria de cuidados. Efetivamente, e segundo MENDES e MARTINS (2012), a partilha de conhecimentos permite que *“...todos os atores intervenientes no processo [de parceria de cuidados] se enriqueçam, na medida em que cada um traz para a relação, conhecimentos, experiências e perícia”* (p. 114). Segundo o estudo de JONES et al. (2015), um dos aspetos mais difíceis e stressantes referidos pelos pais era quando estes se apercebiam que lhes estava a ser ocultada informação acerca do estado do(a) seu filho(a) ou acerca de como prestar cuidados ao mesmo.

Quanto ao segundo tema identificado no estudo de JONES et al. (2015), tanto pais como enfermeiros falaram acerca da importância em **permitir o exercício da parentalidade e em promover as competências parentais** como elemento facilitador da comunicação pais-enfermeiros.

A parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e a aprendizagem de novos conhecimentos e a aquisição de competências para assumir o novo papel parental (VIEIRA, 2008). A transição para a parentalidade determina profundas e complexas mudanças, pelo que o estabelecimento de uma relação de ajuda é essencial, de modo a facilitar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes por parte dos pais, o que lhes permitirá cuidar dos filhos com autonomia.

De acordo com o estudo de JONES et al. (2015) os pais referem a importância dos enfermeiros lhes explicarem, lhes demonstrarem e os apoiarem na participação ativa no cuidado ao bebé. Para além disto, também o assegurar e encorajar das capacidades e competências dos pais nos cuidados ao bebé, por parte dos enfermeiros, é referido como facilitador do exercício da parentalidade. **Permitir a tomada de decisões, de forma individualizada** para cada pai, acerca dos cuidados ao seu filho também é fundamental numa adequada comunicação pais-enfermeiro (JONES et al, 2015), o que vai ao encontro dos resultados de REIS et al. (2010).

Concomitantemente, MENDES (2010) refere que:

*“A confiança e a comunicação que se estabelecem entre o enfermeiro e a família devem permitir a negociação de papéis e a tomada de decisão (...) bem como a valorização das competências familiares. Só assim os pais (...) podem fazer escolhas informadas em relação à sua participação nos cuidados e desse modo ter algum controle sobre a extensão do seu envolvimento”* (p. 9).

Quanto ao terceiro tema, segundo JONES et al. (2015), tanto pais como enfermeiros abordaram a importância de os enfermeiros utilizarem uma linguagem que demonstrasse bondade, sensibilidade e respeito genuíno com os pais, sendo altamente valorizados os enfermeiros que os ouviam e eram empáticos. Daqui se depreende que o **estilo de comunicação** utilizado pelos enfermeiros pode influenciar a construção de relações com os pais, sendo importante a capacidade de escuta por parte dos enfermeiros e o

estabelecimento de uma relação de ajuda, na base do respeito, compreensão e da empatia mútuos.

### **Conclusão**

A promoção da parceria efetiva entre pais e enfermeiros garante uma elevada qualidade nos cuidados prestados à criança, saudável ou doente, nos vários contextos em que esta se encontre. No entanto, numa situação de hospitalização, criança e pais enfrentam uma crise particular, sendo essencial a promoção de uma parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, com o objetivo de diminuir a ansiedade e angústia sentidas, de ultrapassar de forma positiva a situação de doença/hospitalização e de realçar o melhor estado de saúde possível da criança e o bem-estar desta e da sua família.

Assim, os cuidados prestados pelo EESIP à criança/jovem hospitalizados e à sua família implicam:

*“...o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados. A relação de parceria estabelecida (...) caracteriza-se por uma articulação em equidade, dinâmica e flexível”* (OE, 2011, p. 14).

Efetivamente, a realização desta RSL permitiu identificar e reafirmar as principais intervenções de enfermagem promotoras de uma parceria de cuidados com os pais da criança hospitalizada. Foi possível identificar a importância de fornecer apoio e de partilhar informação pertinente com os pais da criança hospitalizada, promovendo-se, assim, a tomada de decisões partilhada entre pais e enfermeiros. O estabelecimento de uma comunicação aberta e honesta entre pais e enfermeiros, tendo por base uma relação de confiança mútua, foi também identificado como essencial à parceria efetiva de cuidados. Por fim, promover o papel parental, tendo em consideração a individualidade de cada mãe/pai, e clarificar os papéis/responsabilidades que cada elemento da parceria deseja assumir nos cuidados a prestar à criança internada, foi outro aspeto fundamental identificado na intervenção dos enfermeiros que cuidam da criança/família.

### 3. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DESENVOLVIDO

A Unidade Curricular Estágio, como já foi referido anteriormente, é constituída por três módulos distintos: Módulo I – Cuidados de Saúde Primários, Módulo II – Internamento Médico-cirúrgico e Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia. Tendo em conta que o EESIP trabalha em parceria com a criança/família, em qualquer contexto em que elas se encontrem, prestando cuidados à criança saudável ou doente (OE, 2010b), foi pertinente a experiência e os conhecimentos adquiridos nos diferentes contextos de estágio, pois só assim foi possível desenvolver competências na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste capítulo pretende-se realizar uma breve caracterização dos diferentes contextos de estágio, bem como descrever, analisar e refletir sobre as atividades realizadas e sobre o processo de desenvolvimento de competências em cada um. Para tal, procurou-se ter sempre presente a temática central da Parceria de Cuidados e o modelo teórico adjacente, bem como o objetivo geral transversal a todos os módulos do estágio, previamente definido:

- **Desenvolver competências de EESIP, nomeadamente na promoção da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, nos diferentes contextos de prestação de cuidados e em diferentes fases do ciclo de vida da criança/jovem e sua família.**

A partir da temática central, do modelo teórico adjacente e do objetivo geral supracitado, e tendo em conta o diagnóstico de situação efetuado, delinearam-se diferentes objetivos específicos, atividades e competências a desenvolver para cada módulo do estágio, face às necessidades encontradas em cada um.

#### 3.1. Módulo I – Cuidados de Saúde Primários

O Módulo I decorreu no período de 13 de abril a 5 de junho de 2015, num total de 180 horas de contacto, e dividiu-se em dois momentos. O primeiro momento (de 13 a 17 de abril) contemplou 20 horas de contacto e foi realizado numa Consulta de Enfermagem de Diabetologia Infantil e Juvenil de uma IPSS da região da Grande Lisboa; o segundo momento (de 20 de abril a 5 de junho)

contemplou 160 horas de contacto e foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar de um ACES da região da Grande Lisboa.

### **3.1.1. Recursos da Comunidade**

Na Consulta de Enfermagem de Diabetologia Infantil e Juvenil desta IPSS faz-se o acompanhamento de crianças e jovens com diabetes tipo I, desde o seu diagnóstico. É analisado o perfil glicémico da criança/jovem desde a última consulta e a necessidade, ou não, de ajuste dos esquemas de insulina; são validados os conhecimentos da criança/jovem e sua família sobre a doença, para uma adequada gestão da diabetes; e são despistadas as lipodistrofias; entre outros. A consulta é composta por uma equipa multidisciplinar altamente especializada, que inclui 2 Enfermeiros cuja metodologia de trabalho se baseia na do Enfermeiro de Referência, em que se procura que seja sempre o mesmo enfermeiro a acompanhar a criança/jovem e sua família.

Tendo em conta o curto período de tempo contemplado para este momento do estágio, foram delineados os seguintes objetivos:

- **Conhecer a estrutura física e o funcionamento da Consulta de Enfermagem, reconhecendo-a como um recurso importante da comunidade no cuidado à criança/jovem e sua família;**
- **Refletir sobre a importância do papel do EESIP na promoção da parceria de cuidados, com vista à maximização do potencial de saúde e bem-estar da criança/jovem.**

A diabetes tipo I é menos frequente do que a diabetes tipo 2, mas a sua incidência está a aumentar; no ano de 2014 foram registados 3.365 casos de crianças e jovens com esta doença crónica (SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA, 2015), pelo que a intervenção dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, nesta área é de extrema importância.

Ao longo desta semana conheceu-se a estrutura física e o funcionamento da IPSS e da Consulta de Enfermagem de Diabetologia Infantil e Juvenil onde foi realizado o estágio. Houve oportunidade de observar consultas efetuadas a crianças desde o primeiro ano de vida até a jovens adolescentes; de seguir crianças/jovens com esquemas intensivos de insulina, por administração com caneta de insulina ou com sistema de bomba de insulina; e de acompanhar

crianças/jovens e suas famílias que conseguiram fazer uma adequada gestão da diabetes, e outros que, infelizmente, não.

A IPSS e, mais concretamente, esta Consulta de Enfermagem de Diabetologia Infantil e Juvenil constituem um importante recurso da comunidade no apoio, na educação terapêutica e no acompanhamento das crianças e dos jovens diagnosticados com diabetes tipo I e, também, na constituição de uma parceria efetiva com as suas famílias, com o principal objetivo de atingir o melhor nível de saúde e de qualidade de vida possíveis das crianças/jovens que vivem com esta doença crónica.

As repercussões do diagnóstico e da, tão fundamental, adequada gestão de uma doença crónica fazem-se sentir não só nas crianças/jovens com diabetes tipo I, mas também na sua família, em particular nos seus pais, principais cuidadores da criança. No caso particular de crianças mais jovens, são os pais que realizam e garantem todos os cuidados associados a uma adequada gestão da diabetes, e conseqüentemente, à prevenção das complicações associadas à doença. Segundo um estudo realizado por FAULKNER e CHANG (2007), que explorou a influência da família no autocuidado, na qualidade de vida e no controlo metabólico de crianças em idade escolar com diabetes tipo I, foi possível compreender que quando os pais estavam efetivamente envolvidos na gestão do regime terapêutico, ocorria uma melhoria do controlo metabólico e um aumento da qualidade de vida da criança e da sua família. Assim, e de acordo com o que CASEY (1993) preconiza no seu Modelo de Parceria de Cuidados, previamente enunciado neste trabalho, é essencial que os enfermeiros promovam uma parceria efetiva com os pais destas crianças, procurando um envolvimento e uma participação eficazes por parte destes na gestão e no controlo da doença.

Noutro estudo conduzido por CHISHOLM et al. (2007), os resultados obtidos demonstraram que os enfermeiros conseguem promover uma adesão ao regime terapêutico na diabetes tipo I não só através do apoio educacional, como também do apoio sócio emocional, sendo importante ter em consideração os desafios a que estas crianças/jovens, e suas famílias, estão sujeitos, e intervindo de acordo com as necessidades identificadas.

Outro aspeto importante identificado neste contexto de estágio foi o fato de a equipa de enfermagem utilizar como metodologia de trabalho a do

Enfermeiro Responsável, o que vem novamente ao encontro daquilo que CASEY (1993) idealiza; segundo MANO (2002), citando CASEY (1993), este é um fator que influencia a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, uma vez que só através deste método de trabalho é possível estabelecer uma verdadeira relação de confiança entre os intervenientes, assegurando a efetiva participação dos pais nos cuidados ao filho e garantindo a tomada de decisões sobre os mesmos de forma partilhada, elementos essenciais à parceria de cuidados.

Ao longo da semana de estágio foi possível **interiorizar e aprofundar conhecimentos anteriormente adquiridos, advindos da formação inicial e pós-graduada**, na área da Diabetes Infantil e Juvenil e, também, da experiência profissional na prestação de cuidados a crianças/jovens com diabetes, sendo estes aspetos elementos importantes do leque de competências do EESIP (UCP, 2015). Desenvolveram-se, ainda, competências na **assistência à criança/jovem e à sua família** (com o objetivo de maximizar a saúde da criança/jovem com diabetes tipo I), na capacidade em **cuidar da criança/jovem e da sua família em situações de especial complexidade** (como é o caso do diagnóstico/gestão de uma doença crónica) e na **promoção da adaptação da criança/jovem e da sua família à doença crónica** (OE, 2010b).

### **3.1.2. Unidade de Saúde Familiar**

A USF onde foi realizado o estágio está integrada num ACES da região da Grande Lisboa, e assume como missão “...*melhorar os níveis de saúde da população (...), prestar toda a assistência possível (...), contribuir para a capacitação dos indivíduos na promoção da sua Saúde e criação de uma maior e melhor cidadania...*” (USF, 2013, p. 8-9).

A prestação de cuidados de saúde encontra-se aqui organizada em equipas de família, sendo assim utilizado como método de trabalho o do Enfermeiro de Família, preconizando-se que os cuidados a prestar aos utentes devem ser preferencialmente realizados pelo Enfermeiro de Família atribuído. A equipa de enfermagem é constituída por 10 Enfermeiros que procuram “...*assegurar cuidados a todos os utentes/famílias (...) em todas as fases do*

*Ciclo de Vida, tendo como objetivos a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social"* (USF, 2013, p. 26).

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil da USF, tendo por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), contempla a avaliação estado-ponderal, a avaliação de parâmetros-chave e a promoção de cuidados antecipatórios (DGS, 2013). Assim, são realizadas as consultas de vigilância nas idades-chave definidas (e/ou em outras que sejam necessárias), procurando articular esses momentos, sempre que oportuno, com a vacinação da criança, cumprindo assim também o Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2013). São também realizados os exames globais de saúde aos 5-6 anos e aos 12-13 anos. Na área da visita domiciliária, para além de situações específicas de necessidade de apoio domiciliário à criança/jovem, são também realizadas visitas à puérpera e ao recém-nascido (RN), aproveitando esse momento para observar e avaliar o RN, detetando precocemente possíveis complicações, bem como para apoiar os pais nos cuidados adequados a prestar ao bebé.

Como já foi referido no início deste capítulo, depois da realização do diagnóstico de situação, onde se incluiu uma observação e reflexão iniciais, de forma individual e também com o apoio e orientação da Enf.<sup>a</sup> Orientadora, e de acordo com as necessidades específicas do contexto de estágio, foi possível definir três objetivos, sendo o primeiro:

- **Desenvolver e aprofundar competências de EESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, ao nível dos cuidados de saúde primários.**

Este objetivo foi atingido através da observação participada e da colaboração nos cuidados de enfermagem inerentes às consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, à vacinação e à visita domiciliária ao RN.

Ao longo do estágio verificou-se a oportunidade de, progressivamente e de forma cada vez mais autónoma, realizar consultas de enfermagem de vigilância da Saúde Infantil e Juvenil a crianças dos 0-18 anos de idade. No decorrer das consultas foi realizada a avaliação estado-ponderal da criança/jovem, a avaliação dos parâmetros-chave definidos no PNSIJ, tendo ainda sido promovidos e valorizados os cuidados antecipatórios, adequados a

cada fase do desenvolvimento da criança/jovem (DGS, 2013) como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença (facultando aos pais/família os conhecimentos necessários ao adequado crescimento e desenvolvimento psico-motor da criança/jovem). Foi ainda realizada a vacinação de crianças/jovens, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação.

Através da transmissão de orientações antecipadas, nos momentos da consulta de enfermagem e da vacinação, procurou-se capacitar os pais para cuidar da criança, tendo sempre presente a fase de desenvolvimento desta, com o objetivo de estimular e de promover o seu crescimento e desenvolvimento adequados. Através de uma metodologia de parceria de cuidados, partilhando informação pertinente com os pais (REIS et al., 2010; JONES et al. 2015), estabelecendo uma comunicação efetiva (JONES et al., 2015) e uma relação de confiança entre pais e enfermeiro (aspeto facilitado pelo método de trabalho utilizado pela USF – enfermeiro de família) e promovendo o papel parental (JONES et al., 2015), adquiriu-se competências ao nível do **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/jovem e à sua família** (UCP, 2015). Para além disso, foi possível também demonstrar **conhecimentos sobre técnicas de comunicação adequadas no relacionamento terapêutico com a criança e a sua família, com respeito pelas suas crenças e valores** (UCP, 2015); mais ainda, demonstrou-se capacidade em adequar essas técnicas e a linguagem utilizada com cada criança, tendo **em consideração a sua idade e o seu estágio de desenvolvimento** (OE, 2010b).

Na área particular da vacinação, e tendo também presente a idade e etapa de desenvolvimento da criança em causa, desenvolveram-se competências na área da gestão da dor, procurando **utilizar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o seu alívio** (OE, 2010b), otimizando as respostas da criança no momento da vacinação.

Houve também a oportunidade de acompanhar e de participar na visita domiciliária à puérpera e ao RN, onde se procurou identificar as necessidades de apoio à díade mãe-bebé, planear as intervenções mais adequadas a cada situação (p.e. o apoio na amamentação e a vigilância do adequado crescimento do recém-nascido, entre outros) e, ainda, realizar o diagnóstico precoce neonatal. A visita domiciliária torna-se cada vez mais

imprescindível, uma vez que os cuidados obstétricos mudaram drasticamente e a alta precoce da puérpera e do RN é cada vez mais frequente, permitindo que os pais regressem a casa ainda com muitas dúvidas sobre o cuidado ao RN. Para além disto, no decorrer da realização destas visitas, procurou-se observar a interação pais-RN no seu ambiente, avaliar a relação entre ambos e as competências parentais, o que permitiu adquirir competências ao nível da **avaliação do desenvolvimento da parentalidade** (OE, 2010b).

Ao longo deste módulo de estágio foi também possível assistir a duas sessões de formação que decorreram na USF, uma sobre Mutilação Genital Feminina e outra sobre Avaliação do Desenvolvimento Infantil. A participação nestas sessões contribuiu para o processo de formação contínua da mestrandia, uma vez que permitiu alargar e aprofundar o leque de conhecimentos e competências nas áreas de formação em questão. Efetivamente, e dando especial destaque à formação sobre a Avaliação do Desenvolvimento Infantil, esta, associada à realização das consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, permitiu aprofundar competências na área do desenvolvimento infantil, tais como **avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e transmitir orientações antecipatórias às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil** (OE, 2010b).

No decorrer deste estágio foi também possível acompanhar a equipa do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do ACES, em reuniões e visitas domiciliárias, relacionadas com possíveis, ou já confirmadas, situações de risco de crianças/jovens. O NACJR é constituído por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, cujo objetivo primordial passa por promover e garantir os direitos das crianças e dos jovens, garantindo a sua proteção em situações de risco ou perigo (DGS, 2007). Assim, os NACJR permitem a deteção precoce de situações de risco da criança/jovem, aplicando os mecanismos de prevenção da ocorrência de maus tratos e/ou acompanhando situações já sinalizadas de risco/maus tratos, realizando também os respetivos e necessários encaminhamentos/articulações (DGS, 2007). Desta forma, a saúde surge no primeiro nível de intervenção, sendo que os centros de saúde têm prioridade na intervenção junto das crianças e dos

jovens em risco, face às CPCJ e aos Tribunais (que surgem como segundo e terceiro níveis de intervenção, respetivamente) (DGS, 2007).

Foi extremamente importante compreender a forma de funcionamento de um NACJR, bem como a relevância de divulgar e sensibilizar a população, em geral, e os profissionais de saúde, em particular, para a sua existência e função. O acompanhamento e a participação nas atividades desenvolvidas pelo NACJR permitiu desenvolver competências de EESIP, tais como: **identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança/jovem; identificar situações de risco para a criança/jovem e assisti-los nessas mesmas situações; sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, e suas consequências e prevenção** (OE, 2010b).

O segundo objetivo definido para este contexto de estágio foi:

- **Promover a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, ao nível dos cuidados de saúde primários.**

Este objetivo foi atingido através da promoção da parceria de cuidados em cada momento da consulta/vacinação/visitação domiciliária, com vista à promoção da saúde da criança/jovem.

Através da transmissão de informações pertinentes, dos cuidados antecipatórios e do esclarecimento de dúvidas dos pais promoveu-se, no decorrer das consultas de enfermagem realizadas, a prevenção da doença e a promoção da saúde da criança/jovem. Sendo os pais os principais cuidadores da criança, em particular nos primeiros anos de vida desta, a promoção da sua saúde depende essencialmente deles. É nos, muitas vezes curtos, momentos de uma consulta de vigilância de saúde infantil/juvenil que os Enfermeiros facultam “...aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade” (DGS, 2013, p.3).

Assim, é papel do enfermeiro promover a parceria de cuidados junto dos pais/família, com o objetivo último de proporcionar à criança um adequado crescimento e desenvolvimento, de forma saudável e feliz, através da educação e promoção da saúde e, ainda, da identificação atempada, do acompanhamento e do encaminhamento de situações que possam afetar

negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de terem uma intervenção e correção precoces (CASEY, 1993).

Nos vários momentos de consulta/vacinação/visitação domiciliária, procurou-se promover o papel parental, de forma individualizada, de acordo com as crenças e valores de cada família e de acordo com as suas preferências/escolhas. Aqui, e de acordo com as competências de EESIP definidas pela OE (2010b), teve-se em atenção a importância de **negociar a participação da família em todo o processo de cuidar da criança/jovem, rumo à sua independência e ao seu bem-estar.**

Para além das atividades desenvolvidas na consulta/vacinação/visitação domiciliária, o objetivo proposto foi também atingido através da promoção da saúde oral e prevenção da cárie dentária na criança. Com a observação e o acompanhamento de algumas consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil da USF, identificou-se um elevado número de crianças e jovens com cárie dentária e com hábitos de higiene oral inexistentes ou incorretos e, após reunião informal com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora, foi possível identificar uma necessidade formativa na área da promoção da saúde oral das crianças e jovens da localidade da USF.

Essa necessidade foi confirmada pela realização de um levantamento de dados acerca do estado da saúde oral e dos hábitos de higiene oral das crianças e jovens que recorrem à USF. Este levantamento foi operacionalizado através da realização de entrevistas informais às crianças, jovens e seus familiares, e da observação direta do estado da dentição das crianças/jovens, durante as consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, nas três últimas semanas de estágio; utilizou-se um documento para registo da presença de cárie dentária e dos hábitos de saúde oral, que incluíam a escovagem dos dentes, a utilização de dentífrico com flúor e a utilização de fio dentário (APÊNDICE I).

Embora apenas tenha sido possível realizar este levantamento de dados junto de 20 crianças/jovens e seus familiares, confirmou-se a necessidade formativa na área, uma vez que, das 20 crianças/jovens:

- 35% possuíam cárie dentária;
- apenas 55% cumpriam a escovagem dos dentes, pelo menos duas vezes por dia (sendo uma delas, obrigatoriamente à noite), enquanto as

restantes apenas lavavam os dentes uma vez por dia ou não lavavam os dentes de todo;

- apenas 15% se encontravam na faixa etária onde é recomendada a utilização do fio dentário, sendo que, no entanto, nenhuma delas o utilizava na sua higiene oral diária.

Efetivamente, apesar das várias medidas implementadas em Portugal pela DGS (com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e outros), são ainda detetados muitos casos de cárie dentária em crianças e jovens, sendo perceptível também uma inadequada promoção da saúde oral por parte destes e dos seus familiares (tanto pelos maus hábitos alimentares, como pela não escovagem dos dentes e/ou utilização de fio dentário).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) delineou para 2020 metas específicas no âmbito da saúde oral, que preconizam que mais de 80% das crianças na Europa estejam livres de cárie dentária (DGS, 2005). Segundo o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (DGS, 2015), para se atingirem os objetivos da OMS em 2020, nas crianças em idade pré-escolar (<7 anos) é fundamental aumentar a eficácia das intervenções preventivas, enquanto nas crianças e jovens em idade escolar ( $\geq 7$  anos e <18 anos) é necessário manter as estratégias já aplicadas com vista à redução do número de doenças orais.

Por este motivo, considerou-se pertinente a realização de uma sessão de formação sobre a promoção da saúde oral, para os pais/família de crianças pertencentes à área de influência da USF (APÊNDICE II); teve-se como principal enfoque os primeiros anos de vida da criança, uma vez que os problemas de saúde oral se podem iniciar desde essa fase e a adoção de adequados hábitos de higiene oral na criança e na sua família é mais eficaz se iniciada e promovida precocemente.

Foram adquiridas, assim, competências de EESIP, pois com a realização desta sessão de formação foi demonstrada uma **iniciativa na interpretação e na resolução de problemas numa área particular da Saúde Infantil e Juvenil**, que teve como resultado a **comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e académico ao público em geral** (UCP, 2015).

Para além da sessão de formação, foi criado um folheto informativo acerca da promoção da saúde oral na criança (APÊNDICE III), onde foram

contemplados os vários temas a ela associados (alimentação saudável, escovagem dos dentes, uso do dentífrico com flúor e do fio dentário), para posterior entrega aos pais, quer na sessão de formação, quer na consulta de enfermagem da USF. Os folhetos informativos funcionam como um complemento à informação transmitida oralmente na sessão de formação e nas consultas de enfermagem, constituindo também uma estratégia eficaz de educação para a saúde.

Com a realização da sessão de formação e a criação do folheto informativo sobre a temática da saúde oral na criança, foi promovida a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, através da transmissão e da partilha de informação pertinente, que permita aos pais prestar os melhores cuidados possíveis aos seus filhos. Efetivamente, e de acordo com PANICKER (2013) encorajar e apoiar os pais em realizar e dominar os cuidados necessários aos filhos traduz-se num sentimento de *empowerment* por parte destes, sentimento esse também descrito por MANO (2002), citando SMITH (1995) e CASEY (1993), e por HOCKENBERRY e WILSON (2011), autores já citados ao longo deste trabalho.

De uma forma geral, com as atividades desenvolvidas para dar resposta ao objetivo inicialmente delineado, foram adquiridas e desenvolvidas competências de EESIP na **implementação e gestão, em parceria, do plano de saúde da criança/jovem, promovendo a parentalidade da sua família** (OE, 2010b). Procurou-se, assim, **utilizar estratégias motivadoras para a assunção dos papéis em saúde da criança/jovem e da sua família e promover oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde** (OE, 2010b).

O terceiro objetivo definido para este contexto de estágio foi:

- **Implementar uma estratégia de assistência sistematizada à criança/jovem e sua família, que implica a formação da equipa multidisciplinar, com vista à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento saudáveis do adolescente.**

Este objetivo foi atingido através da realização de uma sessão de formação aos membros da equipa multidisciplinar da USF sobre o atendimento ao adolescente.

Embora a adolescência seja uma fase da vida do ser humano com baixos índices de morbidade e mortalidade em relação a outros grupos etários, é por outro lado uma fase de enormes e complexas transformações no decorrer do processo de transição da criança para a idade adulta; esta fase é constituída por constantes e, por vezes, difíceis mudanças, quer ao nível físico, quer ao nível psicológico, emocional, social e afetivo, entre tantos outros, que por vezes não são bem compreendidas e/ou aceites tanto pelo adolescente, como pela sua família (OE, 2010c). Nas fases mais precoces da adolescência, os pais controlam de uma forma mais próxima a situação de saúde do adolescente, mas à medida que este vai crescendo, a sua autonomia também se vai desenvolvendo, pelo que é importante procurar a parceria de cuidados junto dos pais para o adequado crescimento e desenvolvimento do adolescente, mas nunca esquecendo que o próprio adolescente deve ser progressivamente envolvido e responsabilizado pela promoção da sua saúde (OE, 2010c).

Para além disso, é também nesta faixa etária que podem surgir determinados problemas, como os distúrbios alimentares, os consumos nocivos e os comportamentos de risco, entre outros, sendo primordial promover a saúde e os hábitos de vida saudáveis na adolescência, uma vez que é nesta fase que se estabelecem estilos de vida e comportamentos determinantes para a saúde a curto e longo prazo (OE, 2010c).

No contexto dos cuidados de saúde primários, é importante individualizar e adaptar o atendimento ao adolescente na consulta de enfermagem, de acordo com a etapa de desenvolvimento correspondente. A consulta constitui um momento privilegiado de promoção da saúde e de prevenção da doença e de estilos de vida prejudiciais, em que:

*“...o adolescente é o protagonista da solução para os seus problemas, o que implica o desenvolvimento de uma relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem, caracterizando-se não só, por uma parceria entre os diferentes intervenientes no respeito pelas suas capacidades, como também pelas suas opiniões, sentimentos e competências”* (OE, 2010c, p. 14).

Assim, e por ter sido uma necessidade identificada neste local de estágio após reunião informal com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora, foi proposta a realização de um inquérito aos profissionais de saúde da USF, sobre as necessidades formativas

de cada um na área da adolescência e do atendimento ao adolescente (APÊNDICE IV). A este inquérito responderam 15 profissionais, entre eles enfermeiros (generalistas e especialistas) e médicos (de Medicina Geral e Familiar). A totalidade dos profissionais inquiridos confirmou que na sua prática profissional contacta com adolescentes e/ou faz atendimento a adolescentes de forma frequente. 60% dos profissionais referiu nunca ter realizado formação na área da adolescência e/ou do atendimento ao adolescente, sendo esta uma necessidade formativa sentida pela grande maioria dos inquiridos (93,3% dos profissionais referiram sentir necessidade formativa nesta área). Quando questionados acerca de quais os temas primordiais onde sentiam maior necessidade formativa, dentro desta grande temática, foram referidos: a evicção de comportamentos de risco (53% dos inquiridos); a relação entre o profissional de saúde e o adolescente (33% dos inquiridos); a vida de estudante/necessidade de orientação profissional (27% dos inquiridos); a promoção de estilos de vida saudáveis (20% dos inquiridos) e a relação do adolescente com os seus pares (13% dos inquiridos).

Posteriormente, foi realizada uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar da USF (APÊNDICE V), tendo em conta as necessidades formativas previamente identificadas, com vista a rever e aprofundar conhecimentos na área da adolescência e do atendimento ao adolescente, procurando uniformizar práticas, de modo a adequar os cuidados de saúde prestados ao adolescente e à sua família.

Tendo em conta as atividades desenvolvidas para dar resposta ao objetivo previamente delineado, e segundo a UCP (2015) foram adquiridas competências de EESIP, uma vez que se **identificaram necessidades formativas dentro da área de especialização** em causa, tendo posteriormente sido **promovida a formação em serviço**. Aqui, foi possível **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros** e, desta forma, **promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional** (UCP, 2015). A realização de uma sessão de formação aos profissionais de saúde sobre estratégias de atendimento ao adolescente permitiu também contribuir para o **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao adolescente e sua família** naquela USF (UCP, 2015).

Para além disto, e segundo a OE (2010b), embora de forma indireta, as atividades desenvolvidas, junto de profissionais que irão no futuro contactar com o adolescente, também permitiram **promover a sua autoestima e autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.**

### **3.2. Módulo II – Internamento Médico-Cirúrgico**

O Módulo II decorreu no período de 1 de setembro a 24 de outubro de 2015, num total de 180 horas de contacto, no Internamento de Pediatria de um hospital da região da Grande Lisboa. Este serviço tem como missão a prestação de cuidados médicos/cirúrgicos às crianças e aos jovens com idade inferior a 18 anos da área de influência do hospital.

A equipa de enfermagem é constituída por 12 profissionais, existindo 3 Enfermeiros Especialistas na área da Saúde Infantil e Pediátrica, e utiliza como metodologia de trabalho a do método individual, em que é atribuído a cada enfermeiro um determinado número de crianças/jovens internados, sendo este responsável pela prestação de todos os cuidados que lhes sejam devidos.

A parceria de cuidados entre pais e enfermeiros existe no serviço, sendo que a equipa de enfermagem procura promovê-la em todos os momentos, desde a admissão da criança, proporcionando e promovendo a presença dos pais ao longo do internamento, e culminando na alta.

Para este contexto de estágio, tendo em conta as suas necessidades específicas, foi possível definir dois objetivos, sendo o primeiro:

- **Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem hospitalizado, em situação de doença aguda/crónica.**

No início do estágio encontrava-se já a decorrer no serviço, numa fase inicial, um projeto sobre “*Deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança*” (ANEXO I). Após reunião informal com o Enf.º Orientador, surgiu a necessidade em colaborar com o projeto em curso, através da realização de uma sessão de formação para a equipa de enfermagem do serviço, acerca da temática, e da colaboração na fase-teste de implementação do instrumento escolhido para detetar precocemente a deterioração do estado clínico das crianças/jovens internados (escala PEWS).

A pertinência deste tema prende-se com o facto de todo e qualquer utente em idade pediátrica, que se encontre hospitalizado, apresentar risco de deterioração súbita que pode resultar em paragem respiratória ou cardiopulmonar e, em última instância, em morte (AKRE et al., 2010). Sendo assim, é da maior importância a deteção precoce dos sinais de alarme e a intervenção adequada e atempada. Ainda que, na sua maioria, as crianças/jovens que se encontram internados no Internamento de Pediatria do hospital onde foi realizado o estágio não apresentem risco iminente de vida, a degradação do seu estado clínico pode ocorrer. Até ao momento não estava implementado no serviço nenhum instrumento específico que permitisse a quantificação do risco de deterioração fisiológica da criança/jovem internados, pelo que se achou importante colmatar este défice através da introdução e da aplicação de uma escala pediátrica de alerta precoce – escala PEWS.

Um dos elementos desta escala, que quantifica o risco de deterioração fisiológica da criança/jovem, é a preocupação dos pais e/ou da equipa de saúde sobre o seu estado. Embora esta seja um dado subjetivo, para este efeito, é valorizado o conhecimento inigualável dos pais sobre a criança/jovem e a importância da parceria de cuidados entre estes e os profissionais de saúde do serviço.

Quando o estágio se iniciou, o projeto tinha já sido apresentado e autorizado pelos responsáveis do Departamento de Pediatria do hospital, pelo que a etapa seguinte seria a de realizar uma fase-teste de implementação da escala PEWS no serviço de Internamento de Pediatria, com o principal objetivo de analisar a sua adequação e pertinência, com o intuito de posteriormente a aplicar, de forma sistemática, em todo o Departamento de Pediatria do hospital.

Assim, inicialmente, realizou-se uma sessão de formação para os enfermeiros do serviço, de forma a apresentar o projeto, a refletir sobre importância da deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança/jovem internados no serviço, a explicitar a forma de utilização e preenchimento da escala PEWS e a explicar a atuação dos enfermeiros perante a identificação de risco de deterioração do estado clínico das crianças/jovens internados no serviço (APÊNDICE VI).

De seguida, prosseguiu-se com a fase-teste de implementação da escala PEWS no serviço. No entanto, não foi possível terminar esta fase no tempo útil

de estágio, uma vez que tinha sido proposto realizar 50 avaliações da escala PEWS (por cada uma das cinco faixas etárias definidas), sendo que no final do estágio esta meta se encontrava ainda a meio. No entanto, do período decorrido, foi possível identificar a necessidade de criar uma *guideline* para a utilização e preenchimento da escala PEWS, que foi acrescentada ao verso da folha da escala (APÊNDICE VII).

Através da realização da sessão de formação foram desenvolvidas competências de EESIP, pois foi possível **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros** e, desta forma, **promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional** (UCP, 2015). Para além disso, participar e apoiar a implementação de um projeto sobre a deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança/jovem permitirá, no futuro, mobilizar os conhecimentos apreendidos e **reagir perante situações imprevistas e complexas** (UCP, 2015), de forma a **identificar rapidamente situações de instabilidade das funções vitais e de risco de morte da criança/jovem, prestando cuidados de enfermagem apropriados** (OE, 2010b).

O segundo objetivo definido para este contexto de estágio foi:

- **Promover a qualidade e a uniformização dos cuidados prestados à criança/jovem com diabetes tipo I (em particular, em situação de diagnóstico inaugural) e a parceria de cuidados pais-enfermeiros nessa mesma situação.**

Este objetivo foi alcançado através da realização de uma sessão de formação para os enfermeiros do serviço sobre diabetes tipo I na criança/jovem, da criação de uma *check-list* de ensinamentos de enfermagem sobre diabetes tipo I e, ainda, da construção de um manual informativo para crianças e jovens com diabetes tipo I e seus familiares.

O diagnóstico de uma doença, em particular de uma doença crónica, é extremamente marcante e assustador na vida de uma criança/jovem e na da sua família, pelo que é essencial que os profissionais de saúde que os acompanham, em particular numa fase inicial de diagnóstico e de gestão da doença, estejam dotados de formação específica e possuam os recursos adequados que permitam uma prestação de cuidados de qualidade a esta criança/jovem e à sua família.

Desde a abertura do hospital e do serviço de Internamento de Pediatra, que a sua equipa de enfermagem tem sido confrontada com a necessidade em prestar cuidados de enfermagem a crianças/jovens com diabetes tipo I, em particular em situações de diagnóstico inaugural. Esta situação tem lançado um desafio extremamente importante aos enfermeiros do serviço, uma vez que nenhum dos membros da equipa tinha experiência na prestação de cuidados a estas crianças/jovens e suas famílias.

Assim, e de acordo com o objetivo previamente definido, foi proposta a realização de uma sessão de formação para os enfermeiros do serviço acerca desta temática (APÊNDICE VIII), em particular sobre a insulinoterapia (por ter sido o tema identificado, através de entrevistas informais aos enfermeiros do serviço, como o que mais dúvidas suscitava na sua prática), de forma a uniformizar os cuidados prestados e a alcançar a tão desejada qualidade na assistência à criança/jovem e sua família.

No decorrer da sessão de formação, relevou-se a importância de estabelecer uma parceria de cuidados com a criança/jovem com diabetes e com a sua família, com vista a promover uma adequada adaptação e adesão ao esquema terapêutico por parte destes. Destacou-se também a importância de ter presente a individualidade de cada pai/mãe, pois cada um possui diferentes competências e estratégias de adaptação à situação de doença do seu filho, e aos cuidados a ela inerentes (PANICKER, 2013; REIS et al., 2010). Efetivamente, e de acordo ROMANIUK et al. (2014), os enfermeiros que cuidam de crianças hospitalizadas e das suas famílias devem ter em conta que as preferências dos pais acerca da participação nos cuidados varia, sendo necessário que os enfermeiros estejam preparados para apoiar os pais na participação dos cuidados ao filho hospitalizado, num nível de envolvimento que eles escolham.

Através da realização da sessão de formação foram aprofundadas competências de EESIP, pois, mais uma vez, foi possível **identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem, promover a formação em serviço, comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros** e, desta forma, **promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional** (UCP, 2015).

Por outro lado, e porque a educação para a saúde e os ensinamentos de enfermagem são extremamente importantes na preparação da alta, para um regresso seguro a casa (em particular no caso de uma criança/jovem com diabetes inaugural tipo I), e porque não existia no serviço qualquer forma de registo dos mesmos, propôs-se a criação de uma *check-list* para registo e validação dos ensinamentos realizados à criança e aos pais/família, sobre a gestão da doença, ao longo do internamento (APÊNDICE IX); ao mesmo tempo, esta *check-list* poderá servir de guia aos próprios enfermeiros, fornecendo informação acerca dos ensinamentos já realizados e dos ensinamentos ainda a realizar e/ou a reforçar junto da criança/jovem e da sua família.

Para além disto, foi identificado no serviço a falta de suporte informativo sobre a temática da diabetes tipo I para entrega aos pais/família.

A experiência particular do diagnóstico de uma doença crónica, numa criança/jovem que se esperava ser saudável, é extremamente difícil de gerir, não só pela criança/jovem, como pela sua família, podendo gerar mal-estar no seio familiar. A par, a necessidade de aprender sobre a patologia, a saber gerir a doença e tudo o que com ela está relacionado, pode ser uma vivência esmagadora. Efetivamente, o sentimento de perda de poder por parte dos pais de uma criança hospitalizada, em particular numa situação de diagnóstico inaugural de doença crónica, é uma das suas principais fontes de *stress* (UHL et al, 2013).

É, assim, extremamente importante permitir aos pais ganhar competências e experienciar uma sensação de controlo relativamente ao cuidado ao filho(a) internado, o que facilita o desenvolvimento da confiança na capacidade em cuidar da criança (PANICKER, 2013) e resulta no bem-estar dos pais/família e, conseqüentemente, no da criança também (UHL et al., 2013). Para a adaptação à doença e para a capacitação na sua gestão, a partilha de informação e a comunicação efetiva com a criança e a sua família é essencial (PANICKER, 2013). No entanto, grande parte das vezes, a criança e os pais têm dificuldade em assimilar e compreender a informação transmitida oralmente pelos profissionais de saúde, pelo que é importante complementá-la com um suporte escrito. Assim, propôs-se a construção de um manual para as crianças/jovens com diabetes tipo I e para os seus familiares, que contemplou

vários folhetos informativos<sup>2</sup> com as principais áreas temáticas a abordar numa situação de diagnóstico inaugural da doença (APÊNDICE X).

Através da realização destas atividades, foi possível **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/jovem com diabetes e à sua família, zelando pelos cuidados que lhes são prestados e contribuindo para a máxima qualificação dos mesmos**, enquanto competências fundamentais do EESIP (UCP, 2015). Mais ainda, e segundo a OE (2010b), facilitou-se o processo de **adaptação da criança/jovem e da sua família à doença crónica (neste caso, à diabetes tipo I)**, capacitando-os para a adoção de estratégias de *coping*.

Embora não tenha sido abordado no início do estágio, no diagnóstico de situação, surgiu também no decorrer deste módulo a oportunidade de participar num Simpósio de Enfermagem realizado no hospital, que tinha como temática central a Adesão Terapêutica. Tendo por base este tema, foi realizada uma sessão de formação, no âmbito da área pediátrica, sobre a Adesão Terapêutica na Inaloterapia na Criança. Assim, foi definido um terceiro objetivo para este estágio:

- **Desenvolver uma estratégia de assistência sistematizada à criança/família, através da realização de uma sessão de formação aos enfermeiros do hospital acerca da Adesão Terapêutica na Inaloterapia na Criança.**

Neste Simpósio surgiu então a oportunidade de abordar a temática da Adesão Terapêutica na criança, em particular na área da Inaloterapia (APÊNDICE XI), sendo que foi premente ao longo de toda a sessão de formação a importância da promoção da parceria de cuidados junto dos pais/família da criança, com vista a uma adequada adesão à terapêutica e à técnica inalatória.

Efetivamente, a promoção da adesão ao regime terapêutico na inaloterapia passa essencialmente pela educação terapêutica da criança/jovem e sua família, binómio dos cuidados prestados pelos enfermeiros em pediatria, tendo constantemente presente uma lógica de parceria de cuidados, em que a

---

<sup>2</sup> A construção dos folhetos teve de responder a exigências feitas pelo Departamento de Marketing do hospital, tendo sido obrigatória a utilização de um modelo pré-definido pela instituição que, no entanto, não se considerou como o mais adequado, por não ser apelativo ou de fácil leitura pelos pais/família.

criança e a família são agentes ativos no plano terapêutico. Assim, e segundo LOPES E MENDES (2012), o papel do enfermeiro:

*“...passa pela capacitação das crianças e pais, tornando-os mais autónomos e competentes (...). Esta capacitação passa essencialmente por estratégias de coping, como a exposição gradual dos materiais utilizados, misturando-os com os brinquedos da criança e inclui-los nas suas brincadeiras preferidas (...). A adaptação aos materiais por parte das crianças deixa os pais mais confiantes, independentes e motivados para a continuidade do tratamento (...)”* (s.p.).

De facto, é imprescindível que os profissionais de saúde que seguem habitualmente as crianças e adolescentes com patologia respiratória possuam não só conhecimentos sobre o uso correto destes dispositivos, como assegurem o ensino adequado sobre a inaloterapia, bem como promovam a adesão ao regime terapêutico por parte da criança e seus familiares.

Com o desenvolvimento desta atividade foi possível consolidar competências de EESIP previamente adquiridas, tais como **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros, promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança e à sua família e zelar pelos cuidados prestados na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica** (UCP, 2015).

### **3.3. Módulo III**

O Módulo III dividiu-se em dois momentos: o primeiro momento (de 9 de março a 10 de abril de 2015) contemplou 90 horas de contacto e decorreu numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) de um hospital da região da Grande Lisboa; o segundo momento (de 9 de fevereiro a 6 de março de 2015) contemplou 90 horas de contacto e decorreu num Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) de um hospital da região da Grande Lisboa.

#### **3.3.1. Neonatologia**

A UCEN onde foi realizado o estágio tem como missão a prestação de cuidados de saúde aos RN que necessitem de cuidados intensivos ou

intermédios, devido a parto prematuro, a restrição de crescimento intrauterino e a patologia neonatal congénita ou adquirida nos primeiros 28 dias de vida. É também nesta unidade que permanecem internados os RN com necessidades de adaptação à vida extrauterina, nomeadamente, aqueles que necessitam de ganho na autonomia alimentar.

A unidade é composta por quatro áreas principais: sala de cuidados especiais (um espaço amplo onde existem 5 incubadoras para cuidados intensivos e 7 berços para cuidados intermédios), sala de isolamento (com capacidade para um RN em cuidados intensivos/intermédios), sala de amamentação, copa de leites e sala de espera (para as visitas). O serviço tem a capacidade de suportar ventilação nos modos convencional, alta frequência e ventilação não invasiva, incluindo óxido nítrico, respondendo assim a todas as eventuais necessidades de suporte respiratório do RN. Ainda de destacar a existência do sistema *Babycare*, pioneiro a nível mundial, que permite aos pais dos RN internados na UCEN visualizarem em casa, e em tempo real, imagens do seu filho. O objetivo deste sistema é contribuir para a diminuição de sentimentos de afastamento, ansiedade e angústia, motivadas pelo internamento de um RN numa UCEN.

A equipa de enfermagem do serviço é constituída por 18 Enfermeiros, dos quais 5 são Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e utiliza como metodologia de trabalho o método individual, em que é atribuído a cada enfermeiro um determinado número de RN, sendo este responsável pela prestação de todos os cuidados necessários que lhes sejam devidos.

Para este contexto de estágio, tendo em conta as suas necessidades específicas, foi possível definir dois objetivos, sendo o primeiro:

- **Desenvolver e aprofundar competências de EESIP na prestação de cuidados ao RN prematuro e/ou em situação de doença e sua família.**

Este objetivo foi operacionalizado através da realização de pesquisa bibliográfica extensa, que permitisse aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre a prestação de cuidados especializados ao RN/família, da observação participada e da colaboração nos cuidados de enfermagem ao RN/família internado e, por fim, da realização de uma análise reflexiva sobre a temática "*Ser mãe/pai de um bebé prematuro*".

Ao longo do estágio foi possível observar e, posteriormente, colaborar na prestação de cuidados ao RN/família, nomeadamente em situações de prematuridade, tendo ainda sido possível promover o contacto e o vínculo mãe-RN. Surgiu ainda a oportunidade de acompanhar RN prematuros com necessidade de ventilação invasiva e não invasiva, com necessidade de alimentação parentérica e entérica, com cateteres umbilicais venosos/arteriais e cateteres epicutâneos, entre outros. Para além disto, assistiram-se RN que, por prematuridade, necessitavam de ganho de autonomia alimentar para poderem ter alta, com todos os cuidados inerentes ao desenvolvimento desta tão fundamental competência do RN. Neste contexto, foram adquiridas competências de EESIP ao nível da **assistência ao RN/família, na maximização da sua saúde e do cuidado ao RN/família em situações de especial complexidade** (OE, 2010b). Mais ainda, foram **utilizadas estratégias para promover o contacto físico pais/RN e negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN** (OE, 2010b), tendo por base uma lógica de parceria de cuidados, em que os pais devem ser envolvidos na tomada de decisões acerca dos cuidados a prestar ao RN e abordados de forma individualizada em relação ao nível de participação desejado (REIS et al., 2010).

Em termos da área específica da neonatologia e do RN, bem como das patologias mais frequentes e dos procedimentos mais utilizados no serviço, surgiu uma enorme e crescente necessidade em procurar informação, em particular através da realização de pesquisa bibliográfica que permitisse aprofundar conhecimentos teórico-práticos para a prestação de cuidados especializados ao RN/família e que se mostrou transversal ao longo de todo o período de estágio. Assim, ao manter-se de forma contínua e autónoma um processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, **demonstrou-se um nível de aprofundamento de conhecimentos** na área particular dos cuidados de enfermagem neonatais, como competência do EESIP (UCP, 2015).

Acresce que se realçou a importância de proteger e promover um desenvolvimento saudável do RN, em especial numa situação de prematuridade, de forma a se eliminar ou diminuir as consequências negativas advindas de um nascimento prematuro (GASPARDO et al., 2010). Assim, na prestação de cuidados ao RN prematuro tiveram-se em consideração as

intervenções de enfermagem que contribuem para o seu adequado desenvolvimento: evitar a sua manipulação/sobre estimulação excessiva, garantir o seu adequado posicionamento, promover o vínculo/interação com os pais/família (através do toque e do método-canguru) e protegê-lo de cheiros, sons ou luzes excessivos/nocivos, entre outros. Aqui, foram aprofundadas competências de EESIP, na vertente da **prestação de cuidados específicos ao RN em resposta às suas necessidades, demonstrando conhecimentos e promovendo o seu adequado crescimento e desenvolvimento** (OE, 2010b).

No decorrer deste estágio, surgiu também a oportunidade de assistir a uma Sessão de Formação sobre a Promoção Positiva da Alimentação no RN. Esta revelou-se extremamente pertinente, tendo permitido identificar erros comuns na promoção da alimentação oral do RN, bem como uniformizar e adequar práticas para que esta, enquanto processo autónomo, ocorra de forma adequada e progressiva, de acordo com os ganhos e as competências adquiridos ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento do RN.

Outra das atividades desenvolvidas neste estágio foi a realização de uma análise reflexiva sobre "*Ser mãe/pai de um bebé prematuro*", recorrendo ao Ciclo de Gibbs, que permitisse refletir sobre os cuidados de enfermagem e as competências do EESIP que cuida do RN prematuro e respetiva família, à luz das vivências e experiências dos pais destes bebés (APÊNDICE XII). A necessidade de internamento de um RN, em especial em situação de prematuridade, é um fator de enorme angústia e *stress* para os pais/família desse bebé. Para além do cuidado altamente especializado ao RN, em particular ao RN prematuro, o EESIP depara-se também com o papel de cuidar dos seus pais e da sua família e de promover a relação e o vínculo precoce entre estes e o RN (CAMARNEIRO et al., 2009; GOMES, 2006).

Esta reflexão permitiu desenvolver competências para **avaliar o desenvolvimento da parentalidade, promover uma esperança realista** (OE, 2010b) e **refletir sobre os problemas da prática profissional relacionados com o RN prematuro e a sua família, demonstrando consciência crítica** (UCP, 2015).

O segundo objetivo definido neste contexto de estágio foi:

- **Promover a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros na prestação de cuidados ao RN prematuro e/ou em situação de doença e sua família.**

Ao longo deste módulo foi possível comprovar o importante papel do Enfermeiro na promoção da parceria de cuidados, tendo por base o cuidado centrado no binómio RN/família. Os cuidados de enfermagem prestados são personalizados e centrados na família, sendo incentivada a permanência dos pais junto do RN, bem como a sua vinculação precoce. A equipa de enfermagem fomenta o acompanhamento nos progressos clínicos do RN e promove a integração acompanhada e progressiva dos pais nos cuidados ao RN, desde os cuidados de higiene à amamentação, passando invariavelmente pela transmissão de conforto e carinho ao RN (desde que a sua patologia/estabilidade hemodinâmica o permita), através do contacto precoce e do método canguru, que permite aos pais ganhar a confiança e as competências necessárias para corresponderem às necessidades do RN após a alta. Tal está de acordo com os resultados obtidos nos estudos de REIS et al. (2010) e de JONES et al. (2015), mencionados e fundamentados na RSL deste relatório.

Efetivamente, a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros neste serviço é notória, desde o momento do acolhimento do RN/pais no serviço, passando por todo o período de internamento, até à alta do RN para o domicílio. É perceptível a negociação com os pais sobre os cuidados a serem prestados ao RN, com a promoção da respetiva autonomia progressiva no cuidado ao seu filho(a) (REIS et al., 2010), o que permite desmitificar os seus medos, dúvidas e receios, tendo sempre por base os princípios da relação de ajuda (JONES et al., 2015).

A parceria de cuidados pode e deve ocorrer desde o primeiro contacto entre pais e enfermeiros, sendo que o processo de acolhimento dos pais no serviço é, grande parte das vezes, o ponto de partida para o estabelecimento de uma parceria efetiva (CASEY, 1993). Por este motivo, e apesar de já existir um guia de acolhimento no serviço para os pais, surgiu a necessidade de complementar este suporte escrito com apoio audiovisual que permitisse dar a conhecer aos pais a UCEN, quer ao nível da sua estrutura física, quer ao nível do seu funcionamento e das suas normas (APÊNDICE XIII), de modo a

minimizar o impacto do internamento do RN numa unidade tão especializada e complexa como a UCEN, o que por vezes pode ser extremamente assustador e limitante para os pais.

Outra proposta efetuada, com os mesmos princípios subjacentes, foi criar um suporte audiovisual que servisse de apoio/preparação dos pais em caso de necessidade de transferência do RN para o Internamento de Pediatria, enquanto situação que já ocorreu anteriormente, tendo a equipa de saúde da UCEN sentido muitas dúvidas e receios nos pais (APÊNDICE XIV). Os principais objetivos foram o de dar a conhecer aos pais/familiares do RN o Internamento de Pediatria, quer ao nível da sua estrutura física, quer ao nível do seu funcionamento e das suas normas, de modo a minimizar o impacto da transferência do RN da UCEN para um novo serviço, o que por vezes pode ser intimidante e confuso para os pais.

Para a operacionalização deste projeto, foi proposta a construção de um guião orientador, onde fossem contempladas fotos dos serviços e pequenas notas com informação pertinente, para que posteriormente fosse criado um vídeo para futura apresentação aos pais.

Já se encontrava, também, em fase de desenvolvimento no serviço o projeto “*Promoção da Parentalidade na UCEN*”, com o objetivo de implementar um programa sistematizado de formação/educação para a saúde para os pais dos RN internados no serviço, sobre áreas como os cuidados de higiene, a alimentação, a segurança do RN, etc. Foi proposto, porém, colaborar com o projeto em curso, através da realização de um folheto informativo<sup>3</sup> para entrega aos pais, sobre conselhos gerais para os cuidados ao RN (APÊNDICE XV), nomeadamente cuidados com o banho, a pele, o coto umbilical, a roupa e a alimentação, entre outros. Mais uma vez, fornecer e partilhar informação pertinente, sobre o cuidado ao RN, com os pais permitirá promover o desenvolvimento do seu papel parental, capacitando-os e dando-lhes o *empowerment* necessário para que se sintam confiantes e seguros nos cuidados a prestar ao bebé (REIS et al., 2010; PANICKER, 2013; JONES et al., 2015).

---

<sup>3</sup> A construção dos folhetos teve de responder a exigências feitas pelo Departamento de Marketing do hospital, tendo sido obrigatória a utilização de um modelo pré-definido pela instituição que, no entanto, não se considerou como o mais adequado, por não ser apelativo ou de fácil leitura pelos pais/família.

O desenvolvimento destas atividades permitiu adquirir e aprofundar competências de EESIP, pois foi possível **proporcionar conhecimento à família do RN, facilitando o desenvolvimento de competências para a assunção dos seus papéis em saúde, e transmitir orientações antecipatórias aos pais sobre o RN, para a maximização do seu potencial de crescimento e desenvolvimento** (OE, 2010b).

### **3.3.2. Urgência Pediátrica**

O SUP onde foi realizado o estágio tem como objetivo a prestação de cuidados médicos/cirúrgicos emergentes ou urgentes às crianças e jovens com idade inferior a 18 anos da área de influência do hospital.

Para além de outras infraestruturas de apoio, o SUP é composto por sala de triagem, gabinetes médicos, sala de aerossóis, sala de tratamentos, sala de reanimação e sala de observação (com alocação máxima de 3 camas); é também neste serviço que está integrada a Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos do hospital (com alocação máxima de 6 camas). Na sala de observação (SO) são admitidas crianças e adolescentes que necessitem de permanecer em observação/vigilância por curto espaço de tempo. Na Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) são internadas crianças e adolescentes que exijam um tempo de internamento previsível superior a 12 horas e inferior a 36 horas e/ou apresentem patologia que requeira uma monitorização médica e de enfermagem permanente. A equipa de enfermagem é constituída por 28 profissionais, existindo 6 Enfermeiros Especialistas na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

No ano de 2014 o SUP teve 58.378 admissões, sendo a média diária de atendimentos na ordem dos 160-170 utentes. Os meses de janeiro, fevereiro, outubro, novembro e dezembro são os que registam uma maior afluência. Os principais motivos para vinda da criança/jovem ao SUP são febre, dor, vómitos, diarreia e/ou sinais e sintomas de dificuldade respiratória, sendo os principais diagnósticos os do foro respiratório e gastrointestinal. No ano de 2014, das crianças/jovens triadas com atribuição de cor vermelho/laranja/amarelo, 67% tiveram como destino o domicílio, sendo que apenas 9% foram encaminhadas para a consulta externa do hospital e somente 3% ficaram internadas. Nas

crianças com atribuição de cor azul/verde a situação é semelhante, sendo que 73% tiveram como destino o domicílio.

Para este contexto de estágio, tendo em conta as suas necessidades específicas, foi possível definir dois objetivos, sendo o primeiro:

- **Desenvolver competências de EESIP para cuidar da criança/família, em contexto de urgência/emergência.**

Este objetivo foi operacionalizado através da colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família em situação urgente/emergente, nos vários locais do SUP (triagem, sala de tratamentos, sala de aerossóis, sala de observação e sala de reanimação).

As patologias mais frequentes nas crianças e os procedimentos de enfermagem mais utilizados no serviço são comuns aos do atual local de trabalho da mestranda, pelo que se procurou realizar uma mobilização dos conhecimentos já adquiridos, adequando-os ao contexto em causa, com o objetivo primordial de prestar cuidados de enfermagem de qualidade à criança-família. Nos últimos turnos efetuados no serviço, de uma forma mais autónoma, colaborou-se nos cuidados prestados a crianças internadas no SO, nomeadamente, na punção venosa, colheita de secreções e administração de terapêutica, entre outros, colaborando e trabalhando de forma adequada com a equipa multidisciplinar do SUP.

Foram, assim, demonstradas e aprofundadas competências de EESIP, uma vez que se **geriu e interpretou, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência pessoal e profissional, e da formação pós-graduada**, adaptando-as ao contexto em causa (UCP, 2015). Na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, no contexto particular de um serviço de urgência, procurou-se também **mobilizar conhecimentos para a rápida identificação de focos de instabilidade na criança, demonstrar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e a sua família**, destacando-se habilidades de adaptação ao seu estágio de desenvolvimento, e ainda, e às suas crenças e à sua cultura (OE, 2010b).

O segundo objetivo definido para este contexto de estágio foi:

- **Promover a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros em contexto de urgência/emergência através da promoção/educação para a saúde.**

Este objetivo foi operacionalizado através da criação de folhetos informativos para entrega aos pais/família e de um *poster* informativo para afixação na sala de espera do SUP, sobre temas que se revelaram pertinentes ao longo do período de estágio.

Ao longo deste módulo foi possível comprovar o importante papel do Enfermeiro na promoção da parceria de cuidados, tendo por base o cuidado centrado no binómio criança/família. Sendo a família o principal recurso/sistema de apoio da criança, em particular numa situação de doença aguda ou descompensação de doença crónica, é essencial que as intervenções do enfermeiro estejam direcionadas não só para a criança, que se encontra doente, mas também para os pais/família, que são os principais cuidadores desta. Desde o momento em que a criança é triada, até àquele em que passa pela sala de tratamentos/sala de aerossóis, ou ainda quando necessita de permanecer em vigilância no SO, foi perceptível o cuidado da equipa de enfermagem em procurar a parceria de cuidados com a sua família, com vista a atingir o seu maior bem-estar possível e, ainda, em aproveitar estes momentos como oportunidades de educação/promoção para a saúde.

No decorrer dos primeiros turnos efetuados neste serviço, identificou-se a existência de um défice de conhecimentos por parte dos pais/família, no que diz respeito a medidas básicas no cuidado à criança em situação de doença aguda simples (p.e., na criança com febre, vómitos ou diarreia). Um dos exemplos mais evidentes foi o da criança com febre, que chegava à triagem não só em sobreaquecimento, como também sem lhe ter sido administrado um antipirético (apesar de ter sido identificada a febre no domicílio, pelos pais, antes da vinda para o SUP).

Por outro lado, as crianças/jovens que recorrem ao SUP têm, na sua maioria, após observação e aconselhamento médico, alta para o domicílio, sendo grande parte das vezes o momento da alta a altura em que são realizados determinados ensinamentos, essenciais para a continuidade de cuidados em casa. Apesar da passagem pelo SUP constituir, na grande maioria das vezes, um momento muito breve de contacto com um serviço de saúde, foi

possível compreender que, ainda assim, é nestes momentos mais fugazes que são feitos ensinamentos aos pais/família, essenciais para a promoção da saúde da criança, tanto para aquele episódio específico, como para episódios futuros que venham a ocorrer.

Para além disto, verificou-se que não existia qualquer suporte escrito no serviço para entrega aos pais/família da criança/jovem que recorre ao SUP. Numa situação de *stress*, como é a de uma ida à urgência pediátrica, a capacidade dos pais/família reterem a informação transmitida apenas oralmente está diminuída, pelo que este tipo de suporte escrito é essencial. Apenas quando detentores da informação adequada, os pais podem ter um papel ativo no processo terapêutico da criança, constituindo verdadeiros parceiros no seu cuidar, numa situação de doença aguda.

Por este motivo, uma das atividades desenvolvidas neste estágio foi o de criar três folhetos informativos<sup>4</sup>, para entrega aos pais, sobre os temas: "*A febre na criança*" (APÊNDICE XVI), "*A importância da lavagem nasal*" (APÊNDICE XVII) e "*A administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado + câmara expansora com máscara*" (APÊNDICE XVIII). A seleção dos temas surgiu da identificação dos principais défices de conhecimentos teórico-práticos dos pais nos cuidados à criança, tendo estes três surgido como os mais preocupantes e de necessária intervenção.

Foi ainda construído um *poster* sobre "*A febre na criança*", para posterior afixação na sala de espera do SUP, de modo a ser visível para os pais/família, com o objetivo de captar a sua atenção para medidas que podem ser antecipadamente implementadas em caso de febre na criança (APÊNDICE XIX).

Assim, foram aprofundadas competências de EESIP, uma vez que se **proporcionou conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença da criança/jovem** (OE, 2010b).

---

<sup>4</sup> A construção dos folhetos teve de responder a exigências feitas pelo Departamento de Marketing do hospital, tendo sido obrigatória a utilização de um modelo pré-definido pela instituição que, no entanto, não se considerou como o mais adequado, por não ser apelativo ou de fácil leitura pelos pais/família.



#### 4. CONCLUSÃO

A promoção da parceria de cuidados efetiva entre pais e enfermeiros garante uma elevada qualidade nos cuidados prestados à criança, saudável ou doente, nos vários contextos em que se encontra.

Tendo em conta a importância de uma prática baseada na evidência que promova a excelência de cuidados de enfermagem, ao realizar-se a RSL conclui-se que, na situação particular da hospitalização de uma criança, esta e os seus pais enfrentam uma crise pessoal e familiar, sendo essencial a promoção de uma parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, com o objetivo de diminuir a ansiedade e angústia sentidas, de ultrapassar de forma positiva a situação de doença/hospitalização e de realçar o melhor estado de saúde possível da criança e o bem-estar desta e da sua família.

Estes resultados foram preponderantes para fundamentar as atividades realizadas não só no Módulo II do estágio, como também nos restantes módulos, uma vez que a parceria de cuidados é uma prática transversal à assistência da criança/jovem e da sua família. No entanto, e porque este tema é também muito abrangente, houve a necessidade de o abordar de forma diferente em cada contexto.

No Módulo I, o estágio em Recursos da Comunidade permitiu refletir sobre a importância do papel do EESIP na promoção da parceria de cuidados com os pais/família da criança/jovem com doença crónica, com vista à maximização do seu potencial de saúde e bem-estar. Já nos Cuidados de Saúde Primários, a sessão de formação e o folheto informativo sobre Saúde/Higiene Oral nas crianças favoreceu a parceria de cuidados com os pais, através da partilha de informação e da promoção do seu papel parental, com vista a melhorar a saúde oral das crianças. Também, a sessão de formação sobre o atendimento ao adolescente contribuiu para a uniformização de práticas e o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao adolescente, garantindo assim a qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

No Módulo II, através da colaboração no projeto “*Deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança*”, da realização da sessão de formação sobre diabetes tipo I na criança/jovem e da criação da *check-list* de

ensinos de enfermagem, contribuiu-se para a melhoria contínua dos cuidados prestados no serviço, quer nas situações de possível deterioração clínica das crianças/jovens internados, quer nas situações de prestação de cuidados de enfermagem às crianças/jovens com diabetes tipo I e às suas famílias, respetivamente. Ainda neste Módulo, mas transversal também ao Módulo III, a criação de suporte informativo para os pais permitiu a partilha de informação, de modo a promover o papel parental, contribuindo assim para o seu envolvimento e participação nos cuidados a prestar à criança.

Por fim, no contexto de estágio de Neonatologia, no Módulo III, facilitou-se a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros através da melhoria do processo de acolhimento do RN/família ao serviço, fase fundamental no estabelecimento de uma parceria efetiva.

Desta forma, nos diferentes módulos da Unidade Curricular Estágio procurou-se desenvolver competências na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e atividades com vista à promoção da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros. Através da análise e reflexão críticas exercidas ao longo deste percurso, patentes neste relatório, atingiram-se essas competências na assistência e cuidado à criança e sua família, na maximização da sua saúde, em situações de elevada complexidade e em resposta às necessidades específicas do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança, tendo-se atingido com sucesso os objetivos gerais e específicos previamente delineados.

Como limitações deste percurso, mas sem alteração do resultado pretendido, podem-se evidenciar o número reduzido de artigos que deram resposta à questão de investigação da RSL e a impossibilidade de completar em tempo útil de estágio a fase-teste de aplicação da escala PEWS no Internamento de Pediatria, no Módulo II.

Como sugestões, seria pertinente a realização de mais estudos de natureza científica, em Portugal, sobre a parceria de cuidados nos vários contextos de assistência à criança/família (por exemplo, de forma a identificar as estratégias implementadas, ou não, pelos enfermeiros com vista à promoção da parceria de cuidados, tanto da perspetiva destes, como da perspetiva da criança/família), uma vez que na RSL realizada foram encontrados poucos artigos realizados no país sobre este tema.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKRE et al. (2010) - Sensitivity of the Pediatric Early Warning Score to Identify Patient Deterioration. **Pediatrics**. Vol. 125, N.º 4 (Abril 2010)
- CAMARNEIRO, A. et al. (2009) - Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. Vol. 40, N.º 2 (Março/Abril 2009), p. 53-57
- CASEY, Anne (1993) – Development and use of the partnership model of nursing care. In: GLASPER, E.; TUCKER, A. – **Advances in child health nursing**. London: Scutari Press.
- CHISHOLM, V. et al. (2007) - Predictors of treatment adherence in young children with type 1 diabetes. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 57, N.º 5 (March 2007). p. 482-493.
- FARRELL, Michael (1994) - Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. **Nursing**. Lisboa. N.º 74 (Março 1994). p. 27-28
- FAULKNER, M.; CHANG, L. (2007) - Family Influence on Self-Care, Quality of Life, and Metabolic Control in School-Age Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. **Journal of Pediatric Nursing**. Vol. 22, N.º 1 (February 2007). p. 59-68
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O Processo de Investigação da Concepção à Realização**. 1ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- GASPARDO, C. et al. (2010) - Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Revista Paulista de Pediatria**. Vol. 28, N.º 1. p. 77-85
- GOMES, A. (2006) – Vinculação mãe-bebê na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia. **Revista Enfermagem**. Lisboa. N.º 44, 2ª série (Outubro/Dezembro 2006), p. 17-23
- GOMES, G. e ERDMANN, A. (2005) – O Cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 26. N.º 1 (Abril 2005). p. 20-30

- HOCKENBERRY, Marylin J.; WILSON, David (2011) – **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 978-85-352-3447-3
- JONES, L. et al (2015) – Negotiated Care in the Special Care Nursery: Parents and Nurses Perceptions of Nurse–Parent Communication. **Journal of Pediatric Nursing**. Vol. 30. P. 71-80
- LOPES, A. e MENDES, M. (2012) - Necessidades terapêuticas da criança com SAOS e sua família e o papel do enfermeiro na instituição e manutenção da VNI. **Revista Associação Amigos da Grande Idade**, Vol. 1. (Novembro 2012). [em linha] Acedido em 20/10/2015, disponível em <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume-1-numero-5-2012/crianca-com-saos>
- MANO, Maria João (2002) – Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. **Revista Referência**. Lisboa. N.º 8 (Maio 2002). p. 53-61
- MELO, E.; FERREIRA, P.; LIMA, R.; MELLO, D. (2014) – Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 22. N.º 3 (Maio- Junho 2014). p. 432-439
- MENDES, M. G. (2010) – Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família. In **Escola Superior de Enfermagem do Porto**. [Em linha] Acedido em 10/11/2015, disponível em [http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menu\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F2118743933/Enfermagem de Familia \[e-book-2010\].pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menu_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118743933/Enfermagem%20de%20Familia%20[e-book-2010].pdf)>. ISBN 978-989-96103-3-0.
- MENDES, M. e MARTINS, M. (2012) – Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**. III série. N.º 6 (Março 2012). p. 113-121
- MENDES, M. (2013) - **A Natureza da Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria, um Contributo para a Parceria Efetiva** - Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Lisboa.
- NUNES, Luís Miguel (2010) - Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. **Revista Percursos**. Lisboa. ISSN: 1646-5067. N.º 15. p. 1-37

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) - **Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista**. [em linha] 29 de Maio de 2010. Acedido em 18/01/2016, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. [em linha] 20 de Outubro de 2010. Acedido em 30/01/2015, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriançaJov\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriançaJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010c) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Entrevista ao Adolescente**. Cadernos OE, Série I, N.º 3, Vol. 1
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. [em linha] 22 de Outubro de 2011. Acedido em 15/01/2016, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>
- PANICKER, L. (2013) – Nurses' perceptions of parent empowerment in chronic illness. **Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession**. Vol. 45, N.º 2. p. 210-219
- PORTUGAL. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005) – **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- PORTUGAL. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2007) - **Crianças e Jovens em Risco - Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- PORTUGAL. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013) – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- PORTUGAL. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2015) – **III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais**. [em linha] Acedido em 15/01/2016,

disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/iii-estudo-epidemiologico-nacional-das-doencas-orais.aspx>

- RAMALHO, Anabela (2005) – **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise – estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-54-9.
- REIS, M. et al. (2010) – Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU through Negotiated Partnership. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Vol. 39, N.º 6. p. 675-683
- ROMANIUK, D. et al. (2014) – Are parents doing what they want to do? Congruency between parents' actual and desired participation in the care of their hospitalized child. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**. Vol. 37, N.º 2. p. 103-121
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA (2015) – **Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes**. Lisboa: SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. ISBN: 978-989-96663-2-0.
- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR TRAVESSA DA SAÚDE (2013) – **Regulamento Interno da USF**. ACES Loures – Sacavém.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2015) - Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: **Guia de Estágio**. Instituto Ciências da Saúde.
- UHL, T. et al. (2013) – Insights into patient and family-centered care through the hospital experiences of parents. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Vol. 42, N.º 1. p. 121-131
- Vieira, A. (2008) - Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura. **Servir**. Vol. 56, N.º 3-4. p. 146-154
- VILELAS, José (2009) – **Investigação. O processo de construção do conhecimento**. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-557-4
- YGGE, B. M. (2007) - Nurse's perceptions of parental involvement in hospital care. **Paediatric Nursing**. Vol. 19, N.º 5. p. 38-40

- YGGE, B. M.; ARNETZ, J. E. (2004) - A Study of Parental Involvement in Pediatric Hospital Care: implications for clinical practice. **Journal of Pediatric Nursing**. Vol. 19, N.º 3 (Junho 2004). p. 217-223.



## **ANEXOS**



## **ANEXO I – Projeto PEWS**



# *Projecto*

## ***RECONHECIMENTO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM PEDIATRIA***

**Autores:**

Eduardo Pinheiro

Ruben Silveira

**Validação:**

Prof. Dr. Paulo Oom

Enf. Mécia Barradas

**Loures, 2015**



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ECG** – Escala de Coma de Glasgow

**EWS** – Escalas de Alerta Precoce

**SDR** – Síndrome de Dificuldade Respiratória

**SP** – Serviço de Pediatria

**HBA** – Hospital Beatriz Ângelo

**PCR** – Paragem Córdio-Respiratória

**PR** – Paragem Respiratória

**PEWS** – Pediatric Early Warning Scale

**RN** – Recém-nascido

**Score** – Pontuação

**TRC** – Tempo de Reperusão Capilar



## INDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>1 – A DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA .....</b>	<b>89</b>
<b>2 – PROTOCOLO PEWS –RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....</b>	<b>91</b>
2.1. – ÂMBITO.....	91
2.2. – DESCRIÇÃO .....	91
2.2.1. – <i>Escala PEWS Adaptada</i> .....	91
2.2.2. <i>Avaliação dos parâmetros</i> .....	92
2.2.3. <i>Instruções para determinação do score</i> .....	94
2.2.4. <i>Atuação</i> .....	95
<b>3– OBJECTIVOS DO PROTOCOLO PEWS .....</b>	<b>97</b>
<b>4– CONCLUSÃO .....</b>	<b>99</b>
<b>4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>
ANEXO I – GRELHAS DE REGISTO PEWS.....	107
ANEXO II – ABORDAGEM ABCDE .....	129



## INTRODUÇÃO

Todo e qualquer utente em idade pediátrica que se encontre hospitalizado apresenta risco de deterioração súbita que pode resultar em paragem respiratória ou cardiopulmonar e, em última instância, em morte (Akre et al, 2010). É então, da maior importância, a deteção precoce dos sinais de alarme e a intervenção adequada e atempada.

As escalas de alerta precoce, são aplicadas através da combinação da pontuação (score) entre uma seleção de observações/monitorizações de sinais vitais e outras avaliações cruciais para o estabelecimento da condição clínica da criança como dificuldade respiratória e estado de consciência.

Os parâmetros a avaliar e a sua respetiva interpretação não podem ter por base a aplicação de escalas para utentes adultos, dadas as diferenças fisiológicas entre as diferentes faixas etárias.

Se a condição clínica da criança se deteriora, o score geralmente, no decurso das avaliações aumenta. Assim, um score elevado ou a aumentar, dá uma indicação de que poderá ser necessária intervenção. A intervenção precoce pode "corrigir" problemas que se identifiquem e pode evitar a necessidade de transferir a criança para serviços mais diferenciados e assim evitar ou reduzir a mortalidade e a morbilidade e os custos acrescidos com internamentos em unidades de cuidados intermédios ou intensivos.



## 1 – A DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA

Os registos dos utentes que sofreram paragem respiratória (PR) ou cardio-respiratória (PCR), ou que foram antecipadamente colocados em Unidades de Cuidados Intensivos, contêm evidências de problemas respiratórios, circulatórios ou neurológicos que não foram devidamente reconhecidos ou tratados (Nichol et al., 2007).

Alguns estudos comprovam que mais de 80% dos doentes que sofrem deterioração clínica (PR ou PCR) numa enfermaria, apresentam sinais de deterioração fisiológica muitas horas antes do evento, sugerindo que o tratamento imediato numa primeira fase pode evitar a necessidade de intervenções mais invasivas, como a reanimação. Da mesma forma, revelaram que mesmo após cuidados altamente diferenciados, o prognóstico é mau se a hipóxia e/ou isquémia não são revertidas num estadio precoce (Stenhouse, 2000, Hillman, 2005; Nichol et al, 2007)

O sucesso da deteção da deterioração atempada dos doentes depende da capacidade dos enfermeiros em avaliar adequadamente a deterioração fisiológica, da utilização de uma linguagem objetiva que lhes permita mensurar o resultado das avaliações e da comunicação eficaz entre a equipa, que leve a uma observação médica atempada e preventiva.

Os dados produzidos pelas Escalas de Alerta Precoce (EWS) através da monitorização dos sinais vitais, permitem aos enfermeiros hierarquizar prioridades e a necessidade de intervenção.

As EWS oferecem autonomia profissional e melhoram a comunicação entre a equipa, o que se traduz em melhores cuidados.

Ainda que, na sua maioria, as crianças que se encontram internadas no Hospital Beatriz Ângelo (HBA) não apresentem risco iminente de vida, a degradação do estado clínico pode ocorrer. Até ao momento não está implementado nenhum instrumento que permita a quantificação do risco de deterioração fisiológica.

Perante esta necessidade, o ponto de partida para a elaboração deste projecto foi uma pesquisa bibliográfica sobre os instrumentos desenvolvidos para a avaliação do risco clínico e da deterioração fisiológica passíveis de aplicar a utentes em idade pediátrica. Surgiram várias instrumentos que consideramos redutores por englobarem apenas um parâmetro fisiológico (como por exemplo a Escala de Coma de Glasgow (Holmes, Palchak, MacFarlane e Kuppermann, 2005). – avaliação do nível de consciência), por serem específicos apenas para um grupo restrito de crianças, quer pela faixa etária, quer pela patologia subjacente (como por exemplo a Escala de Yios (Young Infant Observation Scale, Bonadio et al (1993)) – risco clínico em crianças com febre <3 meses; Escala de Yale (McCarty et al, 1982) – risco clínico em crianças com febre 3meses -36 meses; Syracuse Group Score System (DGS, 2005) –escala de gravidade para a laringite). Consideramos outros demasiado complexos e inexequíveis, por serem necessárias intervenções de enfermagem interdependentes (avaliações analíticas, por exemplo) ou por serem mais adequados a contextos de cuidados intensivos (como por exemplo o TISS (Pediatric Therapeutic Intervention System, Miranda, Rijk e Schaufeli (1996)), o PIM (Pediatric Index of Mortality) II, o PRISM III (Pediatric Risk of Mortality III, Pollak, Pattel e

Rutimman (1996)) e o PRISA II (Peditric Risk of Admission Score II, **Chamberlain, Patel e Pollack (2005)**).

Desta pesquisa surgiu-nos a PEWS, em uso nas instituições do National Health Service (NHS) do Reino Unido com vários estudos sobre a matéria comprovando a sua validade e fiabilidade. É fácil de usar, permite a sistematização da informação recolhida num único documento e passível de no futuro ser introduzida no sistema informático em utilização no HBA, o Soarian. Acresce também a sua escolha, ao facto de estar disponível para utilização gratuita a versão base que permite a adaptação da PEWS a cada serviço dentro da sua especificidade, ([http://www.institute.nhs.uk/safer\\_care/paediatric\\_safer\\_care/pews.html](http://www.institute.nhs.uk/safer_care/paediatric_safer_care/pews.html)).

Para que esta escala seja implementada, será necessário um período de análise multidisciplinar e de formulação e ajuste de grelhas de avaliação, precedido de formação dos profissionais (médicos e enfermeiros) para posterior utilização experimental do instrumento elaborado, podendo ser necessário adequar os parâmetros avaliados ou as folhas de registo criadas para o efeito.

## 2 – PROTOCOLO PEWS –RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### 2.1. – ÂMBITO

Aplica-se a todas as crianças internadas no Departamento de Pediatria do HBA, e crianças admitidas em Sala de Observação (SO), após períodos de teste do protocolo a definir no serviço de Internamento de Pediatria.

### 2.2. – DESCRIÇÃO

A resposta atempada e adequada às alterações fisiológicas da criança internada no HBA é fundamental para prevenir a deterioração subsequente.

#### 2.2.1. – Escala PEWS Adaptada

Os critérios definidos encontram-se relacionados com os parâmetros: respiratório, cardiovascular e neurológico, adotando-se a Escala de PEWS, adaptada ao contexto específico do HBA (Tabela 1).

Tabela 1 – PEWS ADAPTADA				
Parâmetro	Critério	0	1	2
<b>Respiratório</b>	Frequência respiratória	Normal	Bradi/Polipneia	Bradi/Polipneia
	Trabalho respiratório	Sem SDR	Ligeiro	SDR moderado/grave
	O <sub>2</sub>	Sem oxigénio suplementar; SpO <sub>2</sub> >= 94	FiO <sub>2</sub> <30% ou <4L/min SpO <sub>2</sub> 90-94%	FiO <sub>2</sub> >30% ou >4L/min SpO <sub>2</sub> < 90%
<b>Cardíaco</b>	Frequência Cardíaca	Normocardia	Bradi/Taquicardia	Bradi/Taquicardia
	Tempo de Reperusão Capilar	≤ 2 segundos	2-3 seg	>3 segundos
<b>Neurológico</b>	Estado de Consciência	Alerta	Voz	Dor / Não reactivo
		Preocupação dos pais ou da equipa		

Foram incluídas, para registo, apesar de não interferirem no score, monitorizações referentes à dor, temperatura corporal por se considerar que, apesar de por si só, não traduzirem sinais de gravidade, podem interferir com os restantes parâmetros.

A base da construção deste instrumento foi a PEWS adotada pelo NHS do Reino Unido, que tem desenvolvido vários estudos sobre a matéria e o uso desta escala está largamente

difundido nas suas instituições estando comprovada a validade e fiabilidade na deteção precoce da deterioração fisiológica da criança (Chapman, Grocott e Franck, 2010).

## 2.2.2. Avaliação dos parâmetros

Os critérios definidos de acordo com cada faixa etária (Tabela 2), tiveram por base as orientações vigentes no HBA.

Tabela 2 – Valores de Referência Sinais Vitais		
Faixa etária	Freq. Resp (cpm)	Freq. Card. (bpm)
RN	40-60	100-180
28dias - 1ano	30-50	90-150
1 - 5anos	20-35	80-120
5 - 12 anos	20-30	70-110
12- 18 anos	14-18	50-90

### Gravidade do SDR

Tabela 3 – Classificação da dificuldade respiratória			
	Ligeiro	Moderado	Grave
Atividade	Deita-se e anda	Alimentação difícil Articula frases	Alimentação impossível Articula palavras com dificuldade
Agitação	Normal ou agitado	Geralmente agitado	Agitado, sonolento ou confuso
Tiragem	Ausente ou ligeira	Moderada	Marcada, Movimentos paradoxais
Polipneia	Ligeira	Moderada	Grave
SpO2 em ar ambiente	>95%	91-95%	<90%
Oxigenação	Rosado	Pode haver palidez	Palidez marcada, cianose

Fonte: Adaptado de DGS (2005) Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Volume II. Lisboa

### Concentração do ar inspirado (FiO<sub>2</sub>)

Fórmula de cálculo = 4x fluxo O<sub>2</sub> em L/m + 21%

- FiO<sub>2</sub> < 30%:
  - Cânula nasal (0,1L/m-3L/m)

- FiO2 > 30%:
  - Máscara facial simples (3-6L/m)
  - Máscara com reservatório de O2 e válvula bidirecional com reinalação (6-10L/m)
  - Máscara com reservatório de O2 e válvula unidirecional sem reinalação(10-15L/m)

### Tempo de reperfusão capilar

O tempo de reperfusão capilar (TRC) avalia-se pressionando durante alguns segundos no esterno ou no leito ungueal (da mão ou do pé), aliviando em seguida a pressão e medindo o tempo até que a unha retome plenamente a sua coloração. Considera-se normal um tempo de reperfusão igual ou inferior a 2 segundos.

### Frequência cardíaca

A frequência cardíaca (FC) pode ser avaliada através de avaliação manual, monitor cardíaco, oxímetro ou esfigmomanômetro digital. A avaliação manual deve ser realizada em qualquer ponto que se sinta pulsação arterial, com o dedo indicador e média. A avaliação na zona carotídea não pode ser realizada em crianças < 1ano de idade.

### Estado de consciência

O estado de consciência da criança é avaliado segundo a Escala AVPU (Tabela 4). Esta é uma simplificação da Escala de Coma de Glasgow (ECG), que avalia o doente em três parâmetros: resposta ocular, resposta verbal e resposta motora.

Tabela 4 – Escala AVPU		
<b>A - Alert</b>	<u>Alerta</u> –Acordado (mas pode estar desorientado). Terá olhos espontaneamente abertos, irá responder à voz e terá movimentos corporais espontâneos	<b>Normal (ECG – 15)</b>
<b>V - Voice</b>	<u>Responde à voz</u> – quando abordado responde com a abertura dos olhos, vocalizando ou com pequenos movimentos.	<b>Normal (ECG – 12)</b>
<b>P – Pain</b>	<u>Responde à dor</u> –responde com a abertura dos olhos, vocalizando ou com movimentos corporais à aplicação de estímulos dolorosos, sejam estímulos centrais como pressionar o esterno ou periféricos,, como apertar os dedos	<b>Anormal (ECG – 8)</b>
<b>U - Unresponsive</b>	<u>Não responde</u> – Inconsciente. Não responde com a abertura dos olhos, vocalização ou movimentos corporais	<b>Anormal (ECG -3)</b>

Fonte: McNarry, Goldhill (2004) Simple bedside assessment of level of consciousness: comparison of two simple assessment scales with the Glasgow Coma Scale. Anaesthesia. 59:34-7.

## Temperatura Corporal

A febre pode interferir na avaliação da criança doente (irritabilidade, taquicardia, má perfusão periférica, etc) pelo que apesar de não pontuar na escala, deverá ser avaliada.

Considera-se febre a temperatura corporal superior a 38°C (rectal e timpânico) e axilar superior a 37,5°C.

## Dor

A dor pode também interferir na avaliação da criança, causando irritabilidade, taquicardia, etc., pelo que deve ser avaliada, apesar de não interferir no score final.

Para a sua avaliação são usadas as escalas protocoladas para o serviço (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação da Dor	
Escalas	Critérios para a aplicação
NIPS	Crianças dos 0 aos 28 dias
FLACC	Crianças dos 28 dias aos 4 anos ou sem capacidade de verbalizar
Escala Visual Analógica	3 – 6 anos
Escala Numérica	6 – 18 anos

## Preocupação dos pais/equipa

É um critério subjetivo, mas quantificado pela valorização da preocupação dos pais, pois são estes quem melhor conhece a criança. O juízo clínico dos profissionais de saúde sobrepõe-se também aos dados objetivos traduzidos pela avaliação dos parâmetros vitais.

### 2.2.3. Instruções para determinação do score

1. Para a aplicação da escala PEWS e determinação do score, é escolhido o impresso adequado à faixa etária (0-28 dias (RN), 1mês-1anos, 1 ano-5 anos, 5anos-12 anos, 12 anos-18 anos) (Anexo I);
2. O primeiro registo é feito no momento da admissão.
2. São registados os parâmetros, atribuindo-se pontuação se registados em áreas sombreadas:
  - Preocupação dos pais/equipa – até 1 ponto;
  - Frequência respiratória – até 2 pontos;
  - Trabalho respiratório – até 2 pontos;
  - Administração de O<sub>2</sub> suplementar – até 2 pontos;
  - Saturação periférica de O<sub>2</sub> – até 2 pontos;

- Frequência Cardíaca– até 2 pontos;
- Tempo de reperfusão capilar – até 2 pontos;
- Estado de consciência – até 2 pontos;
- Temperatura: não pontua;
- Dor: não pontua.

3. O somatório do score obtido determina a periodicidade da reavaliação e as intervenções a desenvolver (ver 2.3.4. Atuação).

### 2.2.4. Atuação

A atuação é determinada pelo score obtido, tendo em conta as orientações que se seguem:

<b>Tabela 6 – Score PEWS e atuação</b>	
<b>Score 0-1</b>	Avaliar 1x/turno (ou antes, em SOS). *
<b>Score 2</b>	Avaliar 4h/4h (ou antes, em SOS). Informar Pediatra
<b>Score 3</b>	Avaliar 1h/1h. Informar Pediatra e avaliação clínica no espaço de 30' <u>Abordagem ABCDE**</u>
<b>Score 4</b>	Avaliar 30'/30'. Informar Pediatra com urgência. Avaliação clínica em 15' <u>Abordagem ABCDE**</u>
<b>Score ≥ 5</b>	Monitorização permanente. Chamada emergente para Pediatra <u>Abordagem ABCDE**</u>

\*caso o Score seja < ou = a 1 durante 3 turnos seguidos, a avaliação da PEWS passa a ser avaliada 1x/dia e durante o fim de semana e caso não exista indicação prévia não necessita observação médica

\*\*Abordagem ABCDE, permite identificar precocemente situações que carecem de intervenção e iniciar a sua correção antes da chegada do Pediatra. As linhas orientadoras são as que se apresentam na tabela 7 (Anexo II).



### **3– OBJECTIVOS DO PROTOCOLO PEWS**

- Definir os critérios relacionados com o reconhecimento precoce da deterioração fisiológica da criança internada;
- Definir as intervenções perante as alterações detetadas na condição da criança doente.

#### **3.1 - Objectivos específicos:**

- a) Avaliar e analisar o protocolo PEWS no início do internamento;
- b) Averiguar % de crianças com agravamento de PEWS no decorrer do internamento
- c) Analisar a contribuição dos diferentes parâmetros no score PEWS
- d) Analisar a interferência dos parâmetros Temperatura e Dor no score PEWS
- e) Avaliar a resposta médica nos diferentes scores PEWS
- d) Analisar % de crianças com agravamento do score PEWS após intervenção médica



## **4- CONCLUSÃO**

A frequência da avaliação dos sinais vitais e o registo das intervenções são determinantes para estabelecer prioridades de atuação e implementar medidas para corrigir as alterações detetadas, no sentido de melhor compreender a evolução clínica das crianças internadas. A PEWS surge como um instrumento organizador desta prática.

Com a implementação do protocolo PEWS no HBA é esperada:

- A sensibilização dos profissionais para a deteção do risco de deterioração fisiológica das crianças internadas.
- A deteção precoce do risco e a intervenção atempada.
- Uma melhoria na comunicação entre a equipa multidisciplinar
- Uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às crianças internadas no HBA.



## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advanced Life Support Group (2008), learning Resources: Why Treat Children Differently. ALSG. Paediatric Life Support Course: VLE Resource Materials. UK
- Akre et al (2010) Sensitivity of the Pediatric Early Warning Score to Identify Patient Deterioration. PEDIATRICS Volume 125, Number 4, April.
- An E., Mink R(2012) Efficacy of the pediatric early warning score (PEWS) in predicting placement of a pediatric placement to the ward or PICU. Critical Care Medicine, December
- Billman, Akre, Finkelstein, Erickson, Liu, Vanderbilt (2010) Sensitivity of the Pediatric Early Warning Score to Identify Patient Deterioration. Pediatrics nº 125
- Bonadio, W. A., Hennes, H., Smith, D., Ruffing, R., Melzer-Lange, M., Lye, P., and Isaacman, D., (1993) Reliability of observation variables in distinguishing infectious outcome of febrile young infants, Pediatric Infectious Disease Journal, 12(2),p.111 - 114
- Bonafide C.P., Roberts K.E., Weirich C.M., Paciotti B., Tibbetts K.M., Keren R., Barg F.K. (2013) Beyond statistical prediction: Qualitative evaluation of the mechanisms by which pediatric early warning scores impact patient safety Journal of Hospital Medicine, May, vol./is. 8/5(248-253)
- **Chamberlain, Patel e Pollack (2005) The Pediatric Risk of Hospital Admission Score: A second generation severity-of-illness score for pediatric emergency patients. Pediatrics, 115(2): 338-95**
- Chapman, Grocott e Franck (2010) Systematic Review of pediatric alert criteria for identifying hospitalised children at risk of critical deterioration. Intensive Care Med Apr;36(4):600-11.
- DGS (2005) Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Volume II.Lisboa
- DOH (2000) Comprehensive Critical Care: A review of Adult critical care services. London UK.
- Duncan, H. Hutchingson, J. Parshuram, C. (2006) 'The Paediatric Early Warning System Score: a severity of illness score to predict urgent medical need in hospitalised children' Journal of Critical Care: 21: 271-9
- Egdell, P. Finlay, L. Pedley, D. The PAWS score: validation of an early warning scoring system for the initial assessment of children in the emergency department Emergency Medicine Journal 25:745-749

- Haines C (2005) Acutely ill children within ward areas-care provision and possible development strategies. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care. vol 10.(2)
- Haines C, Perrot M and Weir P (2005) Promoting care for the acutely ill children- Development and evaluation of a Paediatric Early Warning Tool Intensive and Critical Care Nursing. vol 22 issue 2 p73-81.
- Hillman, Ken (2005) Medical Emergency Teams (MET): preventive practice. ICU Management, Vol 5. ISSUE – 2005, ISSN 1377-7564, p. 54
- Holmes JF, Palchak MJ, MacFarlane T, Kuppermann N (2005). Performance of the pediatric glasgow coma scale in children with blunt head trauma. Acad Emerg Med 12: 814-9.
- Kelly, J, Rowland, A G, Cotterill, S, Lees, H, Kamara, M (2013) The paediatric observation priority score (pops): a useful tool to predict likelihood of admission from the emergency department. Emergency Medicine Journal, 01 October
- McArthur-Rouse F (2001) Critical Care outreach services and early warning scoring systems: a review of the Literature. Advanced Journal of Nursing 36(5), 696-704. • McCrossan L, Peyrasse P, Vincent L, Burgess L, Harper S (2006) Can we Distinguish patients at risk of deterioration? Critical Care vol 1:414.
- McCarthy PL, Sharpe MR, Spiesel SZ, et al.(1982) Observation scales to identify serious illness in young children. Pediatrics, 70: 802-809
- McNarry, Goldhill (2004) Simple bedside assessment of level of consciousness: comparison of two simple assessment scales with the Glasgow Coma Scale. Anaesthesia. 59:34-7.
- Meningitis Research Foundation (2007) 'Early Management of Meningococcal Disease in Children' (6th Edition) London. MRF.
- Miranda DR, Rijk A, Schaufeli W.(1996) Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items--results from a multicenter study. Crit Care Med.24(1):64-73.
- Monaghan A (2005) Detecting and Managing deterioration in children. Paediatric Nursing 17.1 p32.
- NICE (2007) Acutely Ill patients in Hospital: Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. London. NICE
- Nichol, Graham et al (2007) Recommended guidelines for monitoring, reporting, and conducting research on medical emergency team, outreach, and rapid response systems. circulation,
- OE (2011) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

- O'Loughlin K., Ruparelia K., Vince T., Bedford S., Drysdale S.B., Broughton S. (2012) The effectiveness of the paediatric early warning tool (PEWT) in identifying children requiring admission to a critical care unit Archives of Disease in Childhood.
- Parshuram C.S., Duncan H.P., Joffe A.R., Farrell C.A., Lacroix J.R., Middaugh K.L.(2011) Multicentre validation of the bedside paediatric early warning system score: A severity of illness score to detect evolving critical illness in hospitalised children Critical Care,
- [Pollack MM](#), [Patel KM](#), [Ruttimann UE](#)(1996) PRISM III: an updated Pediatric Risk of Mortality score, [Crit Care Med](#). May;24(5):743-52
- Resuscitation Council (UK) (2005) 'Resuscitation Guidelines.' London. RC.
- Roland, Oliver, Edwards, Mason, Powel (2012) Use of paediatric early warning systems in Great Britain: has there been a change of practice in the last 7 years? Arch Dis Child
- Roland D, Clarke C, Borland ML, Pascoe EM(2010) Does a standardised scoring system of clinical signs reduce variability between doctors' assessments of the potentially dehydrated child?. Journal of Paediatrics & Child Health, March 2010, vol./is. 46/3(103-7) Abstract: AIMS: Clinical assessment of dehydrat
- Royal College of Nursing (2007) 'Standards for Assessing, Measuring and Monitoring Vital Signs in Infants Children and Young People.' London. RCN.
- Rubin S., Bart R., Khemani R (2011) Association of Pediatric Early Warning System Score (PEWS) with ICU and hospital outcome Pediatric Critical Care Medicine
- Rubin S., Marshall L., Gilmore K., Frankel M., Derlighter K., Ostrom K., Zipkin R., Wetzel R (2011) Pediatric early warning system (PEWS) score: Accuracy and inter-rater reliability Critical Care Medicine, December
- Seiger, Maconochie, Oostenbrink e Moll (2013) Validity of different pediatric early warning scores in the emergency department. Pediatrics, October
- Solevag AL, Eggen EH, Schroder J, Nakstad B (2013) Use of a modified pediatric early warning score in a department of pediatric and adolescent medicine. PLoS ONE
- Stenhouse, C. et al. (2000) Prospective evaluation of a modified early warning score to aid detection of patients developing critical illness on a surgical ward. BRJ Anaesth.
- Sterling C, Groba Cb.(2002) An audit of a patient-at-risk trigger scoring system for identifying seriously ill ward patients. Nursing in Critical Care. Vol 7, p215-219.

- Sweney JS, Poss WB, Grissom CK, Keenan HT (2012) Comparison of severity of illness scores to physician clinical judgment for potential use in pediatric critical care triage. *Disaster Medicine & Public Health Preparedness*, June -
- Tibbals J, Kinney S, Dule T, et al.. Reduction of inpatient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results. *Archives of Diseases in Childhood*; 90:1148–52.
- Tume L and Bullock I (2004) Early Warning Tools to identify children at risk of deterioration: a discussion. *Paediatric Nursing*. Vol 16, no 8.
- Yeh, Pollack, Ruttimann, Holbrook e Fields (1984) Validation of a physiologic stability index for use in critically ill infants and children. [Pediatr Res.](#), May;18(5):445-51

## **6. ANEXOS**



## **6.1. ANEXO I – Grelhas de Registo PEWS**



**GRELHA PEWS 0 - 28D**





# (0-28dias)

Avaliação da criança e Escala de Gravidade

Identificação  
Nome  
Idade  
Nº Processo



SINAIS VITAIS E PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE (PEWS)		
Data:	Hora: 09:00	
Preocupação pais/equipa?	✓	
Temperatura (°C)	40	
	39	
	38	
	37	
	36	
	35	
Freqüência Cardíaca (bpm) + Tensão Arterial (mmHg) *	220	
	210	
	200	
	190	
	180	
	170	
	160	
	150	
	140	
	130	
120		
110		
100		
90		
80		
70		
60		
50		
40		
*nota: TA não entra para o Score		
Freq. Card. (valor)	163	
T.R.Capilar	>3"	
	2-3"	
	<2"	
Frequência Respiratória (ciclos/min)	80	
	70	
	60	
	50	
	40	
	30	
20		
Freq Resp (valor)	65	
Moderado/Grave		
SDR	Ligeiro ✓	
	Sem SDR	
SpO <sub>2</sub> (%)	< 90%	
	90-94%	
	≥ 94%	
Valor SpO <sub>2</sub>	96%	
O <sub>2</sub> FIO <sub>2</sub> >30% ou >4L/min	15L	
	FIO <sub>2</sub> <30% ou <4L/min	
Sem O <sub>2</sub>		
Nível Dor /Não reactivo	✓	
Consciência	Voz	
(AVPU*)	Alerta	
Dor * (NIPS)	0	
SCORE TOTAL	7	
Enfermeiro	FM	
ACÇÕES	0-1	Avaliar 1x/turno (ou antes, em SOS).
	2	Avaliar 4h/4h (ou antes, em SOS)
	3	Avaliar 1h/1h. Informar pediatra.
	4	Avaliar 30'/30'. Informar pediatra com urgência .
	≥5	Monitorização contínua. Chamada emergente para pediatra. Se compromisso da via aérea, preparar carro de emergência.

\* Nota: os valores de TA, AVPU e Dor não são considerados para a atribuição de pontuação à escala PEWS.



**GRELHA PEWS 28D - 1A**





# (28 dias - 1 Ano)

Avaliação da criança e Escala de Gravidade

Identificação  
Nome  
Idade  
Nº Processo



SINAIS VITAIS E PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE (PEWS)		
Data:	Hora: 09:00	
Preocupação pais/equipa?	✓	
Temperatura (°C)	40	
	39	
	38	
	37	
	36	
	35	
Frequência Cardíaca (bpm)	220	
	210	
	200	
	190	
	180	
	170	
	160	
	150	
	140	
	130	
Tensão Arterial (mmHg) *	120	
	110	
	100	
	90	
	80	
	70	
	60	
	50	
	40	
Freq. Card. (valor)	163	
T.R.Capilar	>3"	
	2-3"	
	<2"	
Frequência Respiratória (ciclos/min)	70	
	60	
	50	
	40	
	30	
	20	
	10	
Freq Resp (valor)	65	
Moderado/Grave		
SDR	✓	
Sem SDR		
SpO <sub>2</sub> (%)	< 90%	
	90-94%	
	≥ 94%	
Valor SpO <sub>2</sub>	96%	
O <sub>2</sub> FIO <sub>2</sub> >30% ou >4L/min	15L	
FIO <sub>2</sub> <30% ou <4L/min		
Sem O <sub>2</sub>		
Nível Dor /Não reactivo	✓	
Consciência Voz		
(AVPU*) Alerta		
Dor * (NIPS)	0	
SCORE TOTAL	9	
Enfermeiro	FM	
ACÇÕES	0-1	Avaliar 1x/turno (ou antes, em SOS).
	2	Avaliar 4h/4h (ou antes, em SOS)
	3	Avaliar 1h/1h. Informar pediatra.
	4	Avaliar 30'/30'. Informar pediatra com urgência.
	≥5	Monitorização contínua. Chamada emergente para pediatra. Se compromisso da via aérea, preparar carro de emergência.

\* Nota: os valores de TA, AVPU e Dor não são considerados para a atribuição de pontuação à escala PEWS.



**GRELHA PEWS 1A - 5A**





# (1 Ano – 5 Anos)

Avaliação da criança e Escala de Gravidade

Identificação  
Nome  
Idade  
Nº Processo



SINAIS VITAIS E PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE (PEWS)		
Data:	Hora: 09:00	
Preocupação pais/equipa?	✓	
Temperatura (°C)	40	
	39	
	38	
	37	
	36	
	35	
Frequência Cardíaca (bpm)	220	
	210	
	200	
	190	
	180	
	170	
Tensão Arterial (mmHg) *	120	
	110	
	100	
	90	
	80	
	70	
Freq. Card. (valor)	112	
T.R.Capilar	>3"	
	2-3"	
	<2" X	
Frequência Respiratória (ciclos/min)	45	
	40	
	35	
	30	
	25	
	20	
Freq Resp (valor)	29	
SDR	Moderado/Grave	
	Ligeiro ✓ Sem SDR	
SpO <sub>2</sub> (%)	< 90%	
	90-94%	
	≥ 94% ✓	
Valor SpO <sub>2</sub>	96%	
O <sub>2</sub>	FI <sub>O<sub>2</sub></sub> >30% ou >4L/min	
	FI <sub>O<sub>2</sub></sub> <30% ou <4L/min 2L	
Nível	Dor /Não reactivo	
Consciência (AVPU*)	Voz ✓	
	Alerta	
Dor * (NIPS)	0	
SCORE TOTAL	4	
Enfermeiro	FM	
ACÇÕES	0-1	Avaliar 1x/turno (ou antes, em SOS).
	2	Avaliar 4h/4h (ou antes, em SOS)
	3	Avaliar 1h/1h. Informar pediatra.
	4	Avaliar 30'/30'. Informar pediatra com urgência .
	≥5	Monitorização contínua. Chamada emergente para pediatra. Se compromisso da via aérea, preparar carro de emergência.

\* Nota: os valores de TA, AVPU e Dor não são considerados para a atribuição de pontuação à escala PEWS.



**GRELHA PEWS 5A - 12A**





# (5 Anos – 12 Anos)

Avaliação da criança e Escala de Gravidade

Identificação  
Nome  
Idade  
Nº Processo



SINAIS VITAIS E PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE (PEWS)		
Data:	Hora: 09:00	
Preocupação pais/equipa?	✓	
Temperatura (°C)	40	
	39	
	38	
	37	
	36	
	35	
Frequência Cardíaca (bpm)	220	
	210	
	200	
	190	
	180	
	170	
Tensão Arterial (mmHg) *	160	
	150	
	140	
	130	
	120	
	110	
Freq. Card. (valor)	112	
T.R.Capilar	>3"	
	2-3"	
	<2" X	
Frequência Respiratória (ciclos/min)	45	
	40	
	35	
	30	
	25	
	20	
Freq Resp (valor)	29	
SDR	Moderado/Grave	
	Ligeiro	
	Sem SDR ✓	
SpO <sub>2</sub> (%)	< 90%	
	90-94%	
	≥ 94% ✓	
Valor SpO <sub>2</sub>	96%	
O <sub>2</sub>	FiO <sub>2</sub> >30% ou >4L/min	
	FiO <sub>2</sub> <30% ou <4L/min	
	Sem O <sub>2</sub> 2L	
Nível	Dor /Não reactivo	
Consciência (AVPU*)	Voz ✓	
	Alerta	
Dor * (NIPS)	0	
<b>SCORE TOTAL</b>	<b>3</b>	
Enfermeiro	FM	
<b>ACÇÕES</b>	0-1	Avaliar 1x/turno (ou antes, em SOS).
	2	Avaliar 4h/4h (ou antes, em SOS)
	3	Avaliar 1h/1h. Informar pediatra.
	4	Avaliar 30'/30'. Informar pediatra com urgência .
	≥5	Monitorização contínua. Chamada emergente para pediatra. Se compromisso da via aérea, preparar carro de emergência.

\* Nota: os valores de TA, AVPU e Dor não são considerados para a atribuição de pontuação à escala PEWS.



**GRELHA PEWS 12A – 18A**







## **6.2. ANEXO II – Abordagem ABCDE**



<b>Tabela 7 – Intervenções na abordagem ABCDE</b>			
	<b>Objetivo</b>	<b>Detetar</b>	<b>Intervenções</b>
<b>Airway Via aérea (VA)</b>	<b>Permeabilização da VA</b>	<p>Obstrução da VA (OVA), por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreções;</li> <li>• Vômito;</li> <li>• Corpo estranho;</li> <li>• Estruturas anatómicas (depressão do estado de consciência, posicionamento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirar</li> <li>• Posicionar</li> <li>• Utilizar adjuvantes da VA (tubo de guedell ou tubo nasofaríngeo)</li> </ul>
<b>Breathing Respiração</b>	<b>Manter a ventilação e oxigenação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assimetria da expansão torácica</li> <li>• SDR</li> <li>• SpO<sub>2</sub> &lt; 95%</li> <li>• Cianose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar expansão torácica</li> <li>• Monitorizar SpO<sub>2</sub></li> <li>• O<sub>2</sub> suplementar para SpO<sub>2</sub>&gt;95%</li> <li>• Considerar gasimetria.</li> <li>• Considerar entubação NG/OG</li> </ul>
<b>Circulation Circulação</b>	<b>Assegurar a circulação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia ativa (pós-operatório)</li> <li>• Palidez, sudorese, má perfusão periférica</li> <li>• Aumento do TRC</li> <li>• Taquicárdia,</li> <li>• Pulso fino/irregular</li> <li>• Hipotensão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização cárdio-respiratória</li> <li>• Controlar hemorragia</li> <li>• Ponderar Avaliar glicémia capilar</li> <li>• Providenciar acesso venoso</li> <li>• Considerar reposição de volémia (fluidos e.v.)</li> </ul>
<b>Disability Disfunção Neurológica</b>	<b>Avaliar a função neurológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração do estado de consciência</li> <li>• Convulsões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar AVPU (se U – considerar OVA eminente)</li> <li>• Avaliar tamanho, reflexo e simetria pupilar</li> <li>• Procurar sinais focais ou lateralização da força motora Constatar administração recente de sedativos ou opióides.</li> <li>• Avaliar glicémia capilar</li> <li>• Considerar administração de anticonvulsivantes</li> </ul>
<b>Exposure Exposição</b>	<b>Manter a temperatura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipo/hipertermia</li> <li>• Alterações nos segmentos corporais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar temperatura corporal</li> <li>• Adequar temperatura ambiente</li> <li>• Ponderar aquecimento ativo (calor radiante, cobertores aquecidos, soro e.v. aquecido)</li> <li>• Ponderar administração de antipirético</li> </ul>



## **APÊNDICES**



**APÊNDICE I - Ficha de levantamento de dados sobre saúde oral/hábitos  
higiene oral das crianças/jovens da Consulta de Saúde Infantil/Juvenil**





**Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**MÓDULO I – Cuidados de Saúde Primários**

**Saúde Oral das Crianças e Jovens**

**Identificação da criança/jovem:**

Nome (iniciais):

Idade:

**Tem dentes com cárie dentária?**

- Sim      Se sim, quantos? \_\_\_\_ (Dentição de leite); \_\_\_\_ (Dentição definitiva)
- Não

**Cuidados preventivos:**

- Lavagem dentes
- Duas ou mais vezes por dia
- Uma vez por dia
- Às vezes
- Nunca
- Utilização fio dentário (*a partir dos 8-10 anos*)
- Mais de uma vez por dia
- Uma vez por dia
- Algumas vezes por semana
- Algumas vezes por mês
- Nunca
- Utilização de dentífrico com flúor
- Alguma destas vezes é realizada ao deitar?
- Sim
- Não



**APÊNDICE II - Relatório da Sessão de Formação “Ajude-nos a Cuidar – a  
Importância da Higiene na Saúde das Crianças”**





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

***RELATÓRIO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO  
“AJUDE-NOS A CUIDAR – A IMPORTÂNCIA DA  
HIGIENE NA SAÚDE DAS CRIANÇAS”***

Elaborado por Ana Lopes, sob a orientação da Enf.<sup>a</sup> S. A. (Enfermeira  
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da USF)

Lisboa, 2015



# 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) de um Agrupamento de Centros de Saúde da região da Grande Lisboa, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa.

Tendo por base o diagnóstico de situação realizado para este contexto e um dos objetivos nele definidos, o de “*Promover a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, ao nível dos cuidados de saúde primários*”, surgiu como pertinente a promoção da saúde oral e a prevenção da cárie dentária nas crianças/jovens da população abrangida pela USF onde foi realizado o estágio.

Com a observação e o acompanhamento de algumas consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil da USF, identificou-se um elevado número de crianças e jovens com cárie dentária e com hábitos de higiene oral inexistentes ou incorretos e, após reunião informal com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora, foi possível identificar uma necessidade formativa na área da promoção da saúde oral das crianças e jovens da localidade da USF.

Essa necessidade foi confirmada pela realização de um levantamento de dados acerca do estado da saúde oral e dos hábitos de higiene oral das crianças e jovens que recorrem à USF. Embora apenas tenha sido possível realizar este levantamento de dados junto de 20 crianças/jovens e seus familiares, confirmou-se a necessidade formativa na área, uma vez que:

- das 20 crianças, 7 possuíam cárie dentária;
- das 20 crianças, apenas 11 cumpriam a escovagem dos dentes, pelo menos duas vezes por dia (sendo uma delas, obrigatoriamente à noite), enquanto as restantes apenas lavavam os dentes uma vez por dia ou não lavavam os dentes de todo;
- das 20 crianças, apenas 3 se encontravam na faixa etária onde é recomendada a utilização do fio dentário, sendo que, no entanto, nenhuma delas o utilizava na sua higiene oral diária.

Efetivamente, apesar das várias medidas implementadas em Portugal pela DGS (com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e outros), são ainda detetados muitos casos de cárie dentária em crianças e jovens, sendo perceptível também uma inadequada promoção da saúde oral por parte destes e dos seus familiares (tanto pelos maus hábitos alimentares, como pela não escovagem dos dentes e/ou utilização de fio dentário).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) delineou para 2020 metas específicas no âmbito da saúde oral, que preconizam que mais de 80% das crianças na Europa estejam livres de cárie dentária (DGS, 2005). Segundo o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (DGS, 2015), para se atingirem os objetivos da OMS em 2020, nas crianças em idade pré-escolar (<7 anos) é fundamental aumentar a eficácia das intervenções preventivas, enquanto nas crianças e jovens em idade escolar ( $\geq 7$  anos e <18 anos) é necessário manter as estratégias já aplicadas com vista à redução do número de doenças orais.

Assim, e com o intuito de atingir o objetivo anteriormente definido, propôs-se a realização de uma sessão de formação para os pais/família de crianças/jovens da área de abrangência da USF onde foi realizado o estágio, com o intuito de promover uma parceria de cuidados, que permitisse melhorar significativamente a saúde oral das crianças/jovens.

Tendo em conta o contexto particular em que nos encontrávamos, onde a adesão a este tipo de iniciativas é diminuta, optou-se por realizar a sessão de formação numa creche/infantário da localidade, de modo a promover uma maior frequência e participação por parte dos pais; deste modo, os pais das crianças não tiveram de se deslocar propositadamente à USF, tendo sido utilizado o momento em que vieram buscar as crianças à creche/infantário, ao final do dia, para realizar a sessão de formação. Outro dos motivos que levou à escolha de uma creche/infantário para a realização da sessão de formação foi o de se ter como principal enfoque os primeiros anos de vida da criança, uma vez que os problemas de saúde oral se podem iniciar desde essa fase e a adoção de adequados hábitos de higiene oral na criança e na sua família é mais eficaz se iniciada e promovida precocemente.

É também de referir que foi solicitado que, para além da temática principal da saúde e higiene oral, fossem abordadas várias áreas temáticas da saúde e

higiene nas crianças, em geral, visto essas terem sido necessidades também identificadas tanto pela USF como pelas entidades escolares da comunidade.

Após esta breve introdução e justificação da temática, seguidamente, é apresentado o plano e a avaliação da sessão de formação. Em apêndice encontram-se os diapositivos (APÊNDICE I) e a folha de avaliação da sessão de formação (APÊNDICE II).



## 2. PLANO DA SESSÃO

**Data:** 26 Maio de 2015

**Hora:** 16h-17h

**Duração:** 1h

**Local:** Centro Social Paroquial da área de abrangência da USF

**Formadores:** Mestranda Ana Lopes, sob a orientação/supervisão da Enf.<sup>a</sup> S. A. (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica da USF)

**Título:** *“Ajude-nos a Cuidar – a Importância da Higiene na Saúde das Crianças”*

**Temas:** Cuidados de Higiene na Criança:

- O Banho e cuidados gerais de higiene;
- A Lavagem das Mãos;
- A Higiene Oral.

**Destinatários:** Pais de crianças até à idade pré-escolar (dos 6 meses aos 5/6 anos).

**Objetivos Pedagógicos:**

- Informar e sensibilizar os pais sobre cuidados de higiene adequados à criança, em particular sobre a higiene oral;
- Promover a parceria de cuidados com os pais com o objetivo de promover a saúde da criança, em particular a saúde oral.

**Metodologias:** expositiva e demonstrativa.

**Recursos:** Formador, computador, projetor de vídeo.

**Metodologia de avaliação:** Realização de teste (inquérito) aos pais sobre temáticas abordadas durante a sessão.

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: - Apresentação dos profissionais e tema	Expositiva	Computador Projetor	Formadora	5 min	Ana Lopes
A importância dos cuidados de higiene para a saúde das crianças	Expositiva Demonstrativa	Computador Projetor	Formadora	5 min	Ana Lopes
O banho e cuidados gerais de higiene	Expositiva Demonstrativa	Computador Projetor	Formadora	10 min	Ana Lopes
A lavagem das mãos	Expositiva Demonstrativa	Computador Projetor	Formadora	10 min	Ana Lopes
A Higiene Oral	Expositiva Demonstrativa	Computador Projetor	Formadora	20 min	Ana Lopes
Avaliação: - Síntese da Sessão - Esclarecimento de dúvidas - Realização de teste - Avaliação da sessão	Expositiva	Computador Projetor Folha Avaliação da Sessão	Formadora	10 min	Ana Lopes

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A sessão de formação contou com a participação de 10 pais, da Enf.<sup>a</sup> Orientadora S. A. e da Educadora do Centro Social Paroquial onde a sessão foi realizada.

A avaliação da sessão foi efetuada através da realização de um teste aos pais que assistiram à sessão de formação, sobre a forma de um pequeno inquérito acerca das temáticas abordadas na sessão, de modo a validar a apreensão e interiorização dos conhecimentos transmitidos. Optou-se, tendo em conta as características da população-alvo e o contexto onde foi realizada a sessão de formação, e com o conselho da Enf.<sup>a</sup> Orientadora, realizar este teste no final da sessão de formação, em grupo. Das várias questões colocadas, acerca das temáticas abordadas, cerca de 90% das respostas dadas pelos pais foram corretas, sendo que a maior dificuldade residiu nos hábitos de higiene oral, em particular, na utilização do fio dentário.

Inicialmente, tinha-se programado a entrega e o preenchimento de um pequeno questionário pelos pais, para avaliação da sessão de formação em si mesma (APÊNDICE II), nomeadamente, sobre a capacidade e competência do formador e a pertinência dos temas abordados. No entanto, não foi possível fazê-lo, uma vez que parte dos pais presentes saíram antes do final da sessão ou não preencheram o questionário entregue.



## 4. CONCLUSÃO

A realização desta sessão de formação foi pertinente, face ao objetivo inicialmente proposto, e permitiu, igualmente, atingir os objetivos específicos definidos no plano da sessão.

De acordo com o feedback transmitido pelos pais, quer ao longo da sessão de formação, quer no seu final, foi possível perceber que, embora esta seja uma temática já muito abordada e do conhecimento geral da população, muito há ainda a fazer em termos de (in) formação aos pais/família, com o objetivo de melhorar a saúde oral e os hábitos de higiene oral das crianças, de modo a alcançar o seu potencial máximo de saúde.

Para além disso, a realização desta sessão de formação permitiu desenvolver competências de enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, não só ao nível da promoção de comportamentos saudáveis na criança e na sua família, bem como na utilização de estratégias motivadoras para a assunção do papel da família na saúde da criança e na promoção da aquisição de conhecimento e aprendizagem de habilidades individualizadas por parte dos pais/família, que permitam o desenvolvimento de competências para gerir o processo específico de saúde/doença da criança (OE, 2010).



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (s.d.) – **Saúde Oral** [em linha] Acedido em 18/04/2015, disponível em <http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/areas-de-intervencao/saude-oral.aspx>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. [em linha] 20 de Outubro de 2010. Acedido em 18/04/2015, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS (2013) - **Mais crianças com seis e 12 anos livres de cáries** [em linha] Acedido em 12/05/2015, disponível em <http://www.omd.pt/noticias/2013/03/caries-criancas-estudo>)



## APÊNDICES



APÊNDICE I – SESSÃO DE FORMAÇÃO “AJUDE-NOS A CUIDAR... A  
IMPORTÂNCIA DA HIGIENE NA SAÚDE DAS CRIANÇAS”



(logotipo da  
instituição)

# Ajude-nos a Cuidar...

A importância da Higiene na Saúde das Crianças

UOP – ISC, Junho de 2015  
Curso de Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediatria

Elaborado por: Enff Ana Lopes (mestranda)  
Com a colaboração de: Enff Sónia Almeida (Enff USP)

Para manter a saúde do nosso corpo precisamos  
de ter alguns cuidados...

Um deles é ter **bons hábitos de higiene**, já que a  
falta deles facilita a entrada de certos “bichinhos”  
no nosso corpo, como os vírus e as bactérias.



Os bebés e as crianças dependem de nós, adultos,  
para manter a saúde e higiene do seu corpo...

Por isso, a ajuda e o apoio dos pais e restante  
família são fundamentais!



À medida que as crianças vão crescendo também  
é importante ensiná-las a cuidar da sua própria  
higiene, criando desde cedo rotinas e  
promovendo, gradualmente, a sua autonomia nos  
cuidados pessoais



Quais são os bons  
*“hábitos de higiene”*  
que uma criança deve ter?

## O Banho

*É importante tomar banho todos os dias!*

Limpa a pele das sujidades do dia-a-dia

Remove o suor/maus cheiros e o excesso de oleosidade

Previne infecções e outros problemas como as micoses<sup>†</sup> ou os piolhos<sup>††</sup>



## Piolhos???

Os piolhos são pequenos parasitas que podem aparecer no cabelo/couro cabeludo

Podem dar muita comichão na cabeça...  
Numa fase mais avançada, podem aparecer pequenas feridas/crostras na cabeça...



Pode-se apanhar piolhos através do contacto próximo ou partilhando peças de roupa/pentes/escovas com alguém que os tenha

## Como prevenir ?

### INSPECCIONAR A CABEÇA DA CRIANÇA

Deve-se observar a cabeça da criança, especialmente nas zonas mais húmidas, na nuca e atrás das orelhas, e dos restantes membros da família, para verificar se existe alguma lêndeia ou piolho.

### EVITAR PARTILHAR ROUPAS E CHAPÉUS

Ao brincar as crianças têm maior contacto umas com as outras. É essencial incentivar as crianças a não partilhar roupas, lenços, chapéus, almofadas, escovas ou pentes, de forma a diminuir o risco de contágio.

## O Banho

Água  
+  
Gel de banho/  
Sabonete

A água do  
banho não  
deve estar  
muito quente

O banho não  
deve demorar  
mais do que  
5-10 minutos



## O Banho



Lavar o cabelo quando este estiver sujo/oleoso

Pentear o cabelo todos os dias



Depois do banho, vestir roupa limpa, especialmente a roupa interior

Colocar os sapatos usados a arejar, para evitar maus cheiros

## E não esquecer...



Cortar as unhas, quando estas estiverem muito compridas



Limpar os ouvidos, mas apenas na parte de fora



Pedir à criança para se assoar/limpar o nariz

## Lavar as mãos

- Porquê?
  - As mãos são as principais vias de transmissão de vírus/bactérias e, por isso, a lavagem das mãos pode evitar o desenvolvimento e transmissão de doenças de umas pessoas para outras.
- Quando?
  - Ao chegar a casa ou à escola
  - Antes e depois das refeições
  - Depois de ir à casa de banho
  - Quando as mãos estiverem sujas



## Crianças que ainda usam fralda...

- Limpar bem a urina/fezes com toalhetas (limpar sempre da frente para trás, em especial nas meninas)
- Pôr pomada para proteger a pele de assaduras
- Colocar fralda limpa
- Evitar que a criança mexa na fralda suja

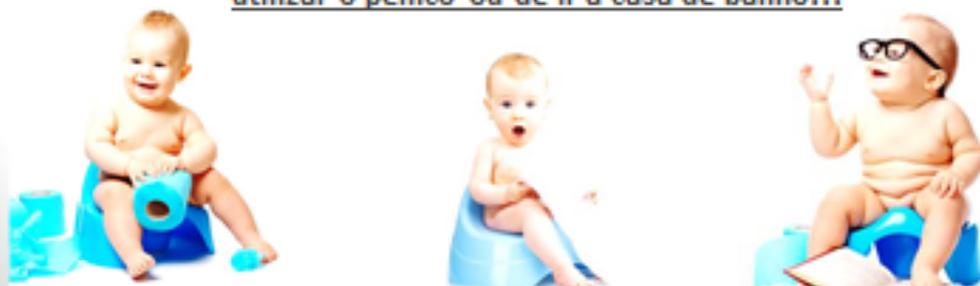
**Lavar muito bem as mãos depois de mudar a fralda!!!**



### Crianças que usam penico/sanita...

- Confirmar se o penico/sanita estão limpos
- Evitar que a criança mexa na urina/fezes
- Limpar bem a urina/fezes com papel higiénico (limpar sempre da frente para trás, em especial nas meninas)
- Se a criança utilizar o penico, o conteúdo (fezes e/ou urina) deve ser mandado fora pela sanita e o penico deve ser lavado; se a criança utilizar a sanita, não se esqueça de puxar o autoclismo!

**Lavar muito bem as suas mãos e as da criança depois de utilizar o penico ou de ir à casa de banho!!!**



## Higiene Oral

A **Higiene Oral** diz respeito aos cuidados que devemos ter com a boca e com os dentes para que estes cresçam e se mantenham saudáveis!



## Higiene Oral

- Normalmente os primeiros dentinhos aparecem entre os 6 e os 8 meses.

- Até aos 2-3 anos nascem todos os "dentes de leite", que são 20 no total.



- Entre os 5 e os 7 anos os "dentes de leite" começam a cair e surgem os dentes definitivos, que são 32 no total e que devem durar para o resto da vida!



## Higiene Oral

### Verdade ou Mentira ?

- Não faz mal se os dentes de leite se estragarem, por exemplo, tiverem cáries, porque depois vão cair e nascer outros novos? **FALSO!**
- Comer muitos doces pode fazer com que a cárie apareça nos dentes? **VERDADEIRO!**
- Não se deve lavar os dentes das crianças antes dos 2/3 anos de idade? **FALSO!**
- As crianças a partir dos 2/3 anos de idade já podem lavar os dentes sozinhas? **FALSO!**
- Só os adultos é que devem usar fio dentário? **FALSO!**

## Higiene Oral

O que fazer para que os dentes da criança sejam saudáveis?

- **Alimentação saudável**
  - Evitar doces, guloseimas e refrigerantes, em particular no intervalo das refeições!!!
- **Higiene Oral correta**
  - Escovagem dos dentes
  - Uso de pasta de dentes com flúor
  - Uso de fio dentário
- **Vigilância no Centro de Saúde/Dentista**



## Higiene Oral

- A higiene oral deve começar logo que os dentes nascem.
- Escovar os dentes é essencial para a saúde, ajuda a manter os dentes e gengivas da criança saudáveis e previne o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas.
- Utilizar uma pasta de dentes com flúor ajuda a fortalecer os dentes e previne também as cáries.
- O uso do fio dentário remove a placa bacteriana que a escovagem pode ter deixado para trás.

## A Cárie Dentária



## Higiene Oral

## Escova de Dentes

- A escova de dentes é um objecto pessoal e intransmissível, ou seja, cada pessoa deve usar apenas a sua escova de dentes e não a deve partilhar com ninguém.
- O tamanho da escova deve ser adequado à boca da criança e a textura das cerdas deve ser macia, para não magoar as gengivas da criança.
- A escova deve ser guardada em lugar seco, com os pêlos voltados para cima, e deve ser substituída quando os pêlos começam a ficar deformados (normalmente de 3 em 3 meses).



## Higiene Oral

## Pasta de Dentes

- A pasta de dentes deve ter FLÚOR na sua composição (1000-1500 ppm de fluoreto).
- Até aos 6 anos, deve colocar-se na escova uma porção de pasta de dentes semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho da criança.
- A partir dos 6 anos, é suficiente usar cerca de 1 cm de pasta de dentes (mais ou menos o tamanho de uma ervilha), por cada escovagem dos dentes.



## Higiene Oral

## Como deve ser feita a escovagem dos dentes?

As características da escovagem numa criança estão dependentes de vários factores, mas essencialmente da idade da mesma.



### 0-3 Anos

Escovagem realizada pelos pais a partir da erupção do 1º dente, 2x/dia (uma obrigatoriamente ao deitar), utilizando uma gaze húmida, dedeira ou escova macia.



### 3-6 Anos

Escovagem realizada progressivamente pela criança, devidamente supervisionada e ajudada pelos pais, 2x/dia (uma das quais obrigatoriamente ao deitar), utilizando uma escova macia. A quantidade de pasta de dentes deverá ser semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho da criança.



### >6 Anos

Escovagem realizada pela criança, devidamente supervisionada e ajudada pelos pais (se não conseguir ainda fazer sozinha), 2x/dia (uma das quais obrigatoriamente ao deitar), utilizando escova macia (ou em alternativa média). A quantidade de pasta de dentes deverá ser do tamanho de uma pequena ervilha.

## Higiene Oral

### Como deve ser feita a escovagem dos dentes?

- Os dentes devem ser escovados, pelo menos **2 vezes por dia**, sendo uma delas à noite, antes de dormir.
- Os dentes devem ser escovados durante 2 a 3 minutos (utilizar um temporizador de cozinha ou uma canção).



## Higiene Oral

### Fio Dentário

- A utilização do fio dentário ajuda a limpar melhor os espaços entre os dentes. Deve ser utilizado uma vez por dia.
- Deve ser iniciada logo que possível, acreditando-se que por volta dos 8-10 anos a criança começa a ter a destreza manual e autonomia necessárias.

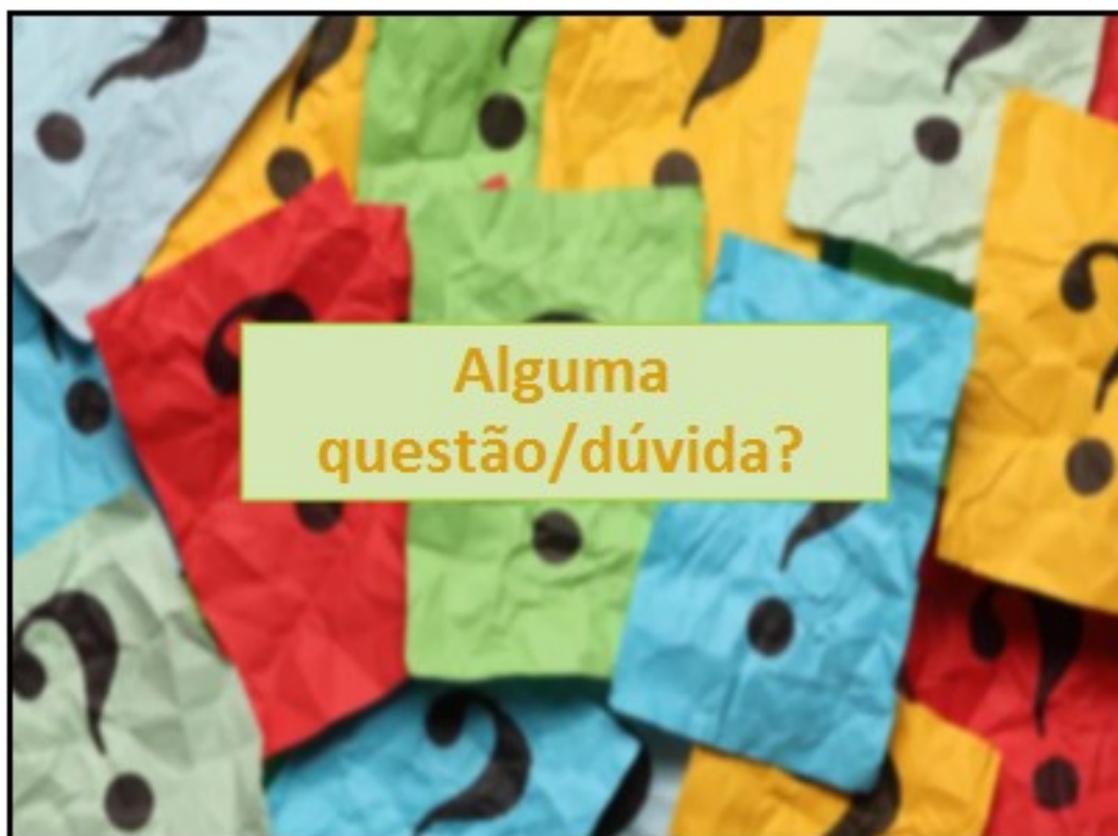




**E não se esqueça...**

**Se quer que o seu filho cresça saudável, dê o exemplo!**





## Ainda se lembram do que falamos?

- ❖ Ter bons hábitos de higiene ajuda a prevenir alguns problemas de saúde?
- ❖ As crianças conseguem manter bons hábitos de higiene sozinhas, sem a ajuda e/ou a supervisão dos pais?
- ❖ Tomar banho todos os dias faz mal à pele da criança?
- ❖ Depois de tomar banho a criança deve vestir a mesma roupa, mesmo que esta esteja suja?
- ❖ As crianças devem lavar as mãos apenas antes das refeições?

## Ainda se lembram do que falamos?

- ❖ Depois de mudar a fralda à criança, deve-se lavar sempre as mãos?
- ❖ Como os dentes de leite vão cair e nascer outros novos no seu lugar, não faz mal terem cáries?
- ❖ Se as crianças comerem muitos doces e beberem refrigerantes/sumos às refeições, podem vir a ter cáries nos dentes?
- ❖ A escovagem dos dentes deve começar assim que nascem os primeiros dentes?

## Ainda se lembram do que falamos?

- ❖ A escovagem dos dentes deve ser feita:
  - ❖ Pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma delas deve ser antes de ir dormir?
  - ❖ Uma vez por dia?
  - ❖ Algumas vezes por semana?
- ❖ A pasta de dentes não precisa de ter flúor?
- ❖ A quantidade de pasta de dentes a colocar na escova deve:
  - ❖ Encher a parte de cima toda da escova de dentes?
  - ❖ Ser semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho da criança, até que esta tenha 6 anos de idade, e depois disso, ser semelhante ao tamanho de uma ervilha?

Obrigada!



APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE  
FORMAÇÃO “AJUDE-NOS A CUIDAR... A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE NA  
SAÚDE DAS CRIANÇAS”





### **Questionário de Avaliação da Sessão de Formação**

**Sessão de Formação:** “Ajude-nos a Cuidar – a Importância da Higiene na Saúde das Crianças”

**Local Formação:** Centro Social Paroquial

**Data:** 26/05/2015

1. De uma maneira geral, gostou desta formação?

Sim

Não

2. Acha que os temas abordados foram úteis e importantes?

Sim

Não

3. Sente que aprendeu alguma coisa?

Sim

Não

4. Sente que o que aprendeu vai ajudar a cuidar melhor do seu filho(a)?

Sim

Não

Sugestões/Comentários

---

---

---

---

**Obrigada pela sua colaboração!**



**APÊNDICE III – Folheto informativo “A Higiene Oral nas Crianças”**



**E** não se esqueça...

### ESCOVA DE DENTES

A escova de dentes é um objecto **pessoal e intransmissível**, ou



seja, cada pessoa deve usar apenas a sua escova de dentes e não a deve partilhar com ninguém.

O **tamanho da escova deve ser adequado à boca da criança e a textura das cerdas deve ser macia**, para não magoar as gengivas da criança.

A escova deve ser guardada em lugar seco, com os pêlos voltados para cima, e deve ser substituída quando os pêlos começam a ficar deformados (normalmente de 3 em 3 meses).



### PASTA DE DENTES

A pasta de dentes deve ter **FLÚOR** na sua composição (**entre 1000-1500ppm**).

(logotipo da instituição)

(logotipo da instituição)

(contactos da instituição)



#### Elaborado por:

Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa

#### Sob a orientação de:

Enf.ª Sónia Almeida, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da USF

2015

# A Higiene Oral nas Crianças

*Ajude o seu filho a ser saudável!*



## A importância da Higiene Oral na Saúde do seu filho...

A **Higiene Oral** diz respeito aos cuidados que devemos ter com a boca e com os dentes para que estes cresçam e se mantenham saudáveis.

A **higiene oral deve começar logo que os primeiros dentes nascem**. Escovar os dentes ajuda a manter os dentes e gengivas saudáveis e previne o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas. Utilizar uma pasta de dentes com flúor ajuda a fortalecer os dentes e previne também as cáries.

### O que é a cárie dentária?

A cárie dentária é um problema de saúde, infelizmente ainda muito comum nas crianças, e que surge associado a uma **alimentação e higiene oral incorretas**.



Quando ingerem alimentos como doces, chocolates, gomas, etc, as bactérias que estão na boca vão formar um ácido que destrói os dentes, levando ao aparecimento das cáries.

### O que fazer para que os dentes da criança sejam saudáveis?

#### Alimentação saudável

- Evitar doces, guloseimas e refrigerantes, em particular no intervalo das refeições!!!



#### Higiene Oral adequada

- Escovagem dos dentes, 2x/dia, uma delas obrigatoriamente ao deitar
- Uso de pasta de dentes com flúor
- Uso de fio dentário, 1x/dia, a partir dos 8-10 anos



- **Vigilância regular dos dentes e gengivas no Centro de Saúde/Dentista**

### Como deve ser feita a escovagem dos dentes?

• **0-3 Anos:** Escovagem realizada pelos pais a partir da erupção do 1º dente, **2x/dia (uma obrigatoriamente ao deitar)**, utilizando uma gaze húmida, dedeira ou escova macia.

• **3-6 Anos:** Escovagem realizada progressivamente pela criança, supervisionada e ajudada pelos pais, **2x/dia (uma das quais obrigatoriamente ao deitar)**, utilizando uma escova macia. A **quantidade de pasta de dentes** deverá ser semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho da criança.

• **>6 Anos:** Escovagem realizada pela criança, supervisionada e ajudada pelos pais, **2x/dia (uma das quais obrigatoriamente ao deitar)**, utilizando escova macia/média. A **quantidade de pasta de dentes** deverá ser do tamanho de uma pequena ervilha.



**APÊNDICE IV – Inquérito sobre necessidades formativas dos profissionais de saúde  
na área da Adolescência e do atendimento ao Adolescente**





**Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**MÓDULO I – Cuidados de Saúde Primários**

**Inquérito Adolescência/Atendimento ao Adolescente**

A realização deste inquérito surge no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, com o principal objetivo de identificar possíveis dificuldades e/ou necessidades formativas na área da Adolescência e do Atendimento ao Adolescente em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

1. Na sua prática profissional contacta com adolescentes e/ou faz atendimento a adolescentes de forma frequente?

Sim

Não

2. Ao longo do seu percurso profissional já recebeu formação sobre Adolescência e/ou sobre o atendimento ao adolescente e sua família?

Sim

Não

3. Sente necessidade formativa em alguma área temática relacionada com a Adolescência e/ou o atendimento ao adolescente?

Sim

Não

3.1. Se sim, em que áreas?

---

---

---

---

Obrigada pela sua disponibilidade



**APÊNDICE V - Relatório da Sessão de Formação “Atendimento ao Adolescente: que desafios?”**





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

***RELATÓRIO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO  
“ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE: QUE  
DESAFIOS?”***

Elaborado por Ana Lopes, sob a orientação da Enf.<sup>a</sup> S. A. (Enfermeira  
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da USF)

Lisboa, 2015



# 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) de um Agrupamento de Centros de Saúde da região da Grande Lisboa, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Tendo por base o diagnóstico de situação realizado para este contexto e um dos objetivos nele definidos, o de *“Desenvolver uma estratégia de assistência sistematizada à criança/jovem e sua família, com vista à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento saudáveis do adolescente”*, surgiu como pertinente a realização de uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar da USF sobre a adolescência e o atendimento ao adolescente.

Esta necessidade foi identificada através de uma reunião informal com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora, onde foram abordados os desafios sentidos pela equipa da USF no atendimento ao adolescente, e confirmada pela posterior realização de um inquérito sobre necessidades formativas na área da adolescência e do atendimento ao adolescente aos vários membros da equipa multidisciplinar da USF.

A este inquérito responderam 15 profissionais, entre eles enfermeiros (generalistas e especialistas) e médicos (de Medicina Geral e Familiar). A totalidade dos profissionais inquiridos confirmaram que na sua prática profissional contacta com adolescentes e/ou faz atendimento a adolescentes de forma frequente. Destes 15 profissionais, 9 referiram nunca ter realizado formação na área da adolescência e/ou sobre o atendimento ao adolescente, sendo esta uma necessidade formativa sentida pela grande maioria dos inquiridos (14 dos 15 profissionais referiram sentir necessidade formativa na área da adolescência e/ou do atendimento ao adolescente). Quando questionados acerca de quais os temas primordiais onde sentiam maior necessidade formativa, dentro desta grande temática, foram referidos: a evicção de comportamentos de risco (8 dos 14 inquiridos); a relação entre o profissional de saúde e o adolescente (5 dos 14 inquiridos); a vida de estudante/necessidade de orientação profissional (4 dos 14 inquiridos); a

promoção de estilos de vida saudáveis (3 dos 14 inquiridos) e a relação do adolescente com os seus pares (2 dos 14 inquiridos).

Efetivamente, embora a adolescência seja uma fase da vida do ser humano com baixos índices de morbilidade e mortalidade em relação a outros grupos etários, é por outro lado uma fase de enormes e complexas transformações decorrentes da transição de criança para a idade adulta; esta fase é constituída por constantes e, por vezes, difíceis mudanças, quer ao nível físico, quer ao nível psicológico, emocional, social e afetivo, entre tantos outros, que por vezes não são bem compreendidas e/ou aceites tanto pelo adolescente, como pela sua família (OE, 2010a). Nas fases mais precoces da adolescência, os pais controlam de uma forma mais próxima a situação de saúde do adolescente, mas à medida que este vai crescendo, a sua autonomia também se vai desenvolvendo, pelo que é importante procurar a parceria de cuidados junto dos pais para o adequado crescimento e desenvolvimento do adolescente, mas nunca esquecendo que o próprio adolescente deve ser progressivamente envolvido e responsabilizado pela promoção da sua saúde (OE, 2010a). Para além disso, é também na faixa etária da adolescência que podem surgir determinados problemas, como os distúrbios alimentares, os consumos nocivos e os comportamentos de risco, entre outros, sendo primordial promover a saúde e os hábitos de vida saudáveis na adolescência, uma vez que é nesta fase que se estabelecem estilos de vida e comportamentos determinantes para a saúde a curto e longo prazo (OE, 2010a).

Assim, e por ter sido uma necessidade identificada no local de estágio em causa, propôs-se a realização de uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar da USF, tendo em conta as necessidades formativas previamente identificadas, com vista a aprofundar conhecimentos na área da adolescência e do atendimento ao adolescente e sua família, procurando uniformizar práticas, de modo a adequar os cuidados de saúde que lhes são prestados.

Após esta breve introdução e justificação da temática, seguidamente, é apresentado o plano e a avaliação da sessão de formação. Em apêndice encontram-se o convite (APÊNDICE I), os diapositivos (APÊNDICE II) e a folha de avaliação da sessão de formação (APÊNDICE III).

## 2. PLANO DA SESSÃO

**Data:** 3 de Julho de 2015

**Hora:** 14h-15h30

**Duração:** 1h30

**Local:** Sala de Formação/Reuniões da USF

**Formadores:** Mestranda Ana Lopes, sob a orientação/supervisão da Enf.<sup>a</sup> S. A. (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica da USF).

**Título:** *“Atendimento ao Adolescente: que desafios?”*

### **Temas:**

- Adolescência – breve revisão de conceitos
- Atendimento ao Adolescente – que desafios?
- Atendimento ao Adolescente – que estratégias?

**Destinatários:** Equipa multidisciplinar de saúde da USF.

### **Objetivos Pedagógicos:**

- Rever conceitos-chave e conhecimentos sobre a Adolescência;
- Identificar os principais desafios e estratégias no Atendimento ao Adolescente;
- Promover uma uniformização dos princípios de atuação no Atendimento ao Adolescente, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

**Metodologias:** expositiva e participativa.

**Recursos:** Formador, computador, projetor de vídeo.

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: - Apresentação dos profissionais e tema - Objetivos	Expositiva	Computador Projektor	Formadora	5 min	Ana Lopes
Adolescência – breve revisão de conceitos	Expositiva Participativa	Computador Projektor	Formadora	15 min	Ana Lopes
Atendimento ao Adolescente – que desafios?	Expositiva Participativa	Computador Projektor	Formadora	15 min	Ana Lopes
Atendimento ao Adolescente – que estratégias?	Expositiva	Computador Projektor	Formadora	15 min	Ana Lopes
Avaliação: - Síntese da Sessão - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação da sessão	Expositiva	Computador Projektor	Formadora	10 min	Ana Lopes

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Na sessão de formação realizada participaram 20 profissionais de saúde da USF, entre eles, enfermeiros, médicos e assistente social.

A avaliação da sessão foi realizada através da entrega e do preenchimento, por parte dos participantes na sessão de formação, de um pequeno questionário sobre a capacidade/competência do formador e sobre a pertinência dos temas abordados (APÊNDICE III). Desta, emanaram os seguintes resultados:

- Em relação à avaliação do formador, 70% dos inquiridos considerou que o formador se situou no nível 5 (muito elevado) em relação à definição de objetivos no início da formação e à capacidade de transmissão de conhecimentos; no que diz respeito ao item “métodos pedagógicos facilitadores da aprendizagem”, 40% dos inquiridos concluiu que o formador se situou no nível 5 e outros 40% no nível 4 (elevado); em relação à disponibilidade do formador no esclarecimento de dúvidas, 80% dos inquiridos manifestou que o formador se situou no nível 5.
- Sobre a avaliação do curso em geral, 80% dos inquiridos considerou que a organização geral do curso teve uma avaliação no nível 5 (muito elevado); 55% dos inquiridos atribuiu à duração do curso uma avaliação no nível 5; 70% dos inquiridos ajuizou que, em relação às expectativas iniciais para o curso, este se situou no nível 5 também.
- No que toca aos conteúdos da formação, 75% dos inquiridos considerou que estes foram relevantes para a função que desempenham na instituição, correspondendo ao nível 5; 85% situou no nível 5 a formação no que diz respeito ao facto de os conteúdos terem sido apresentados de forma coerente e estruturada; 65% avaliou no nível 5 a formação no que diz respeito aos métodos utilizados terem sido adequados aos temas tratados; 60% conferiu o nível 5 à formação no que diz respeito aos temas desenvolvidos atingirem os objetivos propostos inicialmente.



## 4. CONCLUSÃO

A realização desta sessão de formação foi pertinente, face ao objetivo inicialmente proposto, e permitiu, igualmente, atingir os objetivos específicos definidos no plano da sessão. Foi utilizada uma metodologia expositiva, mas que permitiu e incentivou continuamente a participação dos formandos, o que se mostrou bem aceite pelos mesmos; no final da sessão foi realizada uma pequena discussão e partilha de experiências em grupo, o que a enriqueceu.

Para além disso, a realização desta sessão de formação permitiu desenvolver competências de enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma vez que ao realizar esta formação para profissionais de saúde que contactam diariamente com o adolescente e sua família, procurou-se promover uma comunicação entre os profissionais de saúde e o jovem utilizando técnicas apropriadas à sua idade e ao seu estágio de desenvolvimento, bem como sensibilizar os profissionais de saúde para as possíveis estratégias de promoção de comportamentos potenciadores de saúde no jovem, isto com o objetivo de também promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à sua saúde (OE, 2010b). Por fim, e de acordo com os objetivos específicos e competências a desenvolver, definidos pela Universidade Católica Portuguesa (2015), foram identificadas necessidades formativas e promovida a formação em serviço na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Entrevista ao Adolescente**. Cadernos OE, Série I, Número 3, Volume 1.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. [em linha] 20 de Outubro de 2010. Acedido em 18/05/2015, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2015) - Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: **Guia de Estágio**. Instituto Ciências da Saúde.



## APÊNDICES

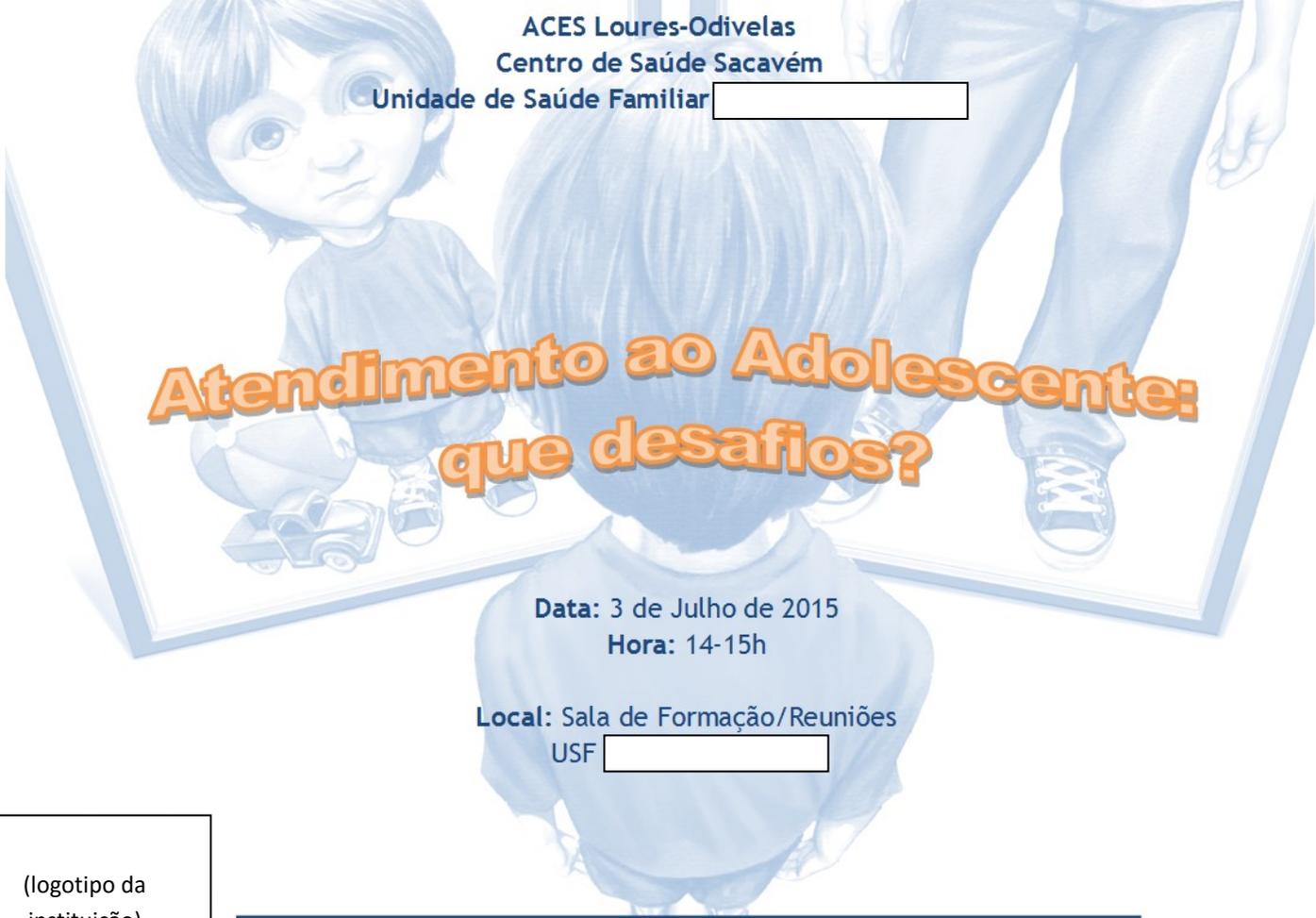


APÊNDICE I – *CONVITE PARA A SESSÃO DE FORMAÇÃO*  
*“ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE: QUE DESAFIOS?”*



ACES Loures-Odivelas  
Centro de Saúde Sacavém

Unidade de Saúde Familiar

An illustration showing a young child on the left and the lower legs and feet of an adult on the right, both rendered in a light blue, semi-transparent style. The child is sitting on the floor with a toy truck. The adult is standing. The background is white with a faint grid pattern.

## Atendimento ao Adolescente: que desafios?

**Data:** 3 de Julho de 2015

**Hora:** 14-15h

**Local:** Sala de Formação/Reuniões

USF

(logotipo da  
instituição)

---

Realizado por Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado/Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, sob a Orientação da Sra. Enf.ª Sónia Almeida

ACES Loures-Odivelas  
Centro de Saúde Sacavém  
Unidade de Saúde Familiar

## Atendimento ao Adolescente: que desafios?

A USF Travessa da Saúde tem o prazer de convidar a participar na Sessão de Formação “*Atendimento ao Adolescente: que desafios?*”, a realizar-se no dia 5 de Junho de 2015, às 14 horas, na Sala de Formação/Reuniões da USF .

(logotipo da  
instituição)

---

Realizado por Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado/Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, sob a Orientação da Sra. Enf.<sup>a</sup> Sónia Almeida

APÊNDICE II – *SESSÃO DE FORMAÇÃO “ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE:  
QUE DESAFIOS?”*





ACES Loures-Odivelas  
Centro de Saúde Sacavém  
Unidade de Saúde Familiar

## Atendimento ao Adolescente: que desafios?

Realizado por Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado/Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do ICS da UCP  
Sob a Orientação da Sra. Enf.ª Sónia Almeida, EE9P da USF



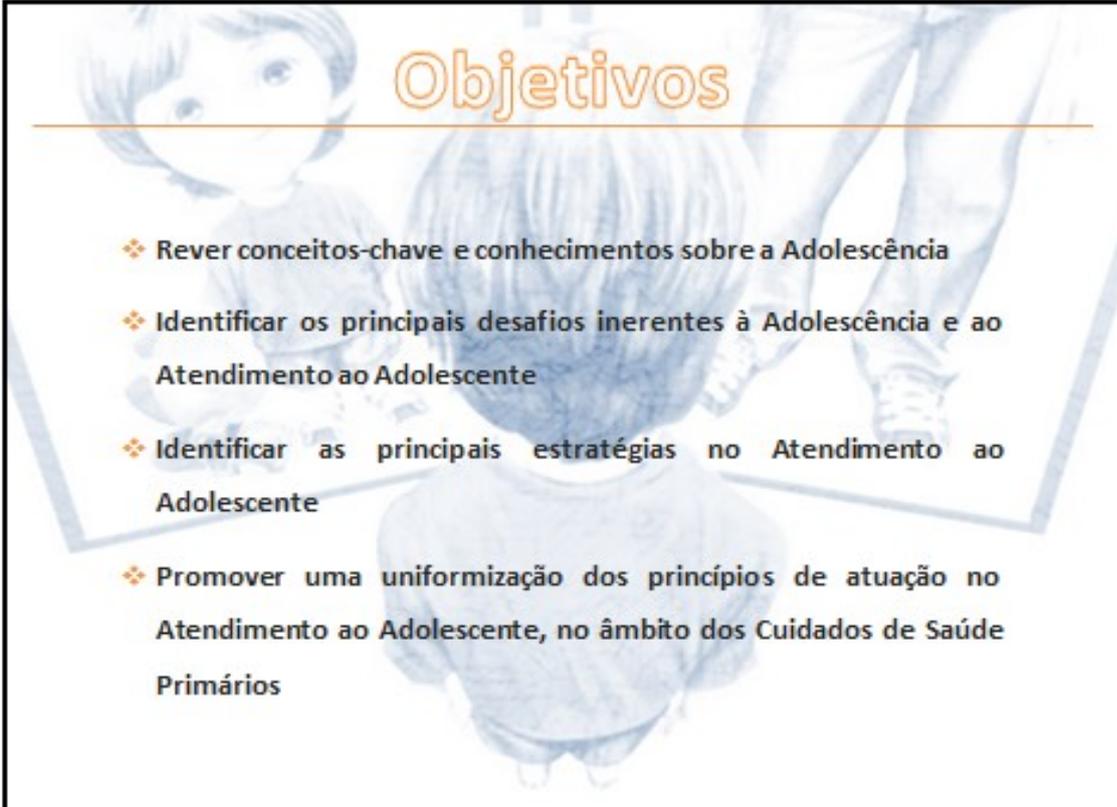
Junho de 2015

(logotipo da  
instituição)

## Índice

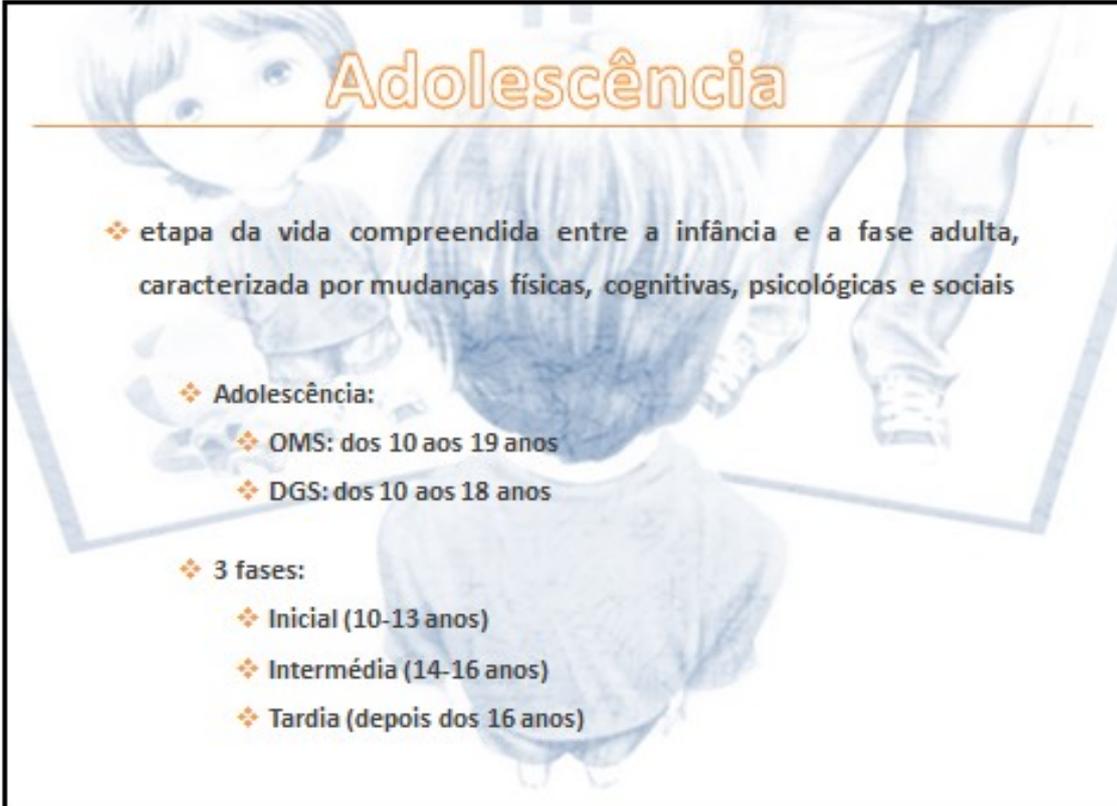
---

- ❖ Objetivos
- ❖ Adolescência – breve revisão de conceitos
- ❖ Atendimento ao Adolescente – que desafios ?
- ❖ Atendimento ao Adolescente – que estratégias?
  - A entrevista; a entrevista motivacional



## Objetivos

- ❖ Rever conceitos-chave e conhecimentos sobre a Adolescência
- ❖ Identificar os principais desafios inerentes à Adolescência e ao Atendimento ao Adolescente
- ❖ Identificar as principais estratégias no Atendimento ao Adolescente
- ❖ Promover uma uniformização dos princípios de atuação no Atendimento ao Adolescente, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários



## Adolescência

- ❖ etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, caracterizada por mudanças físicas, cognitivas, psicológicas e sociais
  - ❖ Adolescência:
    - ❖ OMS: dos 10 aos 19 anos
    - ❖ DGS: dos 10 aos 18 anos
  - ❖ 3 fases:
    - ❖ Inicial (10-13 anos)
    - ❖ Intermédia (14-16 anos)
    - ❖ Tardia (depois dos 16 anos)

# Adolescência

Durante esta etapa do ciclo de vida, o adolescente sofre várias modificações que afectam, sucessivamente, todos os aspectos da sua vida biológica, psicológica e social:

- 1) alterações corporais, com emergência dos caracteres sexuais secundários e vivência de impulsos e tensões desconhecidos;
- 2) emergência da sexualidade, com conquista de um novo tipo de relação com o outro e do espaço individual, implicando modificações na relação com os pais, maior preocupação consigo próprio, vivência de emoções intensas e de inquietações a nível da identidade;
- 3) ao nível do pensamento e da forma de abordar o real (alterações cognitivas), alargamento da perspectiva temporal, maior espírito crítico, maior capacidade de *insight*, maior capacidade de decisão e de autonomia moral e maior capacidade de utilizar a linguagem;
- 4) a nível social (com a emancipação da tutela parental e o estabelecimento de novas relações entre os pares), procura de outros modelos de identificação, organização de uma nova rede relacional e apropriação crítica dos valores sociais e familiares.

Ribeiro e Rosendo, 2011

# Adolescência

## Desenvolvimento psicológico

Desenvolvimento psicosexual (Freud)	Desenvolvimento cognitivo (Piaget)	Desenvolvimento psicossocial (Erikson)	Desenvolvimento Moral (Kohlberg)
Maturidade Sexual Sexualidade dirigida para o outro	Do pensamento concreto ao abstrato	Identidade vs Confusão de Papéis Autonomia e Construção Identidade	Moralidade Convencional

# Adolescência

## Desenvolvimento Cognitivo

Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Tardia
Explora novas competências através do pensamento abstrato limitado	Desenvolve capacidade de pensar de forma abstrata	Pensamento abstrato estabelecido
Explora, embora desajeitadamente, novos valores	Preocupa-se com problemas filosóficos, políticos e sociais	É capaz de ver os problemas de forma abrangente
		Identidade intelectual e funcional estão estabelecidas

HOCKENBERRY; WILSON, 2006

# Adolescência

## Identidade

Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Tardia
Preocupa-se com as rápidas mudanças corporais	Modifica a imagem corporal	Imagem corporal e definição do papel sexual estão quase estabelecidos
Experimenta vários papéis	Fica muito autoconcentrado; aumento do narcisismo	Fase de consolidação da identidade
Mede a atração pela aceitação ou rejeição dos pares	É idealista	Estabilidade da autoestima
Conforma-se com as normas do grupo	Compreende implicações futuras de comportamentos e decisões atuais	Fica confortável com o crescimento físico
		Papéis sociais definidos e articulados

HOCKENBERRY; WILSON, 2006

# Adolescência

## Relacionamentos - Pais

Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Tardia
Define fronteiras de independência vs dependência	Vive grandes conflitos a respeito da independência vs controlo	Afirma-se uma completa separação emocional e física dos pais
Mostra forte desejo em permanecer dependente dos pais enquanto tenta desvincular-se destes	Maior impulso para a emancipação	Independência da família com menos conflito
Sem grandes conflitos com o controlo por parte dos pais	Desprendimento emocional final e irreversível dos pais	Emancipação quase assegurada

HOCKENBERRY; WILSON, 2006

# Adolescência

## Relacionamentos - Pares

Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Tardia
Procura vínculos com os pares para compensar a instabilidade gerada pelas rápidas mudanças	Forte necessidade de identidade para afirmar a auto-imagem	Diminui a importância do grupo de pares em favor da amizade individual
Luta por domínio e lugar dentro do grupo de pares	Padrões de comportamento estabelecidos pelo grupo de pares; aceitação pelos pares extremamente importante – medo da rejeição	
Aumentam as amizades íntimas e idealizadas com membros do mesmo sexo	Exploração da capacidade de atrair o sexo oposto	

HOCKENBERRY; WILSON, 2006

# Adolescência

Sexualidade		
Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Tardia
Ocorre autoexploração e avaliação	Identificação interna de atrações heterossexuais, homossexuais ou bissexuais	Forma relacionamentos estáveis e vínculos
Há poucos encontros, geralmente socializando com o grupo	Explora a "auto-atração"	Capacidade cada vez maior para o mutualismo e a reciprocidade
Intimidade é limitada	Sensação de "estar apaixonado"	A intimidade envolve compromisso em vez de exploração e romantismo
	Tentativa de estabelecimento de relacionamentos	

HOCKENBERRY; WILSON, 2006

# Adolescência

Ser Adolescente na...		
Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Tardia
Amplas oscilações de humor	Tendência para experiências internas, mais introspectivo	Emoções mais estáveis
Intensos "devaneios"	Tendência para se retrair quando se sente aborrecido ou magoado	Raiva tem maior probabilidade em ser ocultada
Raiva expressa com mau humor, crises de raiva e agressões verbais	Oscilação de emoções	
	Sentimentos de inadequação; dificuldade em pedir ajuda	

HOCKENBERRY; WILSON, 2006

# Adolescência

*"...complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (...) conjunto de tarefas que envolvem a busca de identidade, autonomia crescente e mudanças a nível físico, cognitivo e social..."*

OE, 2010

Se estas ocorrerem de forma adequada, o adolescente transforma-se num adulto autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade

OE, 2010

A adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro

# Adolescência

*"... a especificidade das necessidades e dos problemas de saúde dos adolescentes e dos jovens resulta, não tanto de patologia do foro médico, mas, sobretudo, das repercussões possíveis de alguns padrões de conduta, da ocorrência de determinados eventos e do mal-estar psico-afetivo, relacional e ambiental que podem interagir com o crescimento e o desenvolvimento..."*

OE, 2010

## Atendimento ao Adolescente – que desafios ?

O adolescente é por regra um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde; para além disso, o hábito da vigilância de saúde nos primeiros anos de vida quebra-se a partir da idade escolar, perdendo-se por vezes a oportunidade de identificar precocemente determinados problemas, próprios desta idade, e de fazer promoção da saúde



Os cuidados de saúde primários possuem um importante papel na vigilância de saúde, deteção precoce de potenciais problemas e na promoção da adopção de estilos de vida saudáveis que permitirão ao adolescente vir a ser um adulto feliz, saudável e realizado...

## Atendimento ao Adolescente – que desafios ?

- ❖ A Direção-Geral da Saúde recomenda a realização de consultas de vigilância de saúde aos:
  - ❖ 10 anos;
  - ❖ 11-13 anos;
  - ❖ 15 anos;
  - ❖ 18 anos.
  
- ❖ E, sempre que for considerado necessário/pertinente, quer pelo Enfermeiro/Médico de Família, quer pelo próprio adolescente/família!

## Atendimento ao Adolescente – que desafios ?

Estas consultas têm como principais objetivos:

- ❖ promover a auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido;
- ❖ fazer o acompanhamento de todas as transformações que acontecem neste período construindo um espaço e tempo ideal para esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências, prevenção e detecção precoce de disfunções/alterações, assim como acompanhamento dos processos e estratégias de resolução das diferentes pequenas grandes crises que caracterizam esta fase;
- ❖ Realizar promoção e adopção de estilos de vida saudáveis (em continuidade com o trabalho em idades mais precoces) que, uma vez assimilados nesta idade, na maioria dos casos se manterão na vida adulta.

Ribeiro e Rosendo, 2011

## Atendimento ao Adolescente – que desafios ?

10 – 18 A			
PARÂMETROS A AVALIAR			
	10 A	12-13 A	15-18 A
Peso			
Altura			
IMC*/Percentil			
TA			
Pele	1	1	1
Dentição	2, 3	2, 10	2
Visão**	4		
Audição			
Postura			
Estádio pubertário***			
Exame físico****		11	11
Desenvolvimento Psicoafetivo e Social	5	5, 12	12, 13
Sinais/sintomas de alerta	6, 7, 15	6, 7, 15	6, 7
Vacinação	8	8	8
Risco de Maus Tratos*****			
Segurança do ambiente	9	9	9, 14

DGS, 2013

## Atendimento ao Adolescente – que desafios ?

10 – 18 A

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	10 A	12-13 A	15-18 A
Puberdade*	1	1	1
Alimentação	2	2	2
Atividade física	3	3	3
Hábitos de sono	4	4	4
Saúde oral	5	5, 14	5
Escola	6	6	6, 18
Família	7	7	7
Amigo(a)s	8	8	8
Tempos livres	9	9	9
Cidadania	10	10	10
Sexualidade	11	15	19
Segurança e acidentes	12	16	16
Consumos nocivos, riscos	13	13	13
Violência e maus tratos**		17	17
Higiene			

DGS, 2013

## Atendimento ao Adolescente – que desafios ?

*Os profissionais de saúde têm a percepção de que a transmissão da adequada informação aos adolescentes é parte fundamental para que estes venham a desenvolver uma vida saudável.*

**No entanto, a transmissão de informação não é suficiente para provocar mudanças.**

A motivação ou desejo de mudança para alterar comportamentos e hábitos não saudáveis depende de muitos fatores, entre eles, **“...a motivação intrínseca, a seleção e controlo pessoal de decisões, a auto-confiança e a percepção da eficácia, a ambivalência pessoal e ajuda individualizada, entre outros.”**

OE, 2010

## Atendimento ao Adolescente – que desafios ?

Os problemas de saúde dos adolescentes resultam da sua incapacidade de avaliar corretamente riscos e benefícios em simultâneo com uma maior propensão para o envolvimento em comportamentos de risco



Efeitos adversos sobre o desenvolvimento global e o bem-estar do adolescente, incluindo comportamentos que causam danos físicos imediatos (p.e. acidentes e violência), bem como comportamentos negativos com efeitos cumulativos (p.e. uso de substâncias psicoactivas, restrições alimentares,...)

Os comportamentos de risco podem ainda afectar um desenvolvimento bem-sucedido por privarem os adolescentes de participarem em experiências "típicas" da sua faixa etária (p.e. abandono escolar, gravidez precoce)

ANDRETTA e OLIVEIRA, 2003

## Atendimento ao Adolescente – que desafios ?



## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?



OE, 2010; SPP

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

### Pré-requisitos para a relação / comunicação com o adolescente

O entrevistador deverá:

- ❖ Possuir conhecimentos sobre o desenvolvimento da adolescência, estratégias de comunicação, recursos terapêuticos disponíveis;
- ❖ Acolher de forma cordial e compreensiva;
- ❖ Demonstrar disponibilidade;
- ❖ Assegurar a confidencialidade\* e o direito à privacidade;
- ❖ Conhecer as expectativas do adolescente e família;
- ❖ Dirigir as questões e as explicações diretamente ao adolescente, mesmo quando está com os pais – *O Adolescente é o protagonista!*;

OE, 2010

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

### Pré-requisitos para a relação / comunicação com o adolescente

O entrevistador deverá:

- ❖ Utilizar uma linguagem simples e realista (não usar termos técnicos ou “calão”), adequando as palavras, gestos, expressão facial e tom de voz;
- ❖ Escutar o adolescente e considerar seriamente e com respeito todos os seus comentários, preocupações ou questões;
- ❖ Não induzir a resposta, pressionar ou criticar o tipo de linguagem que o adolescente utiliza;
- ❖ Evitar juízos de valor;
- ❖ Reforçar competências, comportamentos positivos e auto-estima;

OE, 2010

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

### Pré-requisitos para a relação / comunicação com o adolescente

O entrevistador deverá:

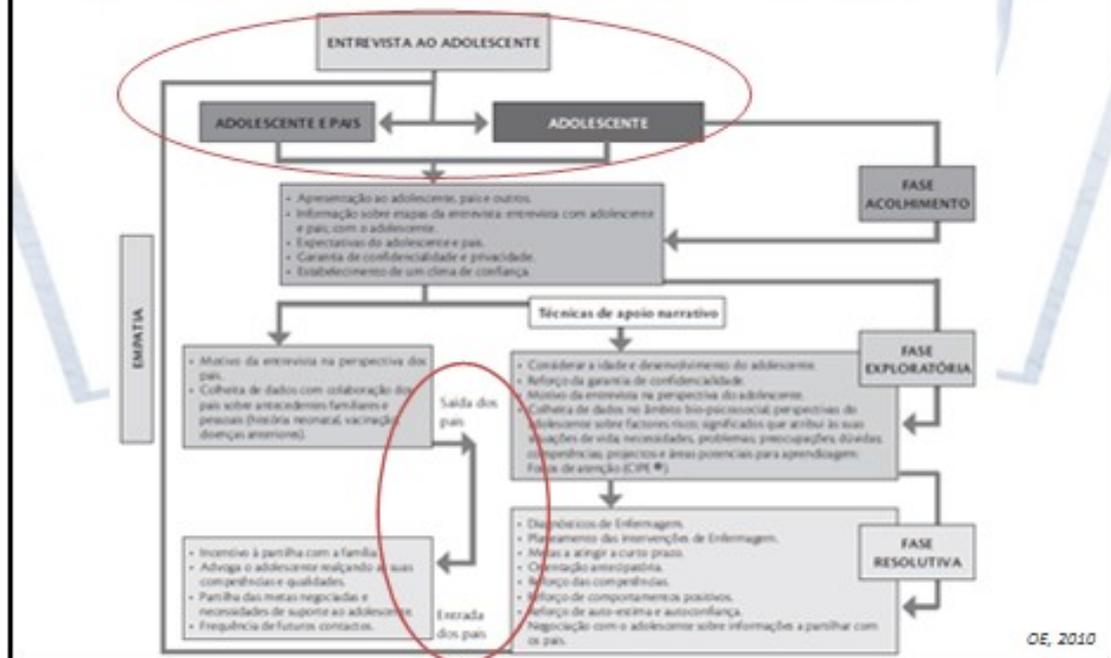
- ❖ Evitar interrupções (entrada de outras pessoas, chamadas telefônicas);
- ❖ Escrever pouco e escutar mais, para assegurar a confiança, sobretudo nos assuntos mais sensíveis, dando apoio e compreensão;
- ❖ Captar mensagens não verbais e registrar mentalmente as impressões iniciais sobre o adolescente (roupas, postura, gestos, estado de ânimo, forma como se expressa, silêncios, pausas, choro, expressão da face, nervosismo, tom de voz, ...);
- ❖ Atuar como mediador (existem situações em que é necessário expor ao adolescente a conveniência dos pais se inteirarem da situação, sobretudo se existe risco para a sua saúde).

OE, 2010

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?



## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?



## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

### Entrevista Motivacional

#### Entrevista centrada no adolescente

Pretende-se que o adolescente reflita sobre o seu problema, sendo apoiado e motivado para fazer as suas próprias escolhas e mudanças de atitude

Tem como objetivo principal ajudar o adolescente nos processos de mudanças comportamentais, eliciando a resolução da ambivalência para mudanças de comportamento

OE, 2010; ANDRETTA e OLIVEIRA, 2005

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

Na entrevista com o adolescente, a abordagem dos aspectos psicossociais adquire uma particular importância e permite conhecer melhor, quer pontos fortes, quer factores de vulnerabilidade pessoal, face aos diferentes contextos de vida.

DGS, 2013

- H – *home* (casa, família)
- E – *education e employment* (escola e emprego)
- E – *eating* (alimentação)
- A – *activities* (atividades desportivas e de lazer)
- D – *drugs* (consumos, adicção)
- S – *sexuality* (sexualidade)
- S – *Suicide* (depressão, suicídio, humor)
- S – *Safety* (segurança, acidentes, violência)

DGS, 2013 citando Goldenring e Cohen, 1985

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

CASA	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Onde moras? Há quanto tempo estás nessa casa?</li><li>▪ Com quem vives?</li><li>▪ Tens um quarto só para ti?</li><li>▪ Como é o relacionamento entre os membros da família?</li><li>▪ De quem te sentes mais próximo(a)?</li><li>▪ Alguém saiu de casa recentemente? Há alguém de novo?</li></ul>
ESCOLA	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Em que escola andas? Como é a escola? Mudaste recentemente?</li><li>▪ Quais as disciplinas que preferes? E as que menos gostas?</li><li>▪ Tens amigo(a)s na escola?</li><li>▪ Como é o teu aproveitamento? Modificou-se recentemente?</li><li>▪ Que planos tens quanto ao futuro?</li><li>▪ Trabalhas? Onde? Qual o horário de trabalho?</li></ul>
ALIMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ De que é que gostas e não gostas no teu corpo?</li><li>▪ O teu peso alterou-se recentemente? De que modo?</li><li>▪ O que é para ti uma dieta saudável? É a que fazes?</li><li>▪ Já fizeste dieta alguma vez?</li><li>▪ Praticas exercício diariamente?</li></ul>
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O que fazes quando estás com o(a)s amigo(a)s?</li><li>▪ Praticas algum desporto? Quantas vezes por semana?</li><li>▪ O que fazes quando estás com a tua família?</li><li>▪ Tens alguma outra atividade organizada (grupo de jovens, escuteiros, voluntariado, etc)?</li><li>▪ Tens alguns hobbies? Gostas de ler? Que livro estás a ler agora?</li><li>▪ Quantas horas de televisão vês por dia? E computador? E vídeo-jogos?</li></ul>

DGS, 2013

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

CONSUMOS	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ No teu grupo de amigo(a)s, alguém fuma, bebe álcool ou consome drogas?</li><li>▪ E tu próprio?</li><li>▪ E na tua família?</li><li>▪ Alguém fuma na tua casa?</li><li>▪ Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?</li></ul>
SEXUALIDADE	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tens namorado(a) atualmente? Já tiveste antes?</li><li>▪ Já tiveste relações sexuais?</li><li>▪ O que significa "sexo seguro" para ti?</li><li>▪ Utilizas contraceção? Que método contraceutivo usas?</li><li>▪ Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade?</li><li>▪ Já tiveste alguma infeção transmitida por via sexual? Quando e qual?</li></ul>

DGS, 2013

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

DEPRESSÃO/ SUICÍDIO	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sentes-te triste ou “em baixo” mais do que o habitual?</li><li>▪ Estás sempre chateado(a)?</li><li>▪ Tens dificuldade em dormir?</li><li>▪ Pensas por vezes em te magoares a ti próprio(a) ou a outra pessoa?</li><li>▪ Achas que estás a perder o interesse em coisas que antes te davam prazer?</li><li>▪ Isolas-te mais do(a)s amigo(a)s, nos últimos tempos?</li><li>▪ Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo?</li><li>▪ Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor e mais calmo(a)?</li></ul>
SEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Já tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente?</li><li>▪ Usas sempre cinto de segurança, no carro?</li><li>▪ Alguma vez andaste de carro com um(a) condutor(a) embriagado(a)?</li><li>▪ Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos (por exemplo, capacete)?</li><li>▪ Existe violência na tua família?</li><li>▪ Existe violência na tua escola?</li><li>▪ Alguma vez foste agredido ou abusado sexualmente?</li><li>▪ Alguma vez foste vítima ou te envolveste em bullying ou em situação de violência no namoro?</li></ul>

DGS, 2013

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

O modo como o adolescente se apresenta poderá condicionar a forma como o profissional de saúde vai conduzir a entrevista, pelo que este deve estar atento à forma como o adolescente se apresenta, bem como identificar as dificuldades na relação.

O profissional de saúde deve centrar-se em aspetos positivos que caracterizam o adolescente, sendo essencial estabelecer um clima de confiança antes de abordar temas sensíveis, começando a entrevista com questões informais, abordando assuntos do quotidiano. Esta abordagem permite estabelecer uma relação de confiança e contribui para conhecer o adolescente, a sua personalidade e situação emocional.

OE, 2010

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

Uma das características mais importantes no atendimento ao adolescente é o foco no presente, no aqui-agora. O futuro não é uma variável muito presente na vida do adolescente, portanto, estratégias de propor argumentos sobre os prejuízos futuros não têm tanto impacto nesta população.

*ANDRETTA e OLIVEIRA, 2005*

No atendimento a adolescentes o profissional de saúde poderá esquecer-se da importância do grupo de pares, muito valorizados na adolescência. Muitas vezes, são necessárias estratégias de reforço para modificação das relações interpessoais com vista a diminuir a força do grupo de iguais.

*Miller e Rollnick citados por ANDRETTA e OLIVEIRA, 2005*

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

### **Pais como Parceiros...**

- ❖ Os pais devem-se preparar e preparar os jovens para o processo gradual de autonomia facilitando a comunicação, antecipando cenários, treinando a capacidade de decisão, conquistando confiança, com disponibilidade e concedendo a liberdade merecida, mas com supervisão contínua dos comportamentos de risco.
- ❖ A promoção do suporte familiar, a qualidade da relação familiar e a garantia de que alguém se disponha a ouvir e a supervisionar a evolução do adolescente (Adulto de Referência), são os factores que mais contribuem para prevenir comportamentos de risco (de acordo com a OMS).

*ARS Centro, Ministério Saúde*

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

### Pais como Parceiros...

- ❖ Os pais devem ser incentivados a:
  - ❖ aceitar o adolescente como um indivíduo único;
  - ❖ envolver-se com a escola e restantes atividades do adolescente;
  - ❖ escutar e tentar estar abertos para os pontos de vista do adolescente, mesmo quando discordarem dos pontos de vista dos pais;
  - ❖ fornecer oportunidades para escolher opções e aceitar as consequências naturais dessas escolhas;
  - ❖ dar ao adolescente limites claros e razoáveis;
  - ❖ permitir independência cada vez maior dentro das limitações de segurança e bem-estar;
  - ❖ Respeitar a privacidade do adolescente;
  - ❖ Estar disponível para responder a perguntas, dar informações;
  - ❖ Evitar comparações com irmãos;
  - ❖ Ajudar o adolescente a escolher objetivos de carreira apropriados e a preparar-se para o papel de adulto.

HOCKENBERRY; WILSON, 2006

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

### Pais como Parceiros...

- ❖ Ajudar os pais/família a compreender que os adolescentes:
  - ❖ Estão sujeitos a um comportamento turbulento e imprevisível;
  - ❖ Estão a lutar pela sua independência;
  - ❖ São extremamente sensíveis aos sentimentos e ao comportamento que os afetam;
  - ❖ Podem receber uma mensagem diferente da que foi enviada;
  - ❖ Consideram os amigos extremamente importantes;
  - ❖ Têm uma forte necessidade de “fazer parte”.

HOCKENBERRY; WILSON, 2006

## Atendimento ao Adolescente – que estratégias ?

Um dos principais objectivos a ser alcançado é  
*“...conseguir envolver e motivar o adolescente a ser o primeiro responsável pela sua própria saúde de forma contínua e integral...”*

Figueiredo, 2009





## Bibliografia

- ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva - **Entrevista Motivacional na Adolescência**. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, 2005, vol. 17, n.º2, pag 127-139
- ARS Centro - **Consulta dos 12-13 anos**, consultado a 28/05/2015 em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/proiectos/crsmcã/noc/Documents/saude%20infantil/consulta%2012-13%20anos1.pdf>
- Direção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Junho de 2013
- FIGUEIREDO, Carlos – **A Consulta do Adolescente**. *Nascer e Crescer – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. Ano 2009, vol. XVIII, n.º3
- HOCKENBERRY, M; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª. Edição. Rio de Janeiro. Mosby – Elsevier. 2006
- Ordem dos Enfermeiros – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Entrevista ao Adolescente**. *Cadernos OE, Série I, Número 3, Volume 1*. 2010.
- RIBEIRO, Cristina Ribeiro; ROSENDO, Inês - **Saúde do adolescente em Medicina Geral e Familiar**. In *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 2011, n.º 27, p 184-186
- Sociedade Portuguesa de Pediatria - **Requisitos para o Atendimento ao Adolescente**, consultado em 29/05/2015 em [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos\\_SPP/Atendimento\\_Adolescente.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf)



**OBRIGADA**



*APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO  
“ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE: QUE DESAFIOS?”*





### Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

(a preencher no final da ação de formação)

<b>Sessão de Formação:</b> _____
<b>Local Formação:</b> _____
<b>Data:</b> __/__/____
<b>Nome do Formando (facultativo):</b> _____

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à ação de formação realizada. Por favor, na lista de questões que seguidamente se apresentam assinale a opção que lhe parece mais adequada.

#### Escala de Avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

#### 1. Avaliação Formador

Como avalia o formador em relação a:	1	2	3	4	5
Definição de objetivos no início da formação					
Capacidade de transmissão de conhecimentos					
Métodos pedagógicos facilitadores da aprendizagem					
Disponibilidade no esclarecimento de dúvidas					

#### 2. Curso em Geral

Como avalia a ação de formação em relação a:	1	2	3	4	5
Organização Geral					
Duração					
Corresponder às expetativas iniciais					

3. Conteúdos da Formação

<b>Como avalia os conteúdos da formação em relação a:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Os conteúdos da formação são relevantes para a função que desempenha					
Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada					
Os métodos utilizados foram adequados aos temas tratados					
Os temas desenvolvidos atingiram os objetivos, de um modo geral					

Sugestões/Comentários

---

---

---

---

---

---

---

---

**Obrigada pela sua colaboração!**

**APÊNDICE VI – Relatório da Sessão de Formação “Reconhecimento Precoce da Deterioração Clínica em Pediatria”**





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

***RELATÓRIO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO  
“RECONHECIMENTO PRECOCE DA  
DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM PEDIATRIA”***

Elaborado por Ana Lopes, sob a orientação do Enf.º E. P. (Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Lisboa, 2015



# 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio realizado no Internamento de Pediatria de um hospital da região da Grande Lisboa, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Tendo por base o diagnóstico de situação realizado para este contexto e um dos objetivos nele definidos, o de "*Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem hospitalizado, em situação de doença aguda/crónica*", surgiu como pertinente a realização de uma sessão de formação para os enfermeiros do serviço sobre o reconhecimento precoce da deterioração clínica em pediatria.

Quando o estágio teve início, encontrava-se já a decorrer, no Internamento de Pediatria, numa fase inicial, um projeto sobre esta temática. Após reunião informal com o Enf.º Orientador, surgiu a necessidade de se colaborar com o projeto em curso, realizando-se uma sessão de formação para os enfermeiros do serviço, de forma a apresentá-lo e a refletir-se especialmente sobre a importância da deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança/jovem internados no serviço e, ainda, apresentar o instrumento que iria ser utilizado no serviço para a identificação precoce dessa mesma deterioração.

A pertinência deste tema prende-se com o facto de, todo e qualquer utente em idade pediátrica, que se encontre hospitalizado, apresentar risco de deterioração súbita, que pode resultar em paragem respiratória ou cardiopulmonar e, em última instância, em morte (AKRE et al., 2010). Sendo assim, é da maior importância a deteção precoce dos sinais de alarme e a intervenção adequada e atempada. Ainda que, na sua maioria, as crianças/jovens que se encontram internados no Internamento de Pediatria do hospital onde foi realizado o estágio não apresentem risco iminente de vida, a degradação do seu estado clínico pode ocorrer. Até ao momento não estava implementado no serviço nenhum instrumento específico que permitisse a quantificação do risco de deterioração fisiológica, pelo que se achou importante colmatar este défice através da introdução e aplicação de uma escala

pediátrica de alerta precoce – escala PEWS. Para tanto, foi necessário formar os enfermeiros do serviço sobre o projeto e, em particular, sobre a forma de utilização e preenchimento da escala e de atuação perante a identificação de risco de deterioração do estado clínico de uma das crianças/jovens internados no serviço.

Após esta breve introdução e justificação da temática, seguidamente, é apresentado o plano e a avaliação da sessão de formação. Em apêndice encontram-se os diapositivos (APÊNDICE I) e em anexo encontra-se a folha de avaliação da sessão de formação (ANEXO I).

## 2. PLANO DA SESSÃO

**Data:** 7-13 de Setembro de 2015

**Hora:** 8h-8h30 e das 20h-20h30 (períodos de passagem de turno Enf.º)

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sala de Registos - Internamento de Pediatria

**Formadores:** Mestranda Ana Lopes, sob a orientação/supervisão do Enf.º E. P. (Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica).

**Título:** *“Reconhecimento precoce da deterioração clínica em pediatria”*

**Temas:**

- A deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança
- Protocolo PEWS – âmbito, escala PEWS, objetivos, operacionalização

**Destinatários:** Enfermeiros do Internamento de Pediatria.

**Objetivos Pedagógicos:**

- Sensibilizar os Enfermeiros para a importância do reconhecimento precoce da deterioração do estado clínico da criança/jovem internados no serviço;
- Apresentar protocolo PEWS a ser testado/implementado no serviço;
- Apresentar escala PEWS adaptada e demonstrar a sua aplicação.

**Metodologias:** expositiva.

**Recursos:** Formador, computador, escalas PEWS adaptadas (várias faixas etárias).

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: - Apresentação dos profissionais e tema - Objetivos	Expositiva	Computador	Formadora	1min	Ana Lopes
A deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança	Expositiva	Computador	Formadora	5min	Ana Lopes
Protocolo Pews - Escala PEWS adaptada - Objetivos Protocolo	Expositiva	Computador	Formadora	20min	Ana Lopes
Avaliação: - Síntese da Sessão - Esclarecimento de dúvidas	Expositiva Participativa	Computador	Formadora	4min	Ana Lopes

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Na sessão de formação realizada participaram todos os enfermeiros do serviço (9 enfermeiros). Ao longo da sessão de formação foram sendo validadas as informações transmitidas, de modo a que todos as apreendessem; foi realizado o preenchimento de uma escala de alerta precoce, a título de exemplo, de modo a que, posteriormente, quando a mesma fosse aplicada, não surgissem já dúvidas no seu preenchimento.

A avaliação da sessão foi realizada através do questionário de avaliação final de formação, utilizada pelo Centro de Formação do hospital onde foi realizado o estágio (ANEXO I). Todos os participantes consideraram que a sessão teve um contributo elevado ou muito elevado para o seu trabalho diário, o seu desenvolvimento pessoal e a excelência da equipa onde trabalham. Além disso, de uma forma geral, avaliaram a sessão de formação num nível elevado ou muito elevado em relação à sua duração, à importância do tema, ao método de aprendizagem, bem como à competência do formador.



## 4. CONCLUSÃO

A realização desta sessão de formação foi pertinente, face ao objetivo inicialmente proposto, e permitiu, igualmente, atingir os objetivos específicos definidos no plano da sessão. Permitiu, posteriormente, avançar com a implementação do projeto em causa, tendo sido aplicada no serviço, nos meses seguintes, a escala de alerta precoce a todas as crianças/jovens internados.

Tendo ainda em conta que, ao formar também nós nos formamos e somos formandos, a realização desta sessão de formação permitiu desenvolver competências de enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo contribuído para o desenvolvimento da capacidade em reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e do risco de morte e em prestar cuidados de enfermagem em consonância (OE, 2010). Para além disso, e de acordo com os objetivos específicos e competências a desenvolver, definidos pela Universidade Católica Portuguesa (2015), foram identificadas necessidades formativas e foi promovida a formação em serviço na área de especialização em causa, o que permitiu a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKRE et al. (2010) - Sensitivity of the Pediatric Early Warning Score to Identify Patient Deterioration. **Pediatrics**. Vol. 125, N.º 4 (Abril 2010)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. [em linha] 20 de Outubro de 2010. Acedido em 18/05/2015, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov\\_ aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2015) - Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: **Guia de Estágio**. Instituto Ciências da Saúde.



## APÊNDICES



*APÊNDICE I – SESSÃO DE FORMAÇÃO “RECONHECIMENTO  
PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM PEDIATRIA”*



(logotipo da instituição)



## RECONHECIMENTO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM PEDIATRIA

Elaborado por Enf.ª Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado/Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do ICS da UCP, tendo por base o trabalho original "Reconhecimento Precoce da Deteriorização Clínica em Pediatria, elaborado pelo Enf.º Eduardo Pinheiro e pelo Enf.º Ruben Silveira

Sob a Orientação do Enf.º Eduardo Pinheiro, EE3P do Internamento de Pediatria

Loures, 1 de Setembro de 2015

(logotipo da  
instituição)

### LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- | EWS – Escalas de Alerta Precoce
- | SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória
- | SP – Serviço de Pediatria
- | HBA – Hospital Beatriz Ângelo
- | PCR – Paragem Córdio-Respiratória
- | PR – Paragem Respiratória
- | PEWS – Pediatric Early Warning Scale
- | RN – Recém-nascido
- | Score – Pontuação
- | TRC – Tempo de Reperusão Capilar

(logotipo da  
instituição)

## ÍNDICE

- | **Objetivos**
- | **A detecção precoce da deterioração clínica da criança**
- | **Protocolo pews – reconhecimento precoce da criança em situação crítica**
  - | Escala pews adaptada
  - | Objetivos

(logotipo da  
instituição)

## OBJETIVOS

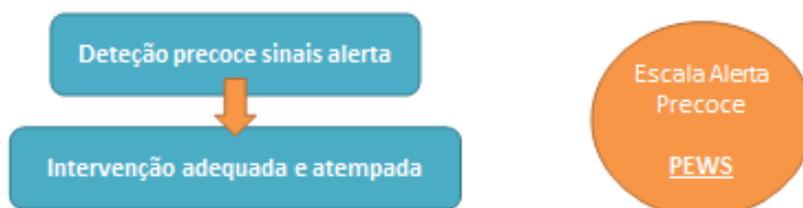
- | **Sensibilizar os Enfermeiros para a importância do reconhecimento precoce da deteriorização do estado clínico da criança/jovem internados no serviço**
- | **Apresentar protocolo PEWS a ser testado/implementado no serviço**
- | **Apresentar escala PEWS adaptada e demonstrar a sua aplicação**

(logotipo da  
instituição)

## A DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA

*“Todo e qualquer utente em idade pediátrica que se encontre hospitalizado apresenta risco de deterioração súbita que pode resultar em paragem respiratória ou cardiopulmonar e, em última instância, em morte”*

*Akre et al, 2010*



(logotipo da  
instituição)

## A DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA

Alguns estudos comprovam que mais de 80% dos doentes que sofrem deterioração clínica (PR ou PCR) numa enfermaria, apresentam sinais de deterioração fisiológica muitas horas antes do evento, sugerindo que o tratamento imediato numa primeira fase pode evitar a necessidade de intervenções mais invasivas, como a reanimação. Da mesma forma, revelaram que mesmo após cuidados altamente diferenciados, o prognóstico é mau se a hipóxia e/ou isquémia não são revertidas num estadio precoce.

*Stenhouse, 2000, Hillman, 2005; Nichol et al, 2007*

(logotipo da  
instituição)

## A DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA

O sucesso da deteção da deterioração atempada dos doentes depende da capacidade dos enfermeiros em avaliar adequadamente a deterioração fisiológica, da utilização de uma linguagem objetiva que lhes permita mensurar o resultado das avaliações e da comunicação eficaz entre a equipa, que leve a uma observação médica atempada e preventiva.

Os dados produzidos pelas EWS através da monitorização dos sinais vitais, permitem aos enfermeiros hierarquizar prioridades e a necessidade de intervenção. As EWS oferecem autonomia profissional e melhoram a comunicação entre a equipa, o que se traduz em melhores cuidados.

(logotipo da  
instituição)

## A DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DA CRIANÇA

As EWS são aplicadas através da combinação da pontuação (score) entre uma seleção de observações/monitorizações de sinais vitais e outras avaliações cruciais para o estabelecimento da condição clínica da criança.

Se a condição clínica da criança se deteriora, geralmente o score, no decurso das avaliações, aumenta. Assim, um score elevado ou a aumentar, dá uma indicação de que poderá ser necessária intervenção. A intervenção precoce pode "corrigir" problemas que se identifiquem e pode evitar a necessidade de transferir a criança para serviços mais diferenciados e, assim, evitar ou reduzir a mortalidade e a morbilidade e os custos acrescidos com internamentos em unidades de cuidados intermédios ou intensivos.

(logotipo da instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### Escala PEWS adaptada

A base da construção deste instrumento foi a PEWS adotada pelo NHS do Reino Unido, que tem desenvolvido vários estudos sobre a matéria e onde o uso desta escala está largamente difundido, estando comprovada a sua validade e fiabilidade na deteção precoce da deterioração fisiológica da criança.

*Chapman, Grocott e Franck, 2010*

(logotipo da instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### Escala PEWS adaptada

Parâmetro	Critério	0	1	2
Respiratório	Frequência respiratória	Normal	Bradi/Polipneia	Bradi/Polipneia
	Trabalho respiratório	Sem SDR	Ligeiro	SDR moderado/grave
	O <sub>2</sub>	Sem oxigénio suplementar; SpO <sub>2</sub> ≥ 94	FI <sub>O<sub>2</sub></sub> < 30% ou < 4L/min SpO <sub>2</sub> 90-94%	FI <sub>O<sub>2</sub></sub> > 30% ou > 4L/min SpO <sub>2</sub> < 90%
Cardíaco	Frequência Cardíaca	Normocardia	Bradi/Taquicardia	Bradi/Taquicardia
	Tempo de Reperusão Capilar	≤ 2 segundos	2-3 seg	> 3 segundos
Neurológico	Estado de Consciência	Alerta	Voz	Dor / Não reactivo
		Preocupação dos pais ou de equipa		

Dor

Temperatura

(logotipo da  
instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### Escala PEWS adaptada – como utilizar?

#### 1. Escolher impresso adequado à faixa etária:

- 0-28 dias (RN);
- 1 mês-1 ano;
- 1 ano-5 anos;
- 5 anos-12 anos;
- 12 anos-18 anos.

(logotipo da  
instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### Escala PEWS adaptada – como utilizar?

#### 2. O primeiro registo é feito no momento da admissão; são registados os parâmetros, atribuindo-se pontuação se registados em áreas sombreadas:

- Preocupação dos pais/equipa;
- Frequência respiratória;
- Trabalho respiratório;
- Administração de O<sub>2</sub> suplementar;
- Saturação periférica de O<sub>2</sub>;
- Frequência Cardíaca;
- Tempo de reperfusão capilar;
- Estado de consciência;
- Temperatura;
- Dor.

(logotipo da instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOZE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### Escala PEWS adaptada – como utilizar?

3. O somatório do score obtido determina a periodicidade da reavaliação e as intervenções a desenvolver.

Score 0-1	Avaliar 1x/turno (ou antes, em SOS). *
Score 2	Avaliar 4h/4h (ou antes, em SOS). Informar Pediatra
Score 3	Avaliar 1h/1h. Informar Pediatra e avaliação clínica no espaço de 30' <u>Abordagem ABCDE**</u>
Score 4	Avaliar 30'/30'. Informar Pediatra com urgência. Avaliação clínica em 15' <u>Abordagem ABCDE**</u>
Score ≥ 5	Monitorização permanente. Chamada emergente para Pediatra <u>Abordagem ABCDE**</u>

\* caso o Score seja < ou = a 1 durante 3 turnos seguidos, a avaliação de PEWS passa a ser avaliada 1x/dia; durante o fim de semana, e caso não exista indicação prévia, não necessita observação médica.

\*\* Abordagem ABCDE, permite identificar precocemente situações que carecem de intervenção e iniciar a sua correção antes da chegada do Pediatra.

(logotipo da instituição)

## Preocupação dos pais/equipa

É um critério subjetivo, mas quantificado pela valorização da preocupação dos pais, pois são estes quem melhor conhece a criança. O juízo clínico dos profissionais de saúde sobrepõe-se também aos dados objetivos traduzidos pela avaliação dos parâmetros vitais.

Parâmetro	Critério	0	1	2
			Preocupação dos pais ou da equipa	



(logotipo da instituição)

## Frequência Respiratória

Faixa etária	Freq. Resp (cpm)
RN	40-60
28 dias - 1ano	30-50
1 - 5 anos	20-35
5 - 12 anos	20-30
12 - 18 anos	14-18

Parâmetro	Critério	0	1	2
Respiratório	Frequência respiratória	Normal	Bradi/Polipneia	Bradi/Polipneia



(logotipo da instituição)

## Trabalho respiratório

Classificação da dificuldade respiratória			
	Ligeiro	Moderado	Grave
Atividade	Deita-se e anda	Alimentação difícil Articula frases	Alimentação impossível Articula palavras com dificuldade
Agitação	Normal ou agitado	Geralmente agitado	Agitado, sonolento ou confuso
Tiragem	Ausente ou ligeira	Moderada	Marcada, Movimentos paradoxais
Polipneia	Ligeira	Moderada	Grave
SpO2 em ar ambiente	>95%	91-95%	<90%
Oxigenação	Rosado	Pode haver palidez	Palidez marcada, cianose

Adaptado de DGS (2005) Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica, Volume II, Lisboa

Parâmetro	Critério	0	1	2
Respiratório	Trabalho respiratório	Sem SDR	Ligeiro	SDR moderado/grave



(logotipo da instituição)

## Concentração do ar inspirado (FiO<sub>2</sub>)

- | Fórmula de cálculo = 4x fluxo O<sub>2</sub> em L/m + 21%
- | FiO<sub>2</sub> < 30%:
  - Cânula nasal (0,1L/m-3L/m)
- | FiO<sub>2</sub> > 30%:
  - Máscara facial simples (3-6L/m)
  - Máscara com reservatório de O<sub>2</sub> e válvula bidirecional com reinalação (6-10L/m)
  - Máscara com reservatório de O<sub>2</sub> e válvula unidirecional sem reinalação (10-15L/m)

Parâmetro	Critério	0	1	2
Respiratório	O <sub>2</sub>	Sem oxigênio suplementar; SpO <sub>2</sub> ≥ 94	FiO <sub>2</sub> < 30% ou < 4L/min SpO <sub>2</sub> 90-94%	FiO <sub>2</sub> > 30% ou > 4L/min SpO <sub>2</sub> < 90%



(logotipo da instituição)

## Frequência Cardíaca

Faixa etária	Freq. Card. (bpm)
RN	100-180
28 dias - 1ano	90-150
1 - 5 anos	80-120
5 - 12 anos	70-110
12 - 18 anos	50-90

A frequência cardíaca (FC) pode ser avaliada através de avaliação manual, monitor cardíaco, oxímetro ou esfigmomanômetro digital. A avaliação manual deve ser realizada em qualquer ponto que se sinta pulsação arterial, com o dedo indicador e média. A avaliação na zona carotídea não pode ser realizada em crianças < 1ano de idade.

Parâmetro	Critério	0	1	2
Cardíaco	Frequência Cardíaca	Normocardia	Bradi/Taquicardia	Bradi/Taquicardia



(logotipo da instituição)

## Tempo de reperfusão capilar

O tempo de reperfusão capilar (TRC) avalia-se pressionando durante alguns segundos no estemo ou no leito ungueal (da mão ou do pé), aliviando em seguida a pressão e medindo o tempo até que a unha retome plenamente a sua coloração. Considera-se normal um tempo de reperfusão igual ou inferior a 2 segundos.

Parâmetro	Critério	0	1	2
Cardíaca	Tempo de Reperfusão Capilar	≤ 2 segundos	2-3 seg	>3 segundos



(logotipo da instituição)

## Estado de consciência

### Escala AVPU

<b>A - Alert</b>	<u>Alerta</u> – acordado (mas pode estar desorientado). Terá olhos espontaneamente abertos, irá responder à voz e terá movimentos corporais espontâneos.	<b>Normal (ECG – 15)</b>
<b>V - Voice</b>	Responde à voz – quando abordado responde com a abertura dos olhos, vocalizando ou com pequenos movimentos.	<b>Normal (ECG – 12)</b>
<b>P – Pain</b>	<u>Responde à dor</u> – responde com a abertura dos olhos, vocalizando ou com movimentos corporais à aplicação de estímulos dolorosos, sejam estímulos centrais como pressionar o esterno, ou periféricos, como apertar os dedos.	<b>Anormal (ECG – 8)</b>
<b>U - Un responsive</b>	<u>Não responde</u> – inconsciente. Não responde com a abertura dos olhos, vocalização ou movimentos corporais.	<b>Anormal (ECG -3)</b>

*McNarry, Goldhill (2004) Simple bedside assessment of level of consciousness: comparison of two simple assessment scales with the Glasgow Coma Scale. Anaesthesia, 59:34-7.*

Parâmetro	Critério	0	1	2
Neurológico	Estado de Consciência	Alerta	Voz	Dor / Não reativo



(logotipo da  
instituição)

## Temperatura Corporal

A febre pode interferir na avaliação da criança doente (irritabilidade, taquicardia, má perfusão periférica, etc) pelo que apesar de não pontuar na escala, deverá ser avaliada. Considera-se febre a temperatura corporal superior a 38°C (rectal e timpânico) ou superior a 37,5°C (axilar).



(logotipo da  
instituição)

## Dor

A dor pode também interferir na avaliação da criança, causando irritabilidade, taquicardia, etc., pelo que deve ser avaliada, apesar de não interferir no score final.

Avaliação da Dor	
Escalas	Critérios para a aplicação
NIPS	Crianças dos 0 aos 28 dias
FLACC	Crianças dos 28 dias aos 4 anos ou sem capacidade de verbalizar
Escala Visual Analógica	3 – 6 anos
Escala Numérica	6 – 18 anos



(logotipo da instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

U.S.G.



(28d – 1 Ano)

Avaliação da criança e Escala de Gravidade

Identificação

Nome  
Idade  
Nº Processo



SINAIS VITAIS E PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE (PEWS)	
Data:	02/03
Hora:	9:00
Preocupação pais/mães*	✓
Frequência Cardíaca (bpm)	Exemplo
220	
210	
200	
190	
180	
170	
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
90	
80	
70	
60	
50	
40	
Freq. Card. (valor)	163
T.R.Capilar	>3"
	2-3"
	<2" X

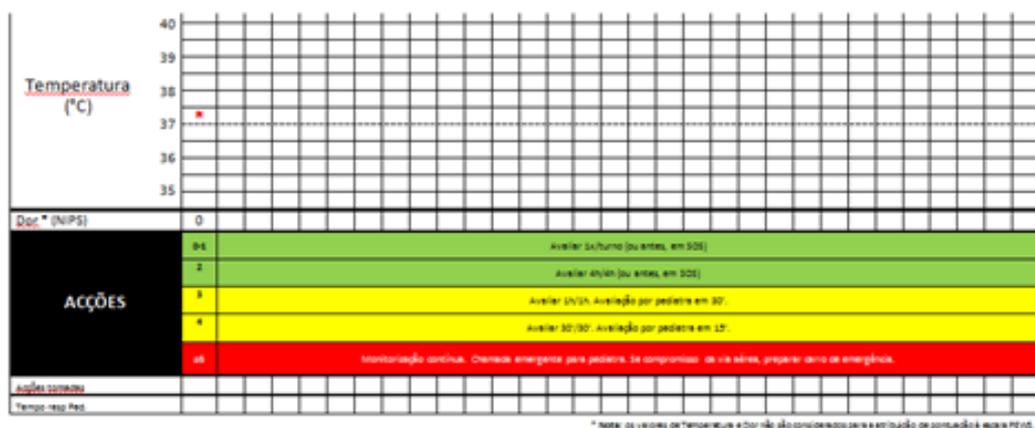
(logotipo da instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Frequência Respiratória (ciclos/min)	70	X
	60	
	50	
	40	
	30	
	20	
	10	
Eneo Resp (valor)	65	
Moderado/Grave		
SDR	Ligeiro	✓
	Sem SDR	
SpO <sub>2</sub> (%)	< 90%	
	90-94%	
	≥ 94%	✓
Valor SpO <sub>2</sub>	96%	
O <sub>2</sub>	FI <sub>O<sub>2</sub></sub> >30% ou >4L/min	15L
	FI <sub>O<sub>2</sub></sub> <30% ou <4L/min	
	Sem O <sub>2</sub>	
Nível Consciência	Dir./não reactivo	✓
	Usc	
	Alerta	
SCORE TOTAL	9	
Interpretação	Flac	

(logotipo da instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



(logotipo da instituição)

## PROTOCOLO PEWS – RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### Como operacionalizar?

- | Durante o período de teste, tem de ser efetuadas no mínimo 50 avaliações para cada faixa etária, sendo que posteriormente serão analisados todos os dados, de forma a dar resposta aos objetivos propostos para este protocolo.
- | Após a devida análise, pretende-se a aplicação da escala PEWS de forma sistemática, no internamento de Pediatria e na Sala de Observação do SUP do HBA.

(logotipo da  
instituição)

## PROTOCOLO PEWS –RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### Objetivos gerais:

- | Definir os critérios relacionados com o reconhecimento precoce da deterioração fisiológica da criança internada;
- | Definir as intervenções perante as alterações detetadas na condição da criança doente.

### Objectivos específicos:

- | Avaliar e analisar o protocolo PEWS no início do internamento;
- | Averiguar % de crianças com agravamento de PEWS no decorrer do internamento;
- | Analisar a contribuição dos diferentes parâmetros no score PEWS;
- | Analisar a interferência dos parâmetros Temperatura e Dor no score PEWS;
- | Avaliar a resposta médica nos diferentes scores PEWS;
- | Analisar % de crianças com agravamento do score PEWS após intervenção médica.

(logotipo da  
instituição)

## PROTOCOLO PEWS –RECONHECIMENTO PRECOCE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Com a implementação do protocolo PEWS no HBA é esperada:

- | A sensibilização dos profissionais para a deteção do risco de deterioração fisiológica das crianças internadas.
- | A deteção precoce do risco e a intervenção atempada.
- | Uma melhoria na comunicação entre a equipa multidisciplinar.
- | Uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às crianças internadas no no HBA.

(logotipo da  
instituição)

## Bibliografia

- Advanced Life Support Group (2008). Learning Resources: Why Treat Children Differently. ALSB. Paediatric Life Support Course: VLE Resource Materials. UK
- Alex et al (2010) Sensitivity of the Paediatric Early Warning Score to Identify Patient Deterioration. PEDIATRICS Volume 125, Number 4, April.
- An E, Mink M(2012) Efficacy of the paediatric early warning score (PEWS) in predicting placement of a paediatric placement to the ward or PICU. Critical Care Medicine, December
- Billman, Alex, Kinkorstein, Erickson, Liu, Vanderbilt (2010) Sensitivity of the Paediatric Early Warning Score to Identify Patient Deterioration. Pediatrics nº 125
- Bonafide, W. A., Honno, H., Smith, D., Kuffing, K., Midon-Largo, M., Lyc, P., and Isaacson, D., (1993) Reliability of observation variables in distinguishing infectious outcome of febrile young infants, Paediatric Infectious Disease Journal, 12(2),p.111 - 114
- Bonafide C.P., Roberts K.E., Weirich C.M., Pacidoli S., Tibbitts K.M., Koron K., Berg P.K. (2015) Beyond statistical prediction: Qualitative evaluation of the mechanisms by which paediatric early warning scores impact patient safety Journal of Hospital Medicine, May, vol./is. 8/8(248-255)
- Chamberlain, Patel e Pollack (2005) The Paediatric Risk of Hospital Admission Score: A second generation severity-of-illness score for paediatric emergency patients. Pediatrics, 115(2): 338-95
- Chapman, Gooch e Manck (2010) Systematic Review of paediatric alert criteria for identifying hospitalised children at risk of critical deterioration. Intensive Care Med 36(4):800-11.
- DO5 (2005) Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica.Volume II.Lisboa
- DOH (2000) Comprehensive Critical Care: A review of Adult critical care services. London UK.
- Duncan, H. Hutchinson, J. Parshum, C. (2006) The Paediatric Early Warning System Score: a severity of illness score to predict urgent medical need in hospitalised children' Journal of Critical Care: 21: 273-9
- Egdel, P. Kinlay, L. Padley, D. The PAWS score: validation of an early warning scoring system for the initial assessment of children in the emergency department Emergency Medicine Journal 25:745-749
- Haines C (2005) Acutely ill children within ward areas-care provision and possible development strategies. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care. vol 10,(2)
- Haines C, Parrot M and Woir P (2005) Promoting care for the acutely ill children- Development and evaluation of a Paediatric Early Warning Tool Intensive and Critical Care Nursing. vol 22 issue 2 p75-81.
- Hillman, Ken (2005) Medical Emergency Teams (MET): provenive practice ICU Management, Vol 5. ISSUE – 2005, ISSN 1377-7564, p. 54

(logotipo da  
instituição)

## Bibliografia

- Holmes JF, Palchak MJ, MacFarlane T, Kuppomann N (2005). Performance of the paediatric glasgow coma scale in children with blunt head trauma. Acad Emerg Med 12: 814-9.
- Kelly, J, Rowland, A O, Cottonill, S, Lees, H, Kemara, M (2013) The paediatric observation priority score (pops): a useful tool to predict likelihood of admission from the emergency department. Emergency Medicine Journal, 01 October
- McArthur-Kovac P (2001) Critical Care outreach services and early warning scoring systems: a review of the literature. Advanced Journal of Nursing 56(5), 695-704. • McCrossan L, Payne P, Vincent L, Burgess L, Heger S (2006) Can we Distinguish patients at risk of deterioration? Critical Care vol 1:414.
- McCarthy PL, Shupe MR, Spicard SE, et al.(1982) Observation scales to identify serious illness in young children. Pediatrics, 70: 802-809
- McNary, Goldhill (2004) Simple bedside assessment of level of consciousness: comparison of two simple assessment scales with the Glasgow Coma Scale. Anaesthesia. 59:54-7.
- Meningitis Research Foundation (2007) 'Early Management of Meningococcal Disease in Children' (6th Edition) London. MRF.
- Miranda DR, Rijk A, Schaufdi W.(1996) Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items—results from a multicenter study. Crit Care Med.24(1):64-72.
- Monaghan A (2005) Detecting and Managing deterioration in children. Paediatric Nursing 17.1 p52.
- NICE (2007) Acutely ill patients in Hospital: Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. London. NICE
- Nichol, Graham et al (2007) Recommended guidelines for monitoring, reporting, and conducting research on medical emergency team, outreach, and rapid response systems. circulation.
- OE (2011) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
- O'Loughlin K., Ruparia K., Viroo T., Bedford S., Dnyadale S.S., Broughton S. (2012) The effectiveness of the paediatric early warning tool (PEWT) in identifying children requiring admission to a critical care unit Archives of Disease in Childhood.
- Parshum C.S., Duncan H.P., Jaffe A.R., Parodi C.A., Lacroix J.R., Middleough K.L.(2011) Multicenter validation of the bedside paediatric early warning system score: A severity of illness score to detect evolving critical illness in hospitalised children Critical Care.
- Pollack MM, Patel KM, Ruttimann U(1996) PRISM III: an updated Pediatric Risk of Mortality score. Crit Care Med. May;24(5):743-52
- Resuscitation Council (UK) (2005) 'Resuscitation Guidelines.' London. RC.

(logotipo da  
instituição)

## Bibliografia

- | Melland, Oliver, Edwards, Mason, Powell (2012) Use of paediatric early warning systems in Great Britain: has there been a change of practice in the last 7 years? *Arch Dis Child*
- | Melland O, Clarke C, Borland ML, Pascoe EM (2010) Does a standardized scoring system of clinical signs reduce variability between doctors' assessments of the potentially dehydrated child?. *Journal of Paediatrics & Child Health*, March 2010, vol./iss. 46/3(105-7) Abstract: AIMS: Clinical assessment of dehydrat
- | Royal College of Nursing (2007) 'Standards for Assessing, Measuring and Monitoring Vital Signs in Infants Children and Young People.' London: RCN.
- | Rubin S., Bart K., Khomani K (2011) Association of Pediatric Early Warning System Score (PEWS) with ICU and Hospital outcome *Pediatric Critical Care Medicine*
- | Rubin S., Marshall L., Gilmore K., Frankel M., Doughter K., Ostrom K., Ziplin K., Wetzel K (2011) Pediatric early warning system (PEWS) score: Accuracy and inter-rater reliability *Critical Care Medicine*, December
- | Seiger, Meconochie, Oostenbrink e Moll (2013) Validity of different pediatric early warning scores in the emergency department. *Pediatrics*, October
- | Solving AL, Eggen EM, Schroder J, Nakstad S (2013) Use of a modified pediatric early warning score in a department of pediatric and adolescent medicine. *PLoS ONE*
- | Stanhouse, C. et al. (2000) Prospective evaluation of a modified early warning score to aid detection of patients developing critical illness on a surgical ward. *BMJ Anaesth.*
- | Steing C, Grebe CB. (2002) An audit of a patient-at-risk trigger scoring system for identifying seriously ill ward patients. *Nursing in Critical Care*. Vol 7, p215-219.
- | Swancy JS, Pass WS, Grissom CK, Korman HT (2012) Comparison of severity of illness scores to physician clinical judgment for potential use in pediatric critical care triage. *Disaster Medicine & Public Health Preparedness*, June -
- | Tibbels J, Kinney S, Dulo T, et al. Reduction of inpatient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results. *Archives of Disease in Childhood*;90:1148-52.
- | Tunc L and Bullock I (2004) Early Warning Tools to identify children at risk of deterioration: a discussion. *Pediatric Nursing*. Vol 18, no 8.
- | Yeh, Pellaek, Kucimann, Holbrook e Hiddis (1984) Validation of a physiologic stability index for use in critically ill infants and children. [Pediatr Res](#). May;18(5):445-51

(logotipo da  
instituição)

# OBRIGADA

## ANEXOS



*ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE  
FORMAÇÃO “RECONHECIMENTO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA  
EM PEDIATRIA”*



(logotipo da instituição)

## Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da ação de formação)

Designação do Curso: _____	Data: _____
Nome do formando (facultativo) _____	
Local formação: _____	

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à ação de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinale no respetivo □ na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

### 1 – Qual a importância que atribui a esta ação como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário					
No seu desenvolvimento pessoal					
Na excelência da sua equipa					

### 2 – Como avalia a ação de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de aprendizagem					
2.4 Competência do formador					
2.5 Apreciação Global					

Pontos fortes desta ação de formação

---

---

Pontos fracos desta ação de formação

---

---

Ações de formação em que gostaria de participar

---

---

---



**APÊNDICE VII – Verso folha Escala PEWS (orientações de preenchimento)**



## Orientações de preenchimento

Zonas brancas	score 0
Zonas sombreado claro	score 1
Zonas sombreado escuro	score 2

**Preocupação dos pais/equipa:** É um critério subjetivo, mas quantificado pela valorização da preocupação dos pais, pois são estes quem melhor conhece a criança. O juízo clínico dos profissionais de saúde sobrepõe-se também aos dados objetivos traduzidos pela avaliação dos parâmetros vitais.

**Tempo de reperfusão capilar:** O tempo de reperfusão capilar (TRC) avalia-se pressionando durante alguns segundos o esterno ou o leito ungueal (da mão ou do pé), aliviando em seguida a pressão e medindo o tempo até que o local retome plenamente a sua coloração.

### Trabalho/esforço respiratório:

Classificação da dificuldade respiratória			
	Ligeiro	Moderado	Grave
Atividade	Deita-se e anda	Alimentação difícil Articula frases	Alimentação impossível Articula palavras com dificuldade
Agitação	Normal agitado	ou Geralmente agitado	Agitado, sonolento ou confuso
Tiragem	Ausente ligeira	ou Moderada	Marcada, Movimentos paradoxais
Polipneia	Ligeira	Moderada	Grave
SpO2 em ar ambiente	>95%	91-95%	<90%
Oxigenação	Rosado	Pode haver palidez	Palidez marcada, cianose

### Nível de Consciência:

Escala AVPU		
<b>A - Alert</b>	<u>Alerta</u> – acordado (mas pode estar desorientado). Terá olhos espontaneamente abertos, irá responder à voz e terá movimentos corporais espontâneos.	<b>Normal (ECG – 15)</b>
<b>V - Voice</b>	<u>Responde à voz</u> – quando abordado responde com a abertura dos olhos, vocalizando ou com pequenos movimentos.	<b>Normal (ECG – 12)</b>
<b>P – Pain</b>	<u>Responde à dor</u> – responde com a abertura dos olhos, vocalizando ou com movimentos corporais à aplicação de estímulos dolorosos, sejam estímulos centrais como pressionar o esterno, ou periféricos, como apertar os dedos.	<b>Anormal (ECG – 8)</b>
<b>U - Unresponsive</b>	<u>Não responde</u> – inconsciente. Não responde com a abertura dos olhos, vocalização ou movimentos corporais.	<b>Anormal (ECG -3)</b>



**APÊNDICE VIII – Relatório da Sessão de Formação: “A criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I - aspetos práticos na insulinoterapia”**





UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

***RELATÓRIO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO  
“A CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES MELLITUS TIPO I  
- ASPETOS PRÁTICOS NA INSULINOTERAPIA”***

Elaborado por Ana Lopes, sob a orientação do Enf.º E. P. (Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Lisboa, 2015



# 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio realizado no Internamento de Pediatria de um hospital da região da Grande Lisboa, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Tendo por base o diagnóstico de situação realizado para este contexto e um dos objetivos nele definido, o de “*Promover a uniformização dos cuidados prestados à criança/jovem diabético (em particular, em situação de diabetes inaugural) e promover a parceria de cuidados pais-enfermeiros nessa mesma situação*”, surgiu como pertinente, além de outras atividades, a realização de uma sessão de formação para os enfermeiros do Internamento de Pediatria sobre a temática da criança/jovem com diabetes tipo I, em particular acerca dos aspetos práticos na insulino-terapia.

Desde a abertura do hospital e do serviço de Internamento de Pediatra, que a respetiva equipa de enfermagem tem sido confrontada com a necessidade de prestar cuidados de enfermagem a crianças/jovens com diabetes tipo I, em particular em situações de diagnóstico inaugural. Esta situação tem lançado um desafio pontual, mas de extrema importância, aos enfermeiros do serviço uma vez que, apesar da heterogeneidade em anos de serviço, formação académica e experiência profissional, nenhum dos membros da equipa tinha muita experiência ou autonomia/capacidade para a prestação de cuidados a estas crianças/jovens e suas famílias. Apesar de ao longo dos últimos anos, alguns membros da equipa terem investido, embora de forma individual, em formação nesta área, era notória a necessidade em realizar formação à equipa de enfermagem acerca desta temática, de forma a uniformizar os cuidados prestados e a alcançar a tão desejada qualidade na assistência à criança/jovem e sua família.

Efetivamente, o diagnóstico de uma doença, em particular de uma doença crónica, é extremamente marcante e assustador na vida de uma criança/jovem e na da sua família, pelo que é essencial que os profissionais de saúde que os acompanham, em particular numa fase inicial de diagnóstico e de gestão da doença, estejam dotados de formação específica e possuam os recursos

adequados que permitam uma prestação de cuidados de qualidade a esta criança/jovem e à sua família.

Após esta breve introdução e justificação da temática, seguidamente, é apresentado o plano e a avaliação da sessão de formação. Em apêndice encontram-se os diapositivos (APÊNDICE I) e em anexo encontra-se a folha de avaliação da sessão de formação (ANEXO I).

## 2. PLANO DA SESSÃO

**Data:** 19 de Outubro de 2015

**Hora:** 15h-16h

**Duração:** 1h

**Local:** Sala de Registos - Internamento de Pediatria

**Formadores:** Mestranda Ana Lopes, sob a orientação/supervisão do Enf.º E. P. (enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica).

**Título:** *“A criança/jovem com Diabetes Mellitus Tipo I - aspetos práticos na insulinoterapia”*

### **Temas:**

- A Diabetes Mellitus tipo I na criança/adolescente;
- A Insulinoterapia na gestão da Diabetes infantil/juvenil;
- A Hipoglicémia – breve revisão de conceitos e forma de atuação;
- O papel do Enfermeiro – breve reflexão;
- *Workshop* Insulinoterapia.

**Destinatários:** Enfermeiros do Internamento de Pediatria.

### **Objetivos Pedagógicos:**

- Realizar revisão de conceitos-chave sobre a Diabetes Mellitus tipo I na criança/jovem;
- Uniformizar práticas/cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I, em particular na área da Insulinoterapia;
- Sensibilizar os profissionais de saúde que prestam cuidados a estas crianças/jovens numa situação de Diabetes Mellitus inaugural para os desafios inerentes;
- Refletir sobre o papel do Enfermeiro na prestação de cuidados à criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I e sua família.

**Metodologias:** expositiva, demonstrativa e participativa.

**Recursos:** Formador, computador, material de insulinoterapia.

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: - Apresentação dos profissionais e tema - Objetivos	Expositiva	Computador	Formadora	2 min	Ana Lopes
A Diabetes Mellitus tipo I na criança/adolescente – breve revisão de conceitos	Expositiva	Computador	Formadora	10 min	Ana Lopes
A Insulinoterapia na gestão da Diabetes infantil/juvenil	Expositiva	Computador	Formadora	20 min	Ana Lopes
A Hipoglicémia – breve revisão de conceitos e forma de atuação	Expositiva	Computador	Formadora	5 min	Ana Lopes
O papel do Enfermeiro – breve reflexão	Expositiva	Computador	Formadora	10 min	Ana Lopes
<i>Workshop</i> Insulinoterapia	Demonstrativa Participativa	Material insulinoterapia	Formadora	10 min	Ana Lopes
Avaliação: - Síntese da Sessão - Esclarecimento de dúvidas	Expositiva Participativa	Computador	Formadora	3 min	Ana Lopes

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Na sessão de formação realizada participaram 4 dos 9 enfermeiros do serviço. Uma vez que a sessão de formação foi realizada para pares, a riqueza na partilha de conhecimentos e experiências pessoais e profissionais foi enorme. A sessão acabou por ser não só expositiva, mas também muito participativa, em que a partilha de conhecimentos foi bidirecional, permitindo a desmitificação de algumas dúvidas e erros na prática do serviço, em relação à prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem com diabetes. Para além disso, foi pertinente a introdução de um pequeno *workshop* sobre os aspetos mais práticos da insulino-terapia, tendo sido dada a oportunidade aos participantes de experimentar a punção capilar para avaliação de glicémia capilar, a técnica de administração de insulina e os cuidados com a caneta de insulina, entre outros, o que permitiu experienciar, embora de forma muito fugaz, o que é ter diabetes e o que implica a gestão da doença. Este aspeto é extremamente importante, pois permite compreender melhor a criança/jovem com diabetes, aceitar e integrar as suas dificuldades e os desafios inerentes à doença.

A avaliação da sessão foi realizada através do questionário de avaliação final de formação, utilizada pelo Centro de Formação do hospital onde foi realizado o estágio (ANEXO I). Todos os participantes consideraram que a sessão teve um contributo elevado ou muito elevado para o seu trabalho diário, o seu desenvolvimento pessoal e a excelência da equipa onde trabalham. Além disso, de uma forma geral, avaliaram a sessão de formação num nível elevado ou muito elevado em relação à sua duração, à importância do tema, ao método de aprendizagem, bem como à competência do formador.



## 4. CONCLUSÃO

A realização desta sessão de formação foi pertinente, face ao objetivo inicialmente proposto, e permitiu, igualmente, atingir os objetivos específicos definidos no plano da sessão.

A realização desta sessão de formação permitiu desenvolver competências de enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma vez que contribuiu para promover a adaptação da criança/jovem e sua família à doença crónica (OE, 2010). Para além disso, e de acordo com os objetivos específicos e competências a desenvolver, definidos pela Universidade Católica Portuguesa (2015), foram identificadas necessidades formativas e foi promovida a formação em serviço na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovendo assim o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. [em linha] 20 de Outubro de 2010. Acedido em 30/01/2015, disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2015) - Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: **Guia de Estágio**. Instituto Ciências da Saúde.



## APÊNDICES



APÊNDICE I – *SESSÃO DE FORMAÇÃO “A CRIANÇA/JOVEM COM  
DIABETES MELLITUS TIPO I - ASPETOS PRÁTICOS NA  
INSULINOTERAPIA”*



(logotipo da instituição)



(logotipo da  
instituição)

## Índice

- A Diabetes Mellitus tipo I na criança/adolescente – breve revisão de conceitos
- A Insulinoterapia na gestão da diabetes infantil/juvenil:
  - principais tipos de insulina utilizados – perfil e modo de acção;
  - técnica de administração da insulina;
  - locais de administração;
  - rotação dos locais de administração e prevenção das lipodistrofias;
  - cuidados e conservação da insulina;
- A Hipoglicémia – breve revisão de conceitos e forma de atuação
- O papel do Enfermeiro – breve reflexão
- Workshop prático

(logotipo da  
instituição)

## Objetivos

- Realizar revisão de conceitos-chave sobre a Diabetes Mellitus tipo I na criança/jovem;
- Uniformizar práticas/cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I, em particular na área da Insulinoterapia;
- Sensibilizar os profissionais de saúde que prestam cuidados a estas crianças/jovens numa situação de Diabetes Mellitus inaugural para os desafios inerentes;
- Refletir sobre o papel do Enfermeiro na prestação de cuidados à criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I e sua família.

(logotipo da  
instituição)

## A Diabetes na Criança e Adolescente

**DIABETES MELLITUS** – grupo de doenças metabólicas, caracterizada por hiperglicemia crónica

- | Glicémia jejum 70-110 mg/dl ----- Normal
- | Sintomatologia específica e glicémia  $\geq 200$ mg/dl OU Glicémia jejum  $\geq 126$  mg/dl ----- DM

É o distúrbio endócrino mais comum na infância, com incidência máxima atingida durante o início da adolescência

Causada por defeito da ação da insulina nos tecidos alvo:

- | Defeito na secreção de insulina (**DM tipo 1**)
- | Defeito na ação da insulina (DM tipo 2)
- | Defeito na ação e secreção de insulina

(logotipo da  
instituição)

## A Diabetes na Criança e Adolescente - Etiologia

### Fatores genéticos

- Doença com incidência familiar, mas sem padrão de hereditariedade reconhecido
- Só 10-15 % das crianças com DM 1, têm um familiar com doença na altura do diagnóstico
- Auto imunidade

### Fatores ambientais

- O aumento recente da incidência, em especial no grupo etário < 5 anos e as grandes diferenças entre países vizinhos, não pode ser explicado por diferenças genéticas
- Grande numero de fatores têm sido implicados ao longo do tempo:
  - Aleitamento materno de curta duração
  - Vírus
  - Exposição precoce ao leite de vaca
  - Exposição precoce ao glúten
  - Falta de vitamina D

Destruição das células  $\beta$   
dos ilhéus pancreáticos



Défice absoluto de secreção  
de insulina

(logotipo da  
instituição)

## A Diabetes na Criança e Adolescente – tríade terapêutica



(logotipo da  
instituição)

## A Diabetes na Criança e Adolescente – fisiologia e fisiopatologia

### Insulina

é uma hormona pancreática que desempenha no organismo um papel fundamental na regulação dos hidratos de carbono, lípidos e metabolismo proteico

provoca uma diminuição do nível sanguíneo de glicose através do aumento do transporte da glicose para as células e da promoção da conversão da glicose em glicogénio

permite a entrada de glicose nas células para ser transformada em energia

é rapidamente absorvida pelos locais de administração SC; o ritmo de absorção é determinado pelo tipo de insulina, pelo local de administração, pela quantidade injetada e por outros factores

(logotipo da  
instituição)

## Insulinoterapia na criança e adolescente

O principal objectivo do tratamento da diabetes é controlar os níveis de glicémia, visto ser a forma mais eficaz de prevenir ou minimizar o risco de complicações crónicas, melhorando a qualidade de vida da criança/jovem com diabetes

A Insulinoterapia é um dos principais elementos no tratamento da criança/jovem diabética (DM tipo 1)

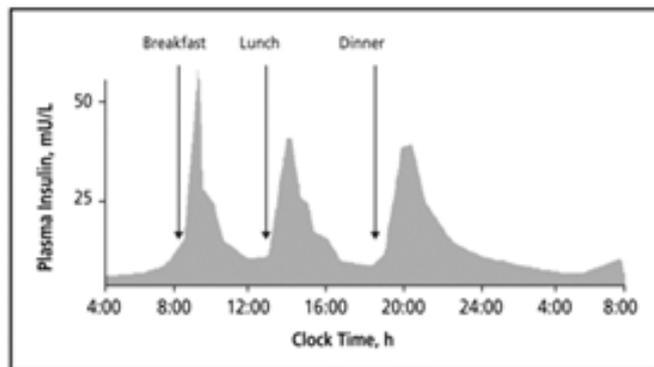
Objetivo:

Glicémias capilares 70 -150/180 mg/dl

(logotipo da  
instituição)

## Insulinoterapia na criança e adolescente

Secreção fisiológica de insulina numa pessoa saudável



(logotipo da  
instituição)

## Insulinoterapia na criança e adolescente

O objectivo da insulinoterapia é controlar os picos hiperglicémicos após as refeições e proporcionar níveis basais que sustentem o metabolismo de glicose normal



Para um metabolismo adequado dos hidratos de carbono o pâncreas utiliza uma secreção contínua de insulina entre as refeições e durante a noite, em resposta à produção de glicose pelo fígado em jejum (secreção basal) e uma secreção aguda em resposta à ingestão dos alimentos (secreção estimulada). O objectivo do tratamento com insulina será imitar, o mais possível, a secreção fisiológica de insulina pelo pâncreas normal (regime basal - bólus)

*Nexcer e Coxson, 2012*

(logotipo da instituição)

## Insulinoterapia na criança e adolescente

Tipos de Insulina		Eli Lilly	Novo Nordisk	Sanofi
Basal	Humana acção intermédia	Humulin® NPH	Insulatard®	Insuman® Basal
	Análogo de acção longa		Levemir® Insulina detemir	Lantus® Insulina glargina
Bólus	Humana de acção curta	Humulin® Regular	Insulina Actrapid®	Insuman® Rapid
	Análogo acção ultra-rápida	Humalog® Insulina lispro	Novorapid® Insulina aspártico	Apidra® Insulina glulisina
Pré-mistura	Análogos Bifásicas	Humalog® Mix 25 25% lispro, 75% lispro prot.	Novomix® 30 30% aspártico, 70% aspártico prot.	
		Humalog® Mix50 50% lispro, 50% lispro prot.		
		Humulin® M3 30% humana de acção curta, 70% NPH	Mixtard® 30 30% humana de acção curta, 70% NPH	Insuman® Comb 25 25% humana de acção curta, 75% NPH

(logotipo da instituição)

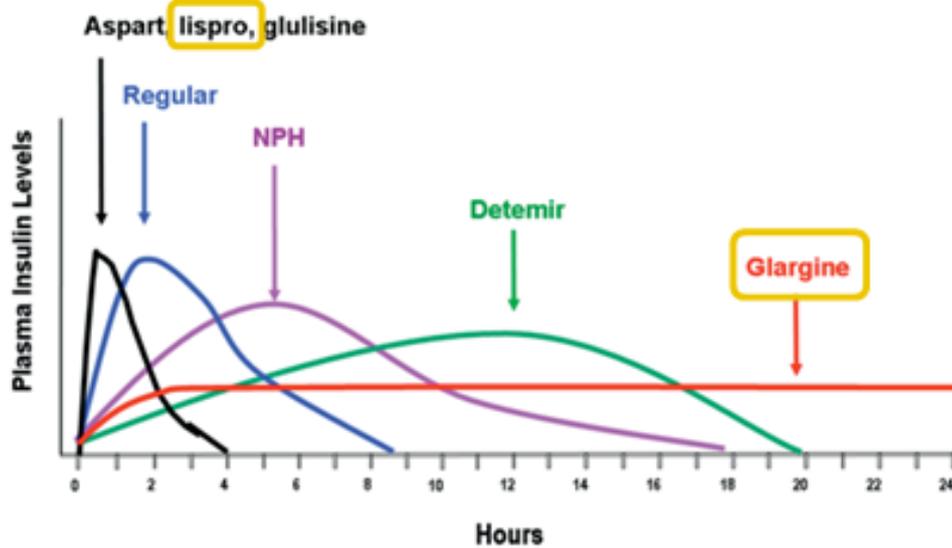
## Insulinoterapia na criança e adolescente

Insulina	Início de acção	Pico de acção	Duração da acção
TRADICIONAIS			
NPH	1-2 h	3-6 h	8-10h
ANÁLOGOS			
Lispro	10-15 min	30-90 min	2-3 h
Aspart	15-20 min	40-90 min	3-4 h
Glulisina	10-15 min	30-90 min	2-3 h
Glargina	90 min	pouco	20-24 h
Detemir	90-120 min	pouco	12-20 h

Wesker e Cremer, 2012

(logotipo da  
instituição)

## Insulinoterapia na criança e adolescente



(logotipo da  
instituição)

## Insulinoterapia na criança e adolescente

### INSULINA LISPRO

- ! A insulina lispro (ultra-rápida) é um análogo da insulina humana, que apresenta um início de ação mais rápido que as insulinas solúveis e pode ser administrada imediatamente antes de uma refeição, conferindo aos doentes maior flexibilidade e liberdade nas atividades diárias.
- ! O início de ação consegue-se aos 15 minutos, a concentração máxima aos 40-60 minutos e a duração do efeito varia entre 2-4 horas.

(logotipo da  
instituição)

## Insulinoterapia na criança e adolescente

### INSULINA GLARGINA

- i A insulina glargina é uma insulina modificada, análoga da insulina humana de longa duração de acção. A sua farmacocinética sugere que se classifique como uma insulina de acção prolongada, que proporciona um perfil constante e sem picos de concentrações plasmáticas de insulina ao longo do dia.
- i Deve ser administrada uma vez por dia a qualquer hora, mas à mesma hora todos os dias.
- i É uma insulina com um perfil mais semelhante ao fisiológico, com uma semi-vida mais longa (duração de acção até 24 h), representando um menor risco de hipoglicemia nocturna.

(logotipo da  
instituição)

## Insulinoterapia na criança e adolescente

### Esquemas de Insulina

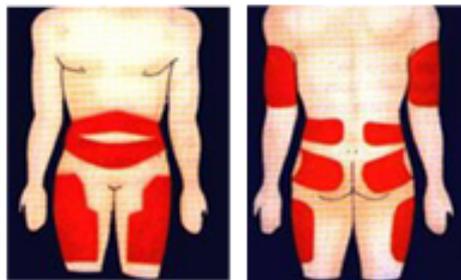
- i **Esquema tradicional**
  - i 2-3 inj./dia : intermédia+ ( ultra ) rápida ou pré-mistura P.A./Almoço/Jantar
- i **Esquema intensivo ou bólus-basal**
  - i inj. múltiplas (50% basal e 50% bolus): basal ao deitar e bólus às principais refeições (P.A./Almoço/Lanche/Jantar)

(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – locais de administração

! A insulina pode ser administrada:

- | região abdominal;
- | coxas;
- | braços;
- | nádegas



- ! **Região abdominal** - melhor local para a administração da insulina de acção rápida;
- ! **Coxas, nádegas e braços** – utilizadas preferencialmente para a administração de insulina de acção intermédia e lenta.

(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – selecção da agulha

! Para garantir uma adequada administração de insulina, é necessário calcular o tamanho correto da agulha de administração;



- ! O tamanho da agulha é baseado no cálculo do IMC ( $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$ );
- ! Existem 3 tamanhos de agulha:
  - | **Mini** (4mm, 5mm ou 6mm) – usada em  $IMC < 25$ , sem prega cutânea;
  - | **Curta** (8mm) – usada em  $IMC < 25$ , com prega cutânea;
  - | **Normal/Regular** (12,7mm) – usada em  $IMC > 25$ .

(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – preparação e técnica

- ! Lavar e secar bem as mãos;
- ! Preparar a caneta de insulina:
  - ! garantir a troca da agulha (idealmente, após cada administração; se não for possível, 1x/dia, ao final do dia);

### ! Riscos de se reutilizar as agulhas:

- ! Maior risco de infecção;
- ! Possível obstrução da agulha;
- ! Maior dor na administração;
- ! A introdução da agulha na pele é mais difícil;
- ! Depósito de cristais de insulina na agulha, obrigam a uma maior pressão na administração, não sendo administrada a dose correcta de insulina.



(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – preparação e técnica

- ! Quando é realizada a troca de agulha, garantir que a mesma é expurgada antes da administração (com 2U de insulina, até sair gota de insulina);
- ! Confirmar dose de insulina a administrar;
- ! Técnica de administração de insulina:
  - ! A utilização de prega cutânea na administração da insulina, vai depender do tecido subcutâneo da criança/adolescente. *Em crianças de colo ou em crianças/adolescentes com pouco tecido subcutâneo, normalmente opta-se por utilizar prega cutânea.*
  - ! Se não for necessário, realizar prega cutânea para picada de agulha, mas desfazendo a prega antes da administração da insulina, de modo a evitar administração no tecido muscular.

(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – preparação e técnica

- ! A administração de insulina deve ser realizada no tecido subcutâneo:
  - ! Se administrada no músculo: além de mais dolorosa, tem uma absorção mais rápida, podendo levar à hipoglicemia.
  - ! Se administrada na epiderme: a absorção é mais lenta, podendo levar à hiperglicemia.



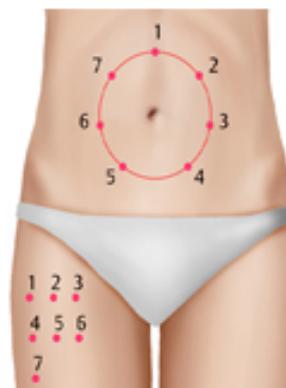
(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – preparação e técnica

- ! Proceder à administração de insulina, pressionando o mecanismo de injeção, garantindo que após a injeção a agulha permaneça na pele cerca de 10 segundos, para se certificar que foi administrada a dose de insulina na sua totalidade. Não esfregar a área ou local onde foi dada a injeção.

- ! Os locais de administração devem ser rotativos dentro de cada área, com pelo menos 1-3 cm relativamente à administração anterior (de modo a evitar as lipodistrofias, que vão interferir na absorção da insulina).

- ! Esquema de rotação de locais

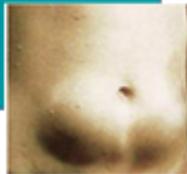


(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – Lipodistrofias

### Lipohipertrofia:

Surge de forma suave, em formato de nódulos nos locais das administrações. Pode ser causada pelos efeitos naturais da insulina, por não se realizar corretamente a rotação dos locais de administração ou pela reutilização de agulhas.



### Lipoatrofia:

Não se conhece causa efetiva. Consiste na perda de gordura sob a pele, observando-se um declive entre zonas de pele firme. Ocorre com mais frequência com insulinas misturadas.



Abdomen de una mujer de 25 años con lipoatrofia

(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – Lipodistrofias

- i A lipodistrofia é mais fácil de ser sentida do que observada, por isso, os locais de administração devem ser verificados frequentemente.
- i Muitas vezes a zona com lipodistrofia é a escolhida pelo doente para administração, pela diminuição da sensibilidade local. Caso exista alguma anormalidade, como textura, saliência ou cavidade, esse local deve ser evitado para a administração de insulina (devido à não absorção da insulina nestas zonas).

(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia – cuidados gerais

### ! Cuidados com a insulina:

- ! Até a insulina ser utilizada deve ser guardada no frigorífico, entre 2-8°C (preferencialmente numa das prateleiras medianas).
- ! A insulina deve atingir a temperatura ambiente antes de ser administrada; após abertura/utilização da insulina, esta não necessita de ser guardada no frigorífico, podendo estar a temperatura ambiente, desde que não seja exposta a temperaturas extremas ou à luz solar.
- ! Confirmar se as características do conteúdo da insulina corresponde às suas características normais (p.e. Humalog® deve ser translúcida e incolor, enquanto que a Insulatard® é esbranquiçada e turva).
- ! A validade da insulina após abertura é de 28 dias (à temperatura ambiente).

(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia

### ! Novidades...

#### Sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina



(logotipo da  
instituição)

## Aspectos práticos da Insulinoterapia

### ! Novidades...

#### ! Sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina

- ! Tem indicações específicas para ser colocada a uma criança/jovem com diabetes;
- ! Possui várias vantagens em relação ao sistema convencional de administração de insulina, nomeadamente o facto de permitir uma troca de agulha/cateter de 3-3 dias, ao invés de múltiplas injeções diárias;
- ! Por outro lado, exige por parte da criança/jovem e sua família, o desenvolvimento de competências específicas para o manuseamento e gestão da máquina/bomba.

Quando mal utilizada pode ser mais prejudicial, do que benéfica!

(logotipo da  
instituição)

## A Hipoglicémia

- ! Valor absoluto de glicémia abaixo do qual se desencadeiam sinais e sintomas de hipoglicémia

Hipoglicémia < 70mg/dl

- ! Em pediatria os sinais e sintomas são mais difíceis de reconhecer exigindo avaliações de glicémia mais frequentes:

Picos de ação  
de insulina

Ajustes de  
doses

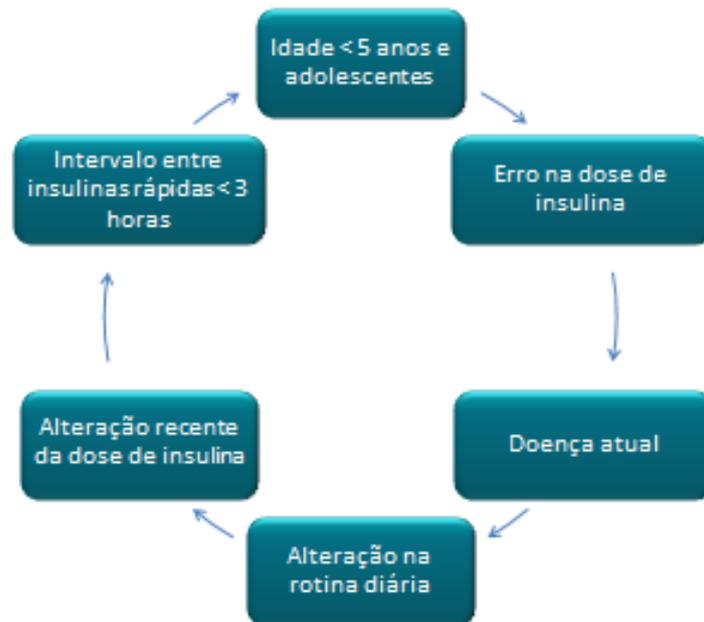
Noite

Exercício

Doença

(logotipo da  
instituição)

## Hipoglicemia – causas/ fatores predisponentes



(logotipo da  
instituição)

## Hipoglicemia – sinais e sintomas

### I SISTEMA NERVOSO AUTONOMO

- | TREMORES
- | PALPITAÇÕES
- | SUORES FRIOS
- | PALIDEZ
- | SENSAÇÃO DE FOME
- | IRRITABILIDADE
- | FRAQUEZA MUSCULAR
- | ANSIEDADE
- | DORMÊNCIA DOS LÁBIOS, DEDOS E LÍNGUA

(logotipo da  
instituição)

## Hipoglicemia – sinais e sintomas

### ! ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS PEQUENAS (< 5 ANOS)

- | Irritabilidade
- | Pesadelos
- | Tremores
- | Choro inconsolável

- | NÃO RECONHECEM HIPOGLICÊMIA
- | NÃO TRATAM HIPOGLICÊMIA SOZINHAS
- | EXIGE LIMIAR MAIS APERTADO DE CONTROLE E VIGILÂNCIA

(logotipo da  
instituição)

## Hipoglicemia – sinais e sintomas

### ! SISTEMAS NERVOSO CENTRAL – NEUROGLICOPENIA PERIGO

(limiar entre os 40-60mg/dl)

- | DOR DE CABEÇA
- | SENSAÇÃO DE CALOR
- | FALTA DE CONCENTRAÇÃO
- | VISÃO DUPLA
- | DIFICULDADES NA AUDIÇÃO
- | FALA ARRASTADA
- | CONFUSÃO MENTAL
- | SONOLENCIA
- | IRRITABILIDADE
- | CONVULSÃO
- | PERDA DE CONSCIÊNCIA
- | COMA

(logotipo da instituição)

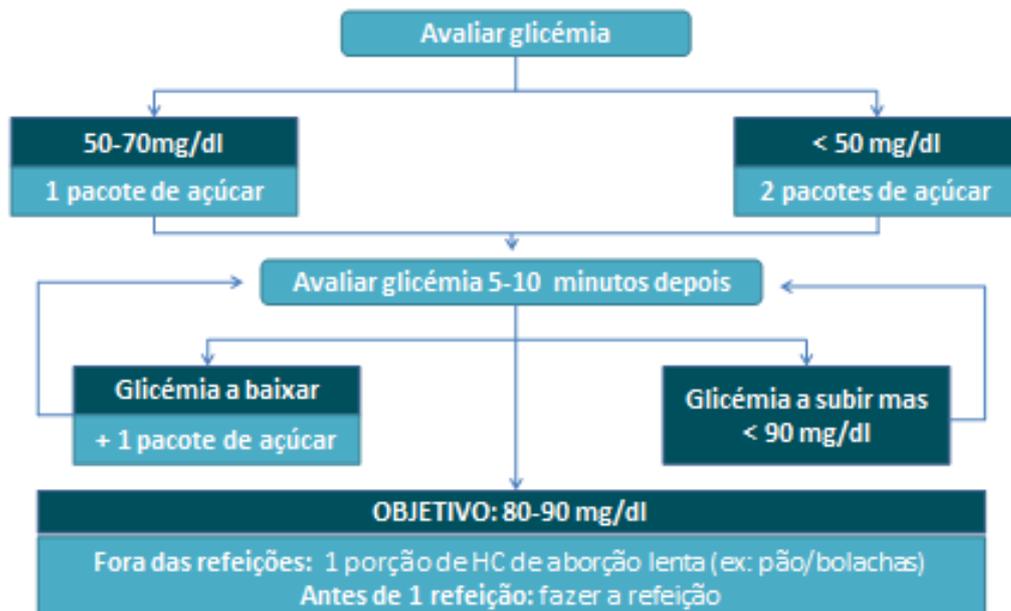
## Hipoglicemia – quando avaliar



(logotipo da instituição)

## Hipoglicemia – tratamento

Hipoglicemia assintomática e/ou criança consciente e colaborante



(logotipo da instituição)

## Hipoglicemia – tratamento

Se criança com alteração do estado de consciência, convulsões ou se hipoglicemia refratária à correção com açúcar oral:

**Meio hospitalar** • 55 ml de Glicose 10% IV

- ! Avaliar glicemia 5 minutos após a administração;
- ! Se glicemia a baixar, administrar outro bôlus de Glicose e avaliar glicemia 5 minutos depois; de glicemia a subir, mas ainda < 80-90 mg/dl, aguardar mais 5 minutos e voltar a avaliar glicemia;
- ! Quando recuperação completa da consciência, ingerir 1 porção de HC de absorção lenta.

**Domicílio** • Glucagon SC/IM

(logotipo da instituição)

## O papel do Enfermeiro – breve reflexão

Educação Terapêutica

Parceria de Cuidados

Promover uma adequada adaptação e adesão ao esquema terapêutico por parte da criança/jovem com diabetes e da sua família

*Adaptar este processo à etapa de desenvolvimento psico-motor e afetivo da criança/jovem, bem como ao seu grau de compreensão/colaboração/maturidade*

*Compreender o impacto que a Diabetes tem em todas as áreas e etapas do desenvolvimento da criança/jovem e na relação pais-criança*

(logotipo da instituição)

## O papel do Enfermeiro – breve reflexão

Educação Terapêutica

Parceria de Cuidados

5 anos

- Reconhecimento de hipoglicémias

7 anos

- Avaliação glicemia capilar

8-9 anos

- Preparação e injeção de insulina

13 anos

- compreensão do significado do risco de complicações tardias

> 15 anos

- perspectivas de futuro (social, profissional e familiar)

(logotipo da instituição)

## O papel do Enfermeiro – breve reflexão

Educação Terapêutica

Uma proposta para a melhoria/uniformização na prestação de cuidados...

HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

(colar aqui a etiqueta de identificação da criança/jovem)

**CHECK-LIST PARA ENSINOS DIABETES** DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Temas	Subtemas	CP	B	CA	Observações
Diabetes	Diabetes tipo 1				
Higiência e Cuidado capilar	Materiais necessários				
	Técnicas adequadas (skinner para mãos, uso correto do álcool)				
	Interpretação correta correta (glicemia, taxa de hemoglobina)				
	Técnicas adequadas de aplicação de insulina (insulina)				
	Montagem correta de insulina				
	Técnicas adequadas de aplicação de insulina				

Resposta à avaliação/avaliação	Parceria paraprofissionais de saúde				
	Materiais que deve acompanhar a avaliação/avaliação na prática clínica				
Outros de interesse	Atuação e cuidado				

**Legenda:**

- CP = conhecimento presente
- B = conhecimento presente, mas necessita reforçar ensino
- CA = conhecimento ausente

© 2014 - Hospital Beatriz Ângelo de Curitiba, S/A  
Rua Carlos Cavalcanti, 2 - Vila Santa Helena - Curitiba  
Fone: (41) 3333-1111 - Fax: (41) 3333-1112 - www.hospitalbeatriz.org.br  
Hospital Beatriz Ângelo - Rua Carlos Cavalcanti, 2 - Vila Santa Helena - Curitiba - PR - 81220-000

(logotipo da instituição)

## O papel do Enfermeiro – breve reflexão



(logotipo da instituição)

## O papel do Enfermeiro – breve reflexão

### O regresso a Casa...

*Uma proposta para a melhoria/uniformização na prestação de cuidados...*

Fornecer contacto telefónico do serviço no momento da alta para esclarecimento de dúvidas no regresso imediato a casa

Telefonema follow-up nas primeiras 24-48h pós-alta para avaliar processo de regresso a casa, necessidade de esclarecimento de dúvidas, etc.

(logotipo da instituição)

## O papel do Enfermeiro – breve reflexão

### O regresso à Escola...

#### Norma DGS: Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar (2012)

*" (...) O tratamento, indispensável e insubstituível, é a administração de insulina de forma injetável, diariamente, por várias vezes, nomeadamente às refeições (...)"*

*" (...) Este tratamento obriga à determinação dos valores de glicemia aquando da sua injeção e sempre que se suspeite de uma redução acentuada dos valores de glicemia (hipoglicemia) (...)"*

*" (...) De acordo com a fase de desenvolvimento da criança ou jovem este tratamento poderá estar na dependência dos pais ou outros adultos cuidadores devidamente educados pela sua equipa de saúde (...)"*

*" (...) No âmbito da Escola Inclusiva e das crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais a Escola identifica as situações de alunos com Diabetes tipo 1, a fim de se mobilizarem os recursos para o apoio necessário ao seu bem-estar e à sua inclusão escolar (...)"*

(logotipo da instituição)

## O papel do Enfermeiro – breve reflexão

### O regresso à Escola...

*Uma proposta para a melhoria/uniformização na prestação de cuidados...*

Preparação da criança/jovem e pais/família durante o internamento hospitalar

O que levar para a escola

Folheto informativo para entregar professor

Referenciação da criança/jovem e sua família aos Cuidados de Saúde Primários  
(Enf.º de Família, Enf.º de Saúde Escolar, etc)

Telefonema Centro de Saúde área de residência dia anterior à alta

(logotipo da  
instituição)

# Workshop prático

## Insulinoterapia

(logotipo da  
instituição)

## Bibliografia

- | ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL - Portal de Diabetes. Acedido em Setembro de 2015 em <http://www.apdp.pt/index.php/comunicacao/material-educacional>
- | CAMPOS, Rosa Arménia (2011) - Insulinoterapia. Revista Nascer e Crescer. ISSN 0872-0754. Vol. 20, Nº 3, p. 182-184.
- | DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2012) – *Orientação da Direção Geral da Saúde: Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar*. N.º 003/2012, de 18/01/2012.
- | EMA - Folheto informativo Humalog. Acedido em Setembro de 2015 em [http://www.ema.europa.eu/docs/pt\\_PT/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000088/WC500050332.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000088/WC500050332.pdf)
- | HOCKENBERRY, M; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. (2006) - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª. Edição. Rio de Janeiro. Mosby – Elsevier.
- | INFARMED - Folheto informativo Lantus. Acedido em Setembro de 2015 em [http://www.infarmed.pt/pt/noticias\\_eventos/noticias/circular\\_064/Fl.pdf](http://www.infarmed.pt/pt/noticias_eventos/noticias/circular_064/Fl.pdf)
- | <http://controlaradiabetes.pt> Acedido em Setembro de 2015
- | <http://liguesediabetes.pt/artigos> Acedido em Setembro de 2015

(logotipo da  
instituição)

## Bibliografia

- | Melland, Oliver, Edwards, Mason, Powell (2012) Use of paediatric early warning systems in Great Britain: has there been a change of practice in the last 7 years? *Arch Dis Child*
- | Melland O, Clarke C, Borland ML, Pascoe EM (2010) Does a standardized scoring system of clinical signs reduce variability between doctors' assessments of the potentially dehydrated child?. *Journal of Paediatrics & Child Health*, March 2010, vol./iss. 46/3(105-7) Abstract: AIMS: Clinical assessment of dehydrat
- | Royal College of Nursing (2007) 'Standards for Assessing, Measuring and Monitoring Vital Signs in Infants Children and Young People.' London. RCN.
- | Rubin S., Bert K., Khomani K (2011) Association of Pediatric Early Warning System Score (PEWS) with ICU and Hospital outcome *Pediatric Critical Care Medicine*
- | Rubin S., Marshall L., Gilmore K., Frankel M., Doughter K., Ostrom K., Ziplin K., Wetzel K (2011) Pediatric early warning system (PEWS) score: Accuracy and inter-rater reliability *Critical Care Medicine*, December
- | Seiger, Meconochie, Oostenbrink e Moll (2013) Validity of different pediatric early warning scores in the emergency department. *Pediatrics*, October
- | Solving AL, Eggen EM, Schroder J, Nakstad S (2013) Use of a modified pediatric early warning score in a department of pediatric and adolescent medicine. *PLoS ONE*
- | Stanhouse, C. et al. (2000) Prospective evaluation of a modified early warning score to aid detection of patients developing critical illness on a surgical ward. *BMJ Anaesth.*
- | Steing C, Grebe CB. (2002) An audit of a patient-at-risk trigger scoring system for identifying seriously ill ward patients. *Nursing in Critical Care*. Vol 7, p215-219.
- | Swancy JS, Pass WS, Grissom CK, Koonan HT (2012) Comparison of severity of illness scores to physician clinical judgment for potential use in pediatric critical care triage. *Disaster Medicine & Public Health Preparedness*, June -
- | Tibbels J, Kinney S, Dulo T, et al. Reduction of inpatient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results. *Archives of Disease in Childhood*;90:1140-52.
- | Tunc L and Bullock I (2004) Early Warning Tools to identify children at risk of deterioration: a discussion. *Pediatric Nursing*. Vol 18, no 8.
- | Yeh, Pellaek, Kucimann, Holbrook e Hiddis (1984) Validation of a physiologic stability index for use in critically ill infants and children. [Pediatr Res](#). May;18(5):445-51

(logotipo da  
instituição)

# OBRIGADA



## ANEXOS



*ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE  
FORMAÇÃO “A CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES MELLITUS TIPO I -  
ASPETOS PRÁTICOS NA INSULINOTERAPIA”*



(logotipo da instituição)

## Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da ação de formação)

Designação do Curso: _____	Data: _____
Nome do formando (facultativo) _____	
Local formação: _____	

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à ação de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinale no respetivo □ na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

### 1 – Qual a importância que atribui a esta ação como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário					
No seu desenvolvimento pessoal					
Na excelência da sua equipa					

### 2 – Como avalia a ação de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de aprendizagem					
2.4 Competência do formador					
2.5 Apreciação Global					

Pontos fortes desta ação de formação

---

---

Pontos fracos desta ação de formação

---

---

Ações de formação em que gostaria de participar

---

---

---



## **APÊNDICE IX – Check-list Ensinos Diabetes tipo I**



(logotipo da instituição)

(colar aqui a etiqueta de identificação da criança/jovem)

## CHECK-LIST PARA ENSINOS À CRIANÇA COM DIABETES

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Temas	Subtemas	CP	R	CA	Observações		
						Folheto	Enf.º
Diabetes	Diabetes tipo I						
Vigilância glicêmica capilar	Material necessário						
	Técnica adequada (lavagem prévia mãos, local punção dedo adequado)						
	Interpretação valores obtidos (normo, hipo ou hiperglicemia)						
	Troca agulha da caneta de punção (de 2-2 dias)						
Insulino terapia	Montagem caneta de insulina						
	Troca agulha da caneta de insulina (trocar todos os dias; expurgar com 2U para preparar caneta para utilização)						
	Técnica adequada (prega cutânea, local punção adequado, rotação locais de punção)						
	Interpretação adequada do esquema de insulina						
	Cuidados e conservação da insulina						
Alimentação	Dieta adequada						
	Contagem HC (identificação dos alimentos para contabilização HC e respetiva contagem adequada)						

<b>Hipoglicémia</b>	O que é						
	Sintomas a vigiar						
	Atuação perante hipoglicémia (de acordo com protocolo - açúcar/glucagon)						
<b>Corpos Cetónicos/ Cetonémia</b>	O que é						
	Sintomas a vigiar						
	Interpretação valores obtidos						
	Atuação perante cetonémia						
<b>Atividade física</b>	Atuação e cuidados						
<b>Regresso à creche/escola</b>	Parceria pais/escola/ profissionais de saúde						
	Material que deve acompanhar a criança/jovem na creche/escola						
<b>Dias de doença</b>	Atuação e cuidados						

**Legenda:**

- CP – conhecimento presente
- R – conhecimento presente, mas necessário reforçar ensinios
- CA – conhecimento ausente

**Elaborado por:** Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

**Sob a orientação de:** Enf.º E. P., Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**APÊNDICE X – Manual de Apoio para crianças/jovens com diabetes tipo I e suas famílias**



(logotipo da instituição)

**Internamento de Pediatria**

# ***Tenho Diabetes... e agora?***

**Manual de Apoio para crianças/jovens com  
diabetes tipo I e suas famílias**

**Elaborado por:** Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

**Sob a orientação de:** Enf.º E. P., Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Outubro, 2015



## **LISTA DE FOLHETOS**

- *A Diabetes*
- *Avaliação da Glicémia Capilar*
- *Insulinoterapia*
- *Alimentação e Diabetes*
- *Hipoglicémia*
- *Corpos Cetónicos*
- *Exercício Físico*
- *A criança/jovem com Diabetes regressa a escola*
- *Dias de doença – o que fazer?*



(logotipo da instituição)

## A DIABETES

A **Diabetes** é uma doença crónica, ou seja, é uma doença que existirá para o resto da vida da criança/jovem, mas que pode ser gerida de forma a que esta tenha uma vida normal e venha a ser um adulto feliz e realizado. A **Diabetes** é uma doença em que ocorre um **aumento da quantidade de açúcar no sangue**. A quantidade de açúcar no sangue chama-se **glicémia** e quando está elevada chama-se **hiperglicémia**.

**O açúcar (glucose) é a principal fonte de energia do nosso corpo** e é obtida através da ingestão, digestão e absorção dos alimentos que contêm amido (massa, arroz, batata, etc.) e açúcar (bolachas, fruta, etc.). **Para que a glucose possa ser utilizada pelo nosso corpo como fonte de energia é necessária a insulina**.

### **O que é a insulina?**

A insulina é produzida no pâncreas (um órgão que existe no nosso corpo), transformando em energia os açúcares (glucose) que ingerimos nos alimentos, sendo por isso muito importante à vida.



### **A Diabetes tipo I**

Existem vários tipos de diabetes. A **Diabetes tipo I** é a **mais comum nas crianças e jovens** e ocorre quando o **pâncreas deixa de produzir insulina** e, portanto, o corpo deixa de conseguir transformar os açúcares em energia. Por esse motivo, os açúcares permanecem no corpo e no sangue da pessoa, fazendo com que a glicémia aumente, levando à **hiperglicémia** (açúcar elevado no sangue).

Quando a Diabetes tipo I aparece, surgem os seguintes sintomas:

- Urinar muito
- Ter muita sede
- Ter muita fome
- Perder peso de repente
- Cansaço e dores musculares
- Dores de cabeça, indisposição e vômitos

### ***Como se pode tratar desta doença?***

Uma vez que o corpo da pessoa com Diabetes tipo I deixa de produzir insulina, esta tem que ser administrada à criança sob a forma de injeção. Para além da **insulina**, é essencial ao tratamento da doença e à prevenção de complicações, uma **alimentação adequada e equilibrada** e a prática de **atividade física regular**.



### **Desfazendo mitos sobre a diabetes...**

- **O meu filho(a) agora vai ser diferente das outras crianças: FALSO**

Uma criança com diabetes pode ser igual a qualquer outra! As crianças poderão realizar a sua vida de forma normal. Mas é importante o conhecimento sobre a doença e sobre o seu tratamento.

- **A diabetes tipo I tem cura: FALSO**

A diabetes tipo I é uma doença crónica, ou seja, é para toda a vida. Não pode ser curada, mas pode ser tratada e pode-se viver de forma saudável com ela. Para que isso aconteça é importante saber conciliar a administração de insulina, a alimentação, a prática de exercício físico e o controlo da glicémia, pois estes são fatores que vão contribuir para o sucesso do tratamento.

- **O tratamento da diabetes tipo I pode ser feito com comprimidos e dieta: FALSO**

Uma criança/jovem com diabetes tipo I deixa de produzir insulina no seu corpo, que é essencial à vida. Sendo assim, a criança/jovem tem que receber insulina, sob a forma de injeção, todos os dias, para o resto da sua vida. Na Diabetes tipo I o tratamento não pode ser apenas tomar comprimidos ou controlar a doença com a alimentação, como em outros tipos de diabetes.

- **O tratamento da diabetes tipo I é caro: FALSO**

A criança/jovem com diabetes é seguida frequentemente em consultas no centro de saúde e/ou em consultas externas no hospital. Os materiais e a medicação necessários têm participação de 85% na compra, como é o caso das tira-teste da glicémia. As agulhas, as lancetas e as insulinas são gratuitas.

(logotipo da instituição)

## AVALIAÇÃO DA GLICÉMIA CAPILAR

A glicémia corresponde à quantidade de açúcar no sangue. Os valores de glicémia não são sempre iguais ao longo do dia e vão variar de acordo com a alimentação, a atividade física e a medicação (insulina). **Os valores normais de glicémia em jejum devem estar entre os 70-110mg/dl** e ligeiramente mais elevados ao longo do dia, antes das refeições.

Quando a **glicémia** se encontra **abaixo dos 70 mg/dl**, ocorre uma “baixa” de açúcar no sangue, ou uma **hipoglicémia**. Quando os valores de **glicémia** se encontram mais **elevados** do que é suposto, ocorre uma “subida” de açúcar no sangue, ou uma **hiperglicémia**.

Na diabetes tipo I é **fundamental a avaliação da glicémia, em jejum e antes das refeições (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia); por vezes também é importante avaliar a glicémia a meio da noite para despistar possíveis hipoglicémias noturnas**. A avaliação da glicémia é feita através de um glucómetro (pequena máquina que mede o valor de açúcar no sangue em alguns segundos, através de uma pequena picada no dedo).

**Para realizar a avaliação da glicémia deve seguir os seguintes passos:**

- 1º** Lavar e secar bem as mãos;
- 2º** Preparar a tira-teste, colocando-a na máquina e aguardando que esta dê a indicação de “gota”;
- 3º** Escolher o dedo onde se vai realizar a avaliação da glicémia e picar uma das laterais da ponta do dedo;

### **ATENÇÃO!**

- É importante regular a profundidade da picada, acertando a altura da “agulha” na caneta, e trocar as “agulhas” a cada 2 dias, de modo a que a picada seja o menos dolorosa possível – se necessário peça ajuda de um profissional de saúde.
- Não utilize sempre os mesmos dedos para a avaliação da glicémia!

- 4º** Colocar a gota de sangue na tira-teste que está na máquina e aguardar uns segundos pelo resultado;

**5º** Registrar o valor – **é muito importante registrar num livro próprio os vários valores de glicémia ao longo do dia**, para depois se poderem analisar e partilhar esses dados com os profissionais de saúde que acompanham a criança/jovem.





(logotipo da instituição)

## INSULINOTERAPIA

Na diabetes tipo I, o pâncreas deixa de produzir insulina, e sem ela o corpo deixa de funcionar. Por esse motivo as crianças/jovens com diabetes tipo I, têm de realizar várias injeções de insulina ao longo do dia, **sendo que a administração de insulina é essencial e nunca deve ser interrompida.**

Existem vários tipos de insulina, de acordo com a sua forma de atuação no organismo. Nas crianças/jovens com Diabetes tipo I, as mais utilizadas são a insulina de ação lenta (LANTUS®) e a insulina de ação ultra-rápida (HUMALOG®):

- a **insulina de ação lenta** é realizada uma vez por dia, sempre à mesma hora (normalmente antes de a criança/jovem ir dormir) e mantém uma quantidade mínima de insulina no organismo da criança durante todo o dia;
- a **insulina de ação ultrarrápida** é realizadas às principais refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche da tarde e jantar), para que o organismo da criança consiga utilizar os hidratos de carbono da comida que ingeriu (quando comemos alimentos com hidratos de carbono, estes irão fazer aumentar os níveis de açúcar no sangue durante algumas horas, pelo que nas refeições é necessário administrar “doses extras” de insulina).

As quantidades de insulina a serem administradas serão indicadas pelo profissional de saúde que acompanha a criança/jovem, através de um esquema de administração de insulina. A insulina é medida em unidades (uma unidade de insulina, três unidades de insulina, etc...).

**A quantidade de insulina de ação rápida a ser administrada às refeições irá depender do valor da glicémia antes da refeição e da quantidade de hidratos de carbono ingeridos.**

### **Como se administra a insulina?**

Para administrar a insulina utilizam-se "canetas", que permitem a marcação da dose exata de insulina. As canetas podem ser facilmente transportadas, o que facilita a realização das injeções no dia-a-dia. Existem dois tipos de canetas:

- **Canetas pré-cheias:** a caneta já traz a insulina; depois de terminar, a caneta é deitada fora.
- **Canetas recarregáveis:** a caneta e o frasco de insulina estão separados, sendo necessário colocar o frasco da insulina na caneta; estas canetas são reutilizáveis, sendo necessário substituir apenas o frasco de insulina.

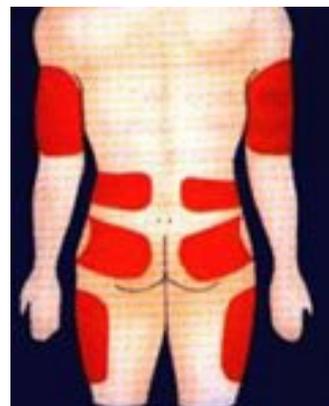
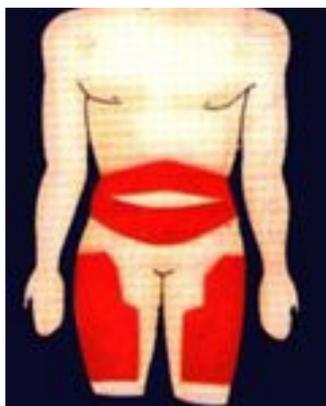


**ATENÇÃO:** Se a criança/jovem utiliza mais do que um tipo de insulina é  **muito importante saber qual é qual** para evitar erros que podem ser perigosos! Deve pelo menos memorizar o nome e a aparência da caneta/frasco de insulina. Colocar uma etiqueta pode ajudar!

### Locais de administração da insulina:

A insulina pode ser administrada:

- região abdominal;
- coxas;
- braços;
- nádegas.



Normalmente a insulina de ação ultra-rápida é administrada na região abdominal, coxas e braços, uma vez que nestes locais é melhor absorvida. Já a insulina de ação lenta é administrada nas nádegas.

**A insulina não deve ser administrada sempre no mesmo local, devendo realizar-se uma rotação dos locais de administração.** Para ir variando os locais de administração, deve deixar-se entre duas administrações uma distância de 3 cm, administrando a insulina em diferentes pontos do mesmo local, um local de cada vez.



O objetivo da rotação dos locais de administração da insulina é evitar a formação de “papos” ou lipodistrofias. Os “papos”/lipodistrofias aparecem quando uma zona do corpo é muito utilizada para a administração de insulina, levando a um aumento de gordura naquele local. Este aumento de gordura dificulta a absorção de insulina, pelo que **estas zonas com “papos” não devem ser utilizadas para a sua administração, nem devem ser massajadas.**

## Técnica de administração da insulina:

1º Lavar e secar bem as mãos;



2º Preparar caneta:

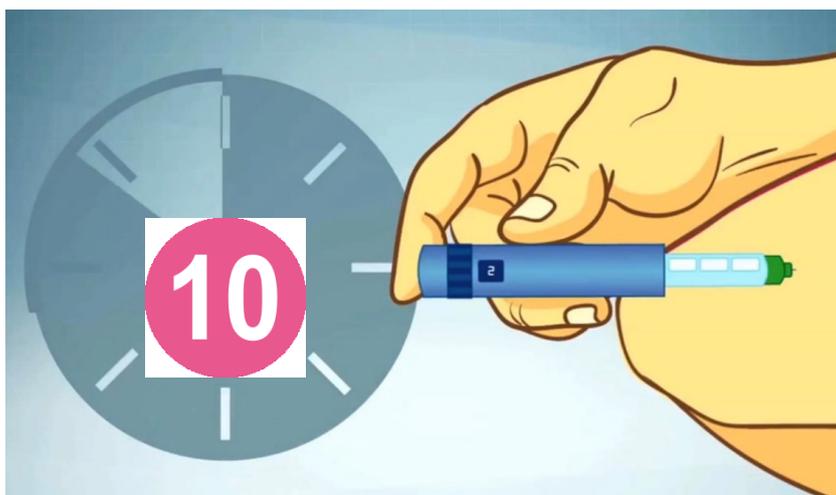
- Retirar a tampa da caneta e da agulha;
- Garantir a troca da agulha (trocar a agulha uma vez por dia, ao final do dia; quando a agulha é trocada, expurgar a mesma com 2U de insulina, até sair gota de insulina, antes de proceder à administração);
- Marcar a dose de insulina a administrar.



3º Escolher o local de administração da insulina;

4º Administrar a insulina:

- Realizar prega cutânea;
- Introduzir a agulha na pele com ângulo de 90º (perpendicular à pele);
- Desfazer a prega cutânea (depende do tecido subcutâneo da criança/adolescente; em crianças de colo ou em crianças/adolescentes com pouco tecido subcutâneo, normalmente opta-se por manter a prega cutânea);



- Pressionar o botão da caneta até chegar a 0 (zero) no marcador da dose, para injetar a insulina;
- Aguardar cerca de 10 segundos (contar até 10 devagar) com a agulha introduzida na pele, para se certificar que foi administrada a dose de insulina na sua totalidade.

5º Retirar a agulha da pele cuidadosamente.

6º Tapar a agulha e a caneta.

**Cuidados de conservação da insulina:**

- Até a insulina ser utilizada/aberta esta deve ser guardada no frigorífico, entre 2-8ºC (preferencialmente numa das prateleiras medianas do frigorífico);
- A insulina deve atingir a temperatura ambiente antes de ser administrada;
- Após abertura/utilização da insulina, esta não necessita de ser guardada no frigorífico, podendo estar à temperatura ambiente, desde que não seja exposta a temperaturas extremas ou à luz solar; a data de validade da insulina após a sua abertura é de 28 dias;
  
- **Em viagem...**
  - Se for para a praia ou para um local com temperaturas elevadas, deve guardar a insulina numa bolsa térmica;
  - Se for para a neve ou para um local com temperaturas baixas, deve guardar a insulina junto ao corpo, entre a roupa;
  - Quando viajar para países estrangeiros, deve garantir que leva insulina e restante material necessário suficiente para todos os dias que irá estar fora;
  - Se for realizar viagens de avião, deve levar a insulina junto à bagagem de mão (e não no porão, pois este sofre alterações de temperatura).

(logotipo da instituição)

## ALIMENTAÇÃO E DIABETES

Uma alimentação saudável e equilibrada faz parte do tratamento da diabetes e é fundamental para um bom controlo da doença.

Os alimentos são constituídos por vários nutrientes, entre eles as proteínas, os hidratos de carbono, as gorduras, as fibras, as vitaminas, que têm diversas funções no organismo.

Os alimentos que contêm hidratos de carbono são:

- Laticínios (leite e iogurtes);
- Fruta;
- Cereais (pão, massa, arroz, batatas, cereais);
- Leguminosas (grão, feijão, ervilhas, favas, lentilhas);
- Outros (bolos, doces, refrigerantes).



**Todos os alimentos que possuem hidratos de carbono (hidratos de carbono = HC) têm influência na glicémia, mas não devem ser retirados da alimentação das crianças. Os HC são sempre uma fonte de energia essencial ao bom funcionamento do organismo e ao crescimento saudável das crianças. Mas para conseguirmos aproveitar a energia dos alimentos e evitar a subida rápida da glicémia após as refeições, é muito importante fazer a contagem dos HC ingeridos e escolher a dose de insulina correta a ser administrada.**

Existem HC de absorção lenta e de absorção rápida. Na alimentação da criança diabética são preferíveis HC que tenham digestão mais lenta e que, desse modo, elevem a glicémia lentamente.

Hidratos de Carbono de absorção lenta	Hidratos de Carbono de absorção rápida
Pão	Açúcar
Massas, arroz	Mel
Batatas	Fruta
Cereais	Sumos pacote/Refrigerantes

Para além disto, é também importante não esquecer que devem ser evitadas gorduras e sal em excesso, bem como os alimentos açucarados (bolos, doces, refrigerantes): **este tipo de alimentos devem ser guardados apenas para dias de festa!**

### **A CONTAGEM de HIDRATOS DE CARBONO**

Os hidratos de carbono, depois da digestão, transformam-se em açúcares, que são a nossa principal fonte de energia. No entanto, para que esses açúcares possam ser utilizados pelo nosso corpo como energia, precisam da insulina. É então importante saber identificar a quantidade de hidratos de carbono ingeridos em cada refeição, pois dele depende em parte a quantidade de insulina a ser administrada.

A contagem dos hidratos de carbono dos alimentos é feita em equivalentes ou porções.

Cada equivalente/porção de hidratos de carbono contém cerca de 12 gr de hidratos de carbono, ou seja:

**1 porção/equivalente de HC = 12gr**

Não esquecer que, apenas nos alimentos mencionados, são contabilizados os hidratos de carbono. **Assim, não se contabilizam hidratos de carbono na carne, peixe, ovos, queijo, fiambre, azeite, óleo, manteiga (não têm HC) ou na hortaliça e legumes (pobres em HC).**

**(ANEXAR TABELAS DE EQUIVALENTES/PORÇÕES HC)**

(logotipo da instituição)

## HIPOGLICÉMIA

**A hipoglicemia é uma descida dos valores de açúcar no sangue, para valores abaixo de 70mg/dl.** As principais causas da hipoglicemia são os erros na alimentação, o excesso de insulina, a realização de exercício físico sem reforço da alimentação, os vômitos/diarreia, entre outros.

Este acontecimento pode não dar qualquer sintoma ou pode dar sintomas como:

- Sensação de fraqueza/fome
- Tonturas
- Dores de cabeça
- Suores frios
- Tremores
- Sonolência e/ou sensação de desmaio
- Irritabilidade e/ou dificuldade na concentração

**A hipoglicemia deve ser tratada de imediato, através da ingestão de açúcar!**

**Deve atuar da seguinte forma:**

**1.º** Avaliar a glicémia:

- Se glicémia com valores entre 50-70 mg/dl, dar 1 pacote de açúcar à criança;
- Se glicémia abaixo dos 50 mg/dl, dar 2 pacotes de açúcar à criança;

**2.º** Reavaliar a glicémia dentro de 5 a 10 minutos:

- Se valor de glicémia a baixar (mais baixo do que o valor anterior), dar mais 1 pacote de açúcar e reavaliar dentro de 5 a 10 minutos;
- Se glicémia a subir, mas ainda com valores abaixo de 90mg/dl, reavaliar novamente dentro de 5 a 10 minutos.

**O objetivo é a criança ter valores de glicémia de, pelo menos, 80-90mg/dl**

**3.º** Quando glicémia chegar a valores de 80-90mg/dl:

- Se estiver na hora de uma refeição, a criança deve fazer essa refeição logo de seguida;
- Se for fora do horário de uma refeição, a criança deve ingerir 1 porção de hidratos de carbono de absorção lenta (por exemplo, pão ou bolachas).

**O açúcar pode ser direto do pacote ou misturado com água (formando uma pasta), e deve ser colocado na boca, deixando derreter debaixo da língua;** uma alternativa aos pacotes de açúcar é beber um sumo açucarado.

**Uma criança/jovem com hipoglicémia nunca deve ser deixada sozinha, e deve procurar-se ajuda de imediato. Uma hipoglicémia não tratada pode ter consequências graves, podendo a criança/jovem ficar inconsciente.**

Qualquer criança/jovem com diabetes deve ter sempre consigo:

- Identificação onde conste que tem diabetes tipo I
- Máquina de pesquisa de glicémia
- Pacotes de açúcar
- Bolachas-Maria
- Contactos de emergência (pais/equipa de saúde)

**Se a criança perder os sentidos, apresentar convulsões ou se não se conseguir corrigir a hipoglicémia com o açúcar, deve ser administrada uma injeção de GLUCAGON** (medicamento que aumenta os níveis de açúcar no sangue de forma rápida), da seguinte forma:

**1.º** Colocar a criança/jovem deitado de lado;

**2.º** Administrar a injeção de GLUCAGON, de acordo com as instruções:



*O efeito do Glucagon faz-se sentir em 10 minutos e a dose não deve ser repetida.*

*É natural que a criança sinta algumas náuseas/vómitos após a administração.*

*Deve fazer uma refeição assim que possível.*

**3.º** Recorrer ao serviço de saúde mais próximo, para perceber a causa da hipoglicémia.

(logotipo da instituição)

## CORPOS CETÓNICOS

Os **corpos cetônicos** são uma substância produzida pelo corpo quando, devido à falta de insulina, o corpo não é capaz de usar o açúcar como fonte de energia e, em vez disso, começa a utilizar a gordura, aumentando o nível de corpos cetônicos. Se isso acontecer, poderá desenvolver-se cetoacidose diabética, que pode ser fatal, pois **a presença de corpos cetônicos em número elevado é tóxico para o organismo.**

Os corpos cetônicos aparecem quando há quantidade insuficiente de insulina no corpo (por exemplo, por falta ou incorreta administração de insulina) ou quando ocorre um período de tempo muito longo sem a criança comer.

Os principais sintomas da presença de corpos cetônicos são:

- Náuseas
- Vômitos
- Dores de cabeça
- Dores abdominais

**Os corpos cetônicos podem ser medidos através de tiras reativas de sangue** (forma de avaliação semelhante à da glicémia capilar, apenas as tiras são diferentes), **que devem ser utilizadas quando os valores de glicémia são constantemente mais elevados do que 250mg/dl ou quando a criança/jovem está doente.**

Se o valor de cetonémia (corpos cetônicos no sangue, avaliado com a tira) for menor do que 0.6 mmol/l, os corpos cetônicos estão negativos, logo não há risco para a criança/jovem; **se o valor de cetonémia for maior do que 0.6 mmol/l, os corpos cetônicos estão positivos**, estando o corpo a utilizar as reservas de gordura como energia em vez do açúcar. **Neste caso, devem ser tomadas determinadas medidas.**

Os corpos cetônicos podem estar positivos com valores de glicémia altos e baixos, sendo mais comum existirem com valores de glicémia altos. Assim o seu tratamento depende desse aspeto.

**Se a criança estiver com corpos cetónicos positivos e valores de glicémia superiores a 250 mg/dl, deve-se:**

- administrar insulina rápida de acordo com o esquema prescrito (se houver insulina a facilitar a entrada de glicose nas células, o corpo tende a deixar de utilizar as gorduras como energia);
- ingerir alimentos com hidratos de carbono, evitando a ingestão de gorduras;
- aumentar a ingestão hídrica (beber líquidos em pouca quantidade regularmente, de forma a evitar náuseas e vômitos);
- evitar a prática de exercício físico, ficando em repouso.

**Se a criança estiver com corpos cetónicos positivos e valores de glicémias inferiores a 180 mg/dl, deve-se:**

- ingerir líquidos açucarados (pois esta situação não surge por falta de insulina, mas por não haver glucose suficiente para o corpo utilizar como energia);
- fazer pequenas refeições com hidratos de carbono e sem gordura;
- evitar a prática de exercício físico, ficando em repouso.

**Posteriormente deve-se reavaliar a glicémia e os corpos cetónicos de duas em duas horas até que estes fiquem negativos. Só se considera que os corpos cetónicos estão negativos após duas avaliações com valores inferiores a 0.6 mmol/l.**

**Deve-se contactar a equipa de saúde se a criança tiver corpos cetónicos positivos e diagnóstico de diabetes recente, sobretudo em crianças pequenas ou em caso de dúvida.**

**É aconselhado recorrer-se a uma urgência hospitalar em caso de:**

- corpos cetónicos positivos após 3 avaliações seguidas;
- doença que não melhora;
- febre que não passa;
- respiração rápida;
- dor abdominal;
- muitas horas sem urinar;
- língua seca;
- confusão, agitação ou perda de sentidos;
- convulsões;
- vómitos e diarreia;
- **glicémia constantemente superior a 250 mg/dl e cetonémia constantemente superior a 1 mmol/l.**



(logotipo da instituição)

## EXERCÍCIO FÍSICO

As crianças/jovens com diabetes podem e devem manter a prática regular de exercício físico. No entanto, é importante ter em conta quatro fatores: a duração, intensidade e tipo de atividade realizada, bem como o tipo de absorção da insulina.

### Antes da prática de exercício físico:

- Reduzir 10% da dose de insulina que é administrada numa refeição, se a atividade física ocorrer entre 1h a 3h após essa mesma refeição;
- Reduzir a dose de insulina na refeição que seja feita após a atividade física;
- Avaliar a glicémia tendo em conta os valores.

#### Condições de segurança para a prática de exercício físico:

- Os adultos responsáveis e os colegas devem ter conhecimento da doença da criança e saber atuar perante as alterações;
- Não deve ser administrada insulina nos locais que irão ser exercitados;
- Dar preferência às atividades em grupo.

### Durante o exercício físico:

- Avaliar a glicémia de hora a hora (se inferior a 120mg/dl comer 1 a 2 equivalentes/porções de hidratos de carbono);
- Ingerir 1 equivalente/porção de hidratos de carbono de absorção rápida e lenta por cada 30 minutos de atividade (após os 30 minutos iniciais);
- Estar alerta para os sinais de hipoglicémia;
- Beber muita água.

### Horas após o final da atividade física:

- Avaliar a glicémia (se inferior a 120 mg/dl comer 1 equivalente/porção de hidratos de carbono);
- Manter os sinais de alerta de hipoglicémia;
- Avaliar a glicémia antes de deitar.



(logotipo da instituição)

## **A CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES REGRESSA A ESCOLA – e agora?**

A diabetes tipo I é uma das doenças crónicas mais comuns em crianças e jovens em idade escolar. **As crianças e adolescentes com diabetes passam, assim, uma grande parte do seu dia na escola**, tal como qualquer outra criança ou adolescente.

É muito frequente que o regresso à escola após o diagnóstico de diabetes seja um momento de grande ansiedade para os pais mas também para a equipa escolar. É normal haver preocupação e medo por parte de todos, mas **aprender a cuidar destas crianças e a gerir a sua diabetes é fundamental para a adaptação da criança/jovem ao ambiente escolar**. Melhorando os conhecimentos da equipa escolar, o controlo da diabetes torna-se mais eficaz, diminuindo as complicações associadas, e o desempenho da criança/jovem na escola será melhor.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde *“No âmbito da Escola Inclusiva e das crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais a Escola identifica as situações de alunos com Diabetes tipo I, a fim de se mobilizarem os recursos para o apoio necessário ao seu bem-estar e à sua inclusão escolar, promovendo o acompanhamento, a manutenção do tratamento e a gestão de situações intercorrentes na Diabetes”*.

Assim, é da responsabilidade das escolas articular com a equipa de saúde do local onde a criança/jovem está a ser seguido e com os pais/família da criança. No entanto, se por um lado, a escola deve contribuir como parceiro dos cuidados, esta deve também receber formação específica que a permita tratar, cuidar e vigiar as crianças/jovens com diabetes. Os pais são grande parte das vezes o elemento-chave nesta parceria, sendo por vezes eles a formar os professores nos cuidados e gestão da diabetes da criança.

**A equipa escolar deve disponibilizar profissionais de referência que ajudem a criança/jovem no tratamento da diabetes, quer seja realizando as tarefas diárias, quando a criança é pequena, quer na supervisão e ajuda na tomada de decisão quando o jovem já é capaz de a fazer.** Deve ainda:

- permitir o acesso fácil do aluno aos materiais para o tratamento da diabetes;
- garantir que os alunos comam os lanches ou refeições, no horário programado e que existam pacotes de açúcar e alimentos para tratar as hipoglicémias;
- permitir aos alunos compensar os trabalhos de casa perdidos assim como os testes em que não puderam estar presentes;
- aprender sobre a diabetes e efetuar um plano individual do aluno com os cuidados a serem tidos em conta ao longo do dia, com apoio da saúde escolar ou equipa de saúde que segue a criança/jovem.



(logotipo da instituição)

## **DIAS DE DOENÇA – o que fazer?**

Em qualquer situação de doença, as crianças/jovens com diabetes podem estar em risco de ter hiperglicémias, hipoglicémias ou de ficarem desidratadas. Assim, é importante ter alguns cuidados especiais:

- Ter informação escrita sobre o que fazer em dias de doença e esquemas de insulina alternativos;
- Realizar testes de glicémia e cetonémia mais frequentes;
- NUNCA PARAR DE ADMINISTRAR INSULINA – pode haver necessidade de aumentar ou reduzir doses;
- Ingerir alimentos de fácil digestão e que tenham hidratos de carbono que disponibilizem energia (gelatinas, sumos, chá com açúcar, bebidas energéticas, bolachas, arroz);
- Aumentar a ingestão de líquidos para manter uma adequada hidratação (água, chá, sumos);
- Cumprir o tratamento específico para a doença em causa, de acordo com as recomendações feitas.

**No caso de a criança não conseguir alimentar-se, ter febre constante, náuseas, vômitos ou diarreia que não consegue controlar, deve recorrer a um serviço de saúde.**



**APÊNDICE XI – Participação no Simpósio de Enfermagem: Inaloterapia na Criança**



(logotipo da instituição)



(logotipo da instituição)



(logotipo da  
instituição)

## ÍNDICE

- A Inaloterapia na Criança - breve revisão de conceitos
- A Inaloterapia na Criança - adesão ao regime terapêutico
  - Educação terapêutica
  - Estratégias promotoras da adesão
  - A experiência prática em contexto de Internamento

(logotipo da  
instituição)

## OBJETIVOS

- Sensibilizar para a importância da adesão terapêutica na criança, em contexto de Inaloterapia
- Explicitar sobre as principais estratégias de promoção da adesão ao regime terapêutico na Inaloterapia, na criança e sua família

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

*“As doenças respiratórias da criança representam cerca de 1/5 de todas as consultas no Ambulatório em Pediatria, 1/3 das ocorrências em Serviço de Urgência e 1/3 dos Internamentos em Serviços de Pediatria Hospitalares.*

*São neste momento, no Mundo, a causa mais frequente de mortalidade infantil abaixo dos 5 anos de idade.”*

*Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2013*

**A via inalatória constitui o método preferencial para a administração de terapêutica no tratamento das doenças respiratórias**

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

A administração de terapêutica por via inalatória pode ser efetuada através de:

Inaladores pressurizados doseáveis  
(Pressurized Metered-Dose Inhalers -  
pMDIs) com/sem câmara expansora



Inaladores de pó seco (Dry  
Powder Inhalers - DPI)



Nebulizadores



(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

A via inalatória tem inúmeras vantagens, nomeadamente, o rápido início de acção pela deposição direta do fármaco no aparelho respiratório e a utilização de doses menores para obter uma terapêutica eficaz, com conseqüente redução dos efeitos colaterais.

No entanto, para garantir estas vantagens e bons resultados terapêuticos é essencial uma correta utilização dos dispositivos de inalação.

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde que seguem habitualmente as crianças e adolescentes com patologia respiratória possuam conhecimentos sobre o uso correto destes dispositivos e assegurem o ensino adequado sobre a inaloterapia, bem como a adesão ao regime terapêutico por parte da criança e seus familiares.

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

De acordo com os resultados de vários estudos publicados, uma percentagem elevada de doentes usa incorretamente os dispositivos e cerca de 25 % afirma não receber instruções de utilização.

A utilização incorreta dos dispositivos de inalação e a não adesão à terapêutica tem uma influência francamente negativa na eficácia terapêutica dos fármacos inalados.

DGS, 2013

*Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

*Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*

**Educação Terapêutica**



**PARCERIA  
DE CUIDADOS**

**Binómio criança-família**

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

*Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*

### Educação Terapêutica

*“As intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar”.*

*Machado, 2009, p.38*

A Educação Terapêutica passa essencialmente por promover a aquisição de conhecimentos e competências, permitindo a capacitação e autonomia progressivas da criança e sua família, ao longo do regime terapêutico.

A educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação.

*Machado, 2009*

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

*Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*

### Educação Terapêutica

Garantir a transmissão da informação oral e em suporte escrito, de modo a facilitar a memorização.

Estabelecer uma comunicação eficaz e um vínculo entre os profissionais de saúde e a criança e sua família.

Ter em consideração não só a idade da criança/adolescente, como também a sua etapa de desenvolvimento psico-motor e o seu grau de compreensão/colaboração.

Utilizar linguagem simples, acessível e de fácil compreensão, tendo em conta o nível sócio-cultural da criança/família.

Ter em conta as rotinas diárias da criança e da sua família.

**Salientar a importância da adesão ao regime terapêutico**

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

*Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*

### Educação Terapêutica

- Explicar sobre a doença e o respetivo regime terapêutico (que inclui a terapêutica inalatória);
- Explicitar os objetivos da terapêutica inalatória;
- Esclarecer sobre os possíveis efeitos secundários da terapêutica inalatória;
- Explicar, demonstrar e treinar técnica de administração da terapêutica inalatória (de acordo com dispositivo escolhido\*);
- Explicar os cuidados de manutenção dos dispositivos;
- Prevenir acerca das possíveis dificuldades no regime terapêutico e fornecer estratégias adequadas;
- Esclarecer dúvidas;
- Fornecer informação em suporte escrito sobre o tema e sobre o regime terapêutico prescrito.

(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

*Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*

Promover um ambiente  
tranquilo

Adequar o posicionamento,  
de acordo com a faixa etária

Adequar a técnica de administração,  
de acordo com o dispositivo

Promover a colaboração da criança/adolescente,  
de acordo com a faixa etária



(logotipo da instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

*Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*



### Brincadeira terapêutica

Transformar num jogo:  
Cantar canção...  
Contar até 10...  
Utilizar brinquedo de referência...

Familiarização progressiva com os equipamentos/dispositivos

(logotipo da instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

*Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*

A escolha do tipo de dispositivo deve ter em consideração entre outros fatores, a capacidade de coordenação e facilidade de manuseamento do inalador, a idade da criança e/ou adolescente, assim como o grau de cooperação esperado, escolhendo o mais apropriado a cada situação clínica.

< 5 anos		6-9 anos	> 10-12 anos
0-3 anos	4-5 anos		
pMDIs+CE com máscara facial	pMDIs+CE com bucal	DPI	DPI
Nebulizador	Nebulizador	pMDIs+CE com bucal	pMDIs
	DPI (qd colaboram)	Nebulizador	pMDIs+CE com bucal
			Nebulizador

(logotipo da instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?

### Educação Terapêutica

Internamento

Educar/Ensinar/  
Instruir

Demonstrar  
técnica

Validar  
conhecimentos  
adquiridos

Treinar técnica

Esclarecer  
dúvidas

Supervisionar  
técnica

(logotipo da instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?

**HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO**

**ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA INALATÓRIA**  
**INALADOR PRESSURIZADO DOSÍVEL + CÂMARA EXPANSORA E MÁSCARA.**

A administração de terapêutica inalatória (ou seja, a administração de medicamentos através de sua inalação) é muito mais utilizada no tratamento atual do que antes, relacionando-se com determinadas doenças respiratórias. A administração de medicação por via inalatória tem muitas vantagens, mas, para se obterem resultados benéficos, é necessário uma correta utilização dos dispositivos de inalação.

- **Inalador** - dispositivo de pequena dimensão, que liberta o medicamento, quando pressionado. Em crianças, particularmente nas mais pequenas, muitas vezes é necessário a ajuda de uma câmara expansora, para a administração deste tipo de medicamentos.
- **Câmara expansora** - dispositivo, de plástico ou metal, que serve de extensão ao inalador, e que permite a administração do medicamento diretamente nas nas alveares.
  - a utilização de câmara expansora com máscara está indicada em crianças com idade inferior a 4 anos, no momento que, sendo muito pequenas, não conseguem colaborar na inalação com o inalador.
  - Existem vários formatos de máscara, de acordo com o tamanho e o estado da criança, sendo importante escolher o formato adequado para que a máscara se ajuste à criança e para que a administração da medicação seja eficaz. Assim, da forma genérica, as máscaras de cor laranja podem ser utilizadas entre os 0-18 meses, as máscaras de cor amarela podem ser utilizadas entre os 0-5 anos, e as máscaras de cor azul podem ser utilizadas a partir dos 5 anos de idade.

Nas primeiras vezes que utilizar o inalador + câmara expansora a criança pode sentir-se, mas não se preocupar. Esta sensação não indica a eficácia da terapia, mas apenas a existência de uma boa técnica de inalação. Pode ajudar a reduzir o desconforto da criança, se lhe mostrar primeiro o que irá fazer numa embalagem, de forma que pareça uma brincadeira.

**HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO**

**1. COMO UTILIZAR?**

- 1.º Procure um ambiente tranquilo e sente a criança ao seu lado (a criança deve estar calma, de preferência sem chorar);
- 2.º Retire a tampa do inalador;
- 3.º Aqueça o inalador à temperatura corporal (colando-o entre as suas mãos);
- 4.º Agite o inalador durante 5 segundos (para misturar as partículas do medicamento);

**ATENÇÃO:** Antes de usar o inalador pelo primeiro vez, ou se não o tiver utilizado durante 5 dias ou mais, certifique-se que está funcional. Retire a tampa protetora do bocal, agite bem o inalador, e liberte duas doses para si, para se certificar do seu funcionamento.

- 5.º Ajuste o inalador à câmara expansora, ficando este em posição de L;
- 6.º Ajuste bem a máscara da câmara expansora à cara da criança;
- 7.º Pressione o inalador (para libertar a medicação para a câmara expansora);
- 8.º Mantenha a máscara bem adaptada à boca e ao nariz da criança, enquanto esta respira, e observe o movimento da válvula - corte 10 movimentos da membrana ou, caso a sua câmara expansora não tenha esta válvula visível, corte lentamente até 10 (para garantir que o medicamento é totalmente inalado);



(logotipo da  
instituição)

## A Inaloterapia na Criança – adesão ao regime terapêutico

### *Como promover uma adequada adesão terapêutica à inaloterapia na criança?*

O papel do enfermeiro passa pela “...*capacitação das crianças e pais, tornando-os mais autónomos e competentes (...). Esta capacitação passa essencialmente por estratégias de coping, como a exposição gradual dos materiais utilizados, misturando-os com os brinquedos da criança e inclui-los nas suas brincadeiras preferidas (...). A adaptação aos materiais por parte das crianças deixa os pais mais confiantes, independentes e motivados para a continuidade do tratamento (...)*”

LOPES e MENDES, 2012

(logotipo da  
instituição)

## Bibliografia

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Doenças Respiratórias e do Sono da Criança. 2013. Disponível em <http://www.spp.pt/eventos/default.asp?id=927>
- DIAS, António et al. – Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. Millenium, 40. Dezembro de 2011. Pp. 201-219.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Utilização de Dispositivos Simples em Aerossolterapia. Orientação nº 010/2013, de 02/08/2013, atualizada a 18/12/2013.
- LOPES, Ana; MENDES, Maria - Necessidades terapêuticas da criança com SAOS e sua família e o papel do enfermeiro na instituição e manutenção de VNI. Revista Associação Amigos da Grande Idade, Volume 1, Edição 5 – 2012. Disponível em <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume-1-numero-5-2012/crianca-com-saos>
- MACHADO, Maria - Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Março de 2009.
- MESQUITA, Sandra et al. - Dispositivos para Terapêutica Inalatória na Criança. Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, Ano 2004, Vol. XIII, n.º 2. Disponível em <http://www.hmariapia.min-saude.pt/revista/junho2004/Dispositivos%20%2E2%80%A6terapeuti.sep.pdf>

**APÊNDICE XII – Reflexão Crítica “SER MÃE/PAI DE UM BEBÉ PREMATURO”**





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***SER MÃE/PAI DE UM BEBÉ PREMATURO***  
***- REFLEXÃO CRÍTICA -***

Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Módulo III - Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Por Ana Patrícia Lopes

Lisboa, Abril de 2015



## **INTRODUÇÃO**

A presente reflexão surge no âmbito do estágio realizado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) de um hospital da região da grande Lisboa, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Tem como objetivo refletir sobre os cuidados de enfermagem e as competências do Enfermeiro que cuida do recém-nascido (RN) prematuro e respetiva família, à luz das vivências e experiências dos pais destes bebés. Como base para esta reflexão ter-se-á presente o Ciclo Reflexivo de Gibbs, através de todas as suas etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento de ação.

### **SER MÃE/PAI DE UM BEBÉ PREMATURO - UMA REFLEXÃO CRÍTICA**

#### *DESCRIÇÃO DO EPISÓDIO*

Num dos primeiros turnos efetuados na UCEN, tive oportunidade em acompanhar uma Enfermeira na prestação de cuidados a uma RN, prematura, com necessidade de ventilação invasiva e com prognóstico clínico reservado. A determinado momento do turno, a mãe desta bebé veio visitá-la ao serviço, sendo evidentes o medo e a apreensão patentes no seu rosto. Apesar de não ser a primeira vez que estava junto da sua bebé e que se deparava com todo o "aparato" que a envolvia (monitorização cardiorrespiratória, ventilação invasiva, eléctodos, tubos, etc.), era perceptível que esta mãe estava ainda em aparente choque e descrédito em relação à situação que estava a viver.

Após a chegada da mãe, e apesar da estabilidade hemodinâmica ténue da RN, a Enfermeira procurou-a no sentido de saber junto desta se ela queria segurar na bebé. Esta mãe, confrontada com a imprevisibilidade da sua filha ter nascido antes do tempo previsto e de estar dependente de um ventilador para respirar, ainda não tinha tido oportunidade de a segurar desde que tinha nascido. E foi evidente na sua expressão, a emoção que sentiu ao perceber que este momento iria poder acontecer, talvez até um pouco mais cedo do que estava à espera.

Esta mãe teve a oportunidade de segurar durante apenas alguns segundos na sua filha, enquanto era trocado o lençol da incubadora, estando "envolvida" pela Enfermeira, que a apoiava e auxiliava com todos os fios e tubos que se encontravam conectados à bebê. Após esse escasso período de tempo, a RN teve de retornar à incubadora, sendo nítido no olhar da mãe que, embora imensamente importante, aquele momento tinha sido extraordinariamente curto e fugaz.

### *COMO É QUE ME SENTI NESTA SITUAÇÃO*

Ao longo da minha experiência pessoal e profissional, quer ao longo do curso de Licenciatura em Enfermagem quer posteriormente em contexto de trabalho, não tinha tido ainda a oportunidade de contactar tão proximamente com uma unidade de Neonatologia e com o RN prematuro, pelo que os primeiros turnos realizados na UCEN foram de uma riqueza extrema em novas experiências, vivências e aprendizagens. O episódio, acima descrito, em particular, revelou-se marcante como uma das principais memórias que levarei desta experiência profissional. Foi naquele momento que o impacto da fragilidade de um ser humano, especialmente de um RN, recaiu efetivamente sobre mim.

Talvez devido à minha parca experiência profissional na área, foi impossível não sentir algum desconforto perante a situação, perante a emoção e as lágrimas da mãe ao segurar na sua bebê pela primeira vez, perante a sua tristeza pelo momento não se ter perpetuado ainda mais e, ao mesmo tempo, pela alegria em este ter acontecido. Na fase do estágio em que este episódio ocorreu, não me senti preparada para apoiar e cuidar desta mãe neste momento tão particular. Limitei-me a "acompanhar de fora" toda a situação, apenas como mera espectadora, o que me provocou alguma angústia por sentir que não estava a conseguir contribuir de forma positiva para aquele momento tão especial.

### *AValiação E ANÁLISE*

Embora não tenha participado ativamente no episódio descrito, o mesmo foi-me particularmente significativo. O "olhar de fora" para aquele momento tão único e

singular, faz-nos confrontar com as nossas próprias concepções do bebé "ideal" e com os nossos receios e medos, e obriga-nos a refletir sobre o que é ser mãe/pai/família, não só de um bebé que é prematuro, como de um bebé que não nasceu totalmente saudável. Obriga a que nos coloquemos no lugar do outro, olhando através dos seus olhos, e a imaginar o que este pensa e sente. Observar este momento fez-me procurar refletir e aprofundar conhecimentos sobre o que sentem, pensam e vivenciam os pais de um bebé que nasce prematuro. Como se adequam a esta nova imagem do seu bebé, que foge à imagem idealizada, construída ao longo de uma gravidez? Que estratégias utilizam para ultrapassar as dificuldades sentidas? Como adequam toda a sua vida (pessoal, familiar, social) a esta nova condição de mãe/pai de um bebé prematuro? E, enquanto Enfermeira, qual o meu papel e contributo na vivência desta experiência tão única que é a de ser mãe/pai de um bebé prematuro?

Quando os pais se confrontam com o nascimento prematuro do seu bebé, sentem um conjunto de emoções que podem ser verdadeiramente dolorosas e que acarretam consigo um turbilhão de sentimentos e pensamentos confusos e intensos. O confronto entre o bebé que foi idealizado ao longo da gravidez e o bebé real que têm à sua frente constitui um processo mais difícil do que pode parecer à primeira vista. Esta adaptação ao bebé real torna-se mais complexa com o nascimento de um bebé em risco, uma vez que se perde o bebé idealizado e surge o bebé que era temido, conduzindo a sentimentos de elevado sofrimento.

Segundo a SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA, esta adaptação por parte dos pais ao bebé real pode ocorrer:

*"...num contínuo entre dois extremos de sentimentos opostos, tais como: num extremo temos o sentimento de culpabilidade que se manifesta numa exclusividade de dedicação ao bebé, podendo conduzir a formas de interação menos adequadas com o resto da família (por exemplo: dificuldade em dar atenção a outro filho ou ao parceiro) acompanhada de sentimentos intoleráveis de falta de valor; ou então, num outro extremo, temos a rejeição ao bebé, com impulso irresistível de negação da sua relação com a criança ou das necessidades desta" (s.d, p. 2).*

Concomitantemente, também GOMES (2006), citando BARROS (2001), refere que:

*"Em vez dos habituais sentimentos de satisfação, ternura, curiosidade e orgulho parental, estes pais têm de lidar com emoções complexas de medo, ansiedade, raiva, culpabilidade, e alguns sentem mesmo uma incapacidade de olhar aquele ser tão estranho e vulnerável rodeado de tantos aparelhos e instrumentos ameaçadores..."* (p. 19).

Ainda, e segundo a SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA (s.d.), lidar com a necessidade de se adaptarem a um bebé diferente do bebé idealizado pode levar a um turbilhão de sentimentos e mecanismos de defesa que procuram ultrapassar sentimentos de depressão, culpa e falta de valor próprio. No entanto, *"...este processo, a que chamamos de luto, é essencial para ultrapassar a parte incapacitante destes sentimentos, permitindo a reorganização emocional e depois a aceitação do bebé real"* (SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA, s.d., p. 2).

Para além destas necessidades de adaptação, por parte dos pais, ao bebé real (*versus* o bebé idealizado), que nasceu prematuro (e que, grande parte das vezes, possui necessidades muito especiais), e de aceitação da potencial situação de risco de saúde do seu filho, os pais são ainda confrontados com a necessidade de hospitalização do seu bebé, também ela inesperada. As UCEN (Unidade de Cuidados Especiais Neonatais) e/ou UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) representam, por si só, uma fonte de *stress* muito importante para os pais/família do RN internado, que *"...têm que se adaptar ao seu novo papel numa situação tão artificial e estranha"* (GOMES, 2006, p. 19). Efetivamente, o ambiente desconhecido e altamente "medicalizado" de uma UCIN, onde os bebés se encontram rodeados de máquinas de alta tecnologia e por uma imensidão de fios e tubos, pode ser altamente angustiante e assustador para os pais, sendo que esta experiência inicial é intensificada pelo facto de a maioria deles não ter sequer tido tempo de se preparar para este impacto.

De facto, todo o percurso inerente ao nascimento de um bebé de forma prematura, com a sua consequente, e quase sempre inevitável, hospitalização numa UCIN, é quase sempre inesperado e súbito, não permitindo aos pais/família deste RN processarem os acontecimentos e as novas informações que surgem daí em diante,

pelo que muitas vezes sentem sentimentos de negação ou de não-aceitação da situação que estão a viver, com as nefastas consequências inerentes.

E, quando o choque inicial de ver o seu filho numa UCIN é ultrapassado, os pais/família deste bebé são confrontados com as vivências e lutas diárias decorridas no dia-a-dia deste serviço, que é muitas vezes “psicologicamente violento”, e onde a combinação do *stress*, do medo do desconhecido e do temer pela vida do bebé constituem uma verdadeira montanha russa de emoções. Efetivamente, e segundo VIANA et al (2005):

*“Ao longo do período de internamento são frequentes os episódios críticos, a situação médica dos recém-nascidos evolui com surpresas, progressos e retrocessos, com consequências psicológicas na mãe e no casal, na vida profissional e no clima sócio-afetivo da família”* (p. 121).

Para além disto, o facto de o RN prematuro necessitar de cuidados de saúde altamente especializados, quase sempre indispensáveis à sua sobrevivência, leva a uma separação efetiva dos seus pais, uma vez que uma parte significativa do tempo necessário à interação com estes se encontra ocupada (CAMARNEIRO et al, 2009). Vê-se, assim, também, interrompido o processo habitual de vinculação, tão importante na díade pais-bebé. Em particular, a hospitalização do RN numa UCIN condiciona também em muito este processo, como refere GOMES (2006):

*“A vinculação mãe-bebé é uma experiência humana que requer contacto físico e interação, o que, no contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia, é um processo complexo, tendencialmente condicionado pela condição de saúde do recém-nascido e pelo ambiente sofisticado da unidade de cuidados”* (p. 17).

Efetivamente, quando o RN necessita de cuidados especiais, e conseqüentemente, é separado de forma extremamente precoce dos seus pais/família, o processo de vinculação entre ambos fica desfavorecido. No caso concreto abordado nesta reflexão crítica, a situação de saúde da RN não permitia, efetivamente, um contacto físico ou uma interação com os pais adequados ao processo de vinculação entre ambos. No período de tempo em que a mãe desta RN permanecia na UCEN, apenas era possível um contacto físico muito pontual, em que a mãe acariciava uma das mãos da bebé,

que se encontrava dentro da incubadora. Tanto o é, que a mãe desta bebé apenas a segurou ao colo pela primeira vez já a RN tinha alguns dias de vida. Segundo CAMARNEIRO et al (2009):

*"A separação física por internamento é uma das dificuldades fundamentais ao estabelecimento de interações eficazes entre a mãe e o prematuro. O contacto corporal (...), é benéfico para ambos porque acelera a recuperação do bebé e ajuda a mãe a superar os sentimentos, frequentes, de medo e culpa"* (p. 54).

Como temos vindo a perceber é, assim, essencial procurar reconhecer as dificuldades e obstáculos pelos quais os pais passam nestas situações, bem como identificar as suas necessidades individuais, delineando, em parceria com estes, um plano que facilite a vivência desta experiência tão especial, e ao mesmo tempo, tão assustadora, que é a de ser mãe/pai de um bebé prematuro.

Segundo DIAZ, FERNANDES e CORREIA (2014), citando TAMEZ (2009), o tipo de atuação por parte dos serviços que prestam cuidados ao RN prematuro tem *"...uma influência determinante ao nível do ajustamento emocional dos pais à situação e, também, na aceitação do próprio bebé"* (p. 86). Assim, enquanto profissionais de saúde, e em particular, enquanto enfermeiros, é essencial estar-se consciente dos sentimentos que os pais experienciam ao ter um filho internado numa UCIN: medo da doença e do desconhecido, culpa, insegurança e falta de controlo, modificações da estrutura familiar a nível afetivo e das rotinas diárias, incapacidade em dar resposta às necessidades do seu filho, entre muitas outras (SILVA, SILVA e PEREIRA, 2004). Para além disto, é preciso *"...agir em consonância (...) e desenhar respostas de intervenção que melhor garantam a qualidade e humanização da assistência oferecida aos recém-nascidos e suas famílias"* (LINDBERG, 2009; PEDRO, 2007; SOARES et al, 2010 citados por DIAZ, FERNANDES e CORREIA, 2014, p. 86).

Essa intervenção, e de acordo com estudos realizados por vários autores ao longo dos anos, deve ter em conta as necessidades individuais dos pais, mas que quase sempre passam pela necessidade de informação e esclarecimento de dúvidas, pelo apoio na aceitação e compreensão do bebé real vs. o bebé idealizado e pela promoção progressiva do papel parental e do vínculo pais-bebé, entre outros. De facto, e como referem HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN (2011), o Enfermeiro pode ser

fundamental no apoio a dar aos pais face à perda do filho imaginário, avaliando o seu nível de compreensão, fornecendo-lhes a informação necessária e ajudando os outros membros da equipa de saúde a entender a reação dos pais.

É, também, fundamental, neste processo interventivo por parte dos profissionais de saúde que de mais perto contactam quer com o RN prematuro quer com os seus pais, que se procure "*...a promoção dos recursos pessoais destes pais, a ampliação do seu leque de estratégias para fazer face à doença do bebé, ao seu diagnóstico, tratamento e hospitalização, bem como ao sofrimento presente...*" (TAMEZ, 2009 citado por DIAZ, FERNANDES e CORREIA, 2014, p. 86).

No caso concreto abordado nesta reflexão crítica, o episódio descrito aborda um momento muito importante de vinculação e interação mãe-bebé, promovido pela enfermeira presente naquele turno. De acordo com GOMES (2006), os enfermeiros devem procurar "*...fomentar a aproximação e interação pais-recém-nascido, envolvendo-os nos cuidados, para que possam continuar o processo de vinculação através do ver, do ouvir, do tocar e do cuidar*" (p. 21). Também segundo SERAFIM e DUARTE (2005), o papel do enfermeiro deve passar pelo de, não só permitir, como estimular também os pais a cuidar do seu bebé. Os autores referem ainda, citando ENES (1992), que existem cinco estádios nos pais até que estes reconheçam o seu filho e a capacidade para cuidar dele, sendo que apenas no último estádio é adquirido um vínculo efetivo com o bebé, quando os pais pegam ao colo, alimentam e acariciam o filho. Assim, deverá fazer parte da atuação dos enfermeiros estimular a presença dos pais e envolvê-los nos cuidados ao recém-nascido, procurando estimular a interação física e emocional entre ambos (ENES, 1992 citado por SERAFIM e DUARTE, 2005). CAMARNEIRO et al. (2009) evidenciam também a importância de os serviços e os profissionais que neles trabalham serem "*...promotores da qualidade da interação, no sentido de favorecer a construção e a intensificação do vínculo entre pais e filhos*" (p. 54).

Mesmo sendo o prognóstico desta RN extremamente reservado, com poucas hipóteses de sobrevivência a longo prazo, foi certamente importante para esta mãe a interação promovida e o desenvolvimento de um vínculo com a sua bebé. Apenas assim poderá

esta mãe aceitar efetivamente o seu "bebé real", a sua verdadeira condição de saúde/doença e o prognóstico esperado para ela.

Concomitantemente, segundo SILVA, SILVA e PEREIRA (2004), parte do papel do enfermeiro, é o de promover e restaurar o relacionamento dos pais com o RN, sendo que algumas das intervenções a implementar passam, efetivamente, por incentivar os pais a tocarem no RN e a verbalizarem as suas preocupações e sentimentos e ajudar os pais a desenvolver uma percepção realista da evolução do RN e do seu prognóstico. É, no entanto, fundamental, que o envolvimento dos pais seja realizado de forma progressiva, tendo por base uma negociação e parceria constantes entre estes e os profissionais de saúde que deles cuidam.

### *CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DE AÇÃO*

A experiência de ter um bebé prematuro é um dos momentos mais stressantes que qualquer família e relação afetiva pode ter de suportar. Trata-se de um momento extremamente emocional e de um verdadeiro desafio para todos aqueles que o têm de enfrentar. É, assim, de extrema importância que os profissionais de saúde que trabalham nas unidades de Neonatologia, em particular os Enfermeiros, por serem aqueles que têm contacto mais próximo com o RN prematuro e com os pais/família deste, estejam preparados para cuidar não só do RN como também destes pais/família. Devem ser detentores de conhecimento sobre as vivências e os sentimentos experienciados pelos pais de um RN prematuro, de modo a poderem compreender e apoiar as diversas fases e emoções pelas quais todos irão passar.

Efetivamente, com o conhecimento teórico-científico adquirido no decurso deste Mestrado e com a experiência adquirida em cada contexto de estágio da Unidade Curricular do mesmo, penso que numa situação futura me sentirei mais preparada para fornecer o apoio psicológico, emocional e espiritual necessário aos pais de um RN prematuro. O conhecimento teórico-científico permitir-me-á fornecer a informação necessária sobre o que se está a passar com o seu bebé e a experiência pessoal e profissional ajudará certamente a atingir o tato e o cuidado necessários no apoio aos pais que vivenciam uma situação de luto do seu bebé idealizado, de prematuridade e de possível doença do seu bebé.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMARNEIRO, Ana P. et al (2009) - Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. Vol. 40, N.º 2 (Março/Abril 2009), p. 53-57
- DIAZ, Zusana M; FERNANDES, Susana M. G. C.; CORREIA, Susana (2014) - Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. Série IV, N.º 3 (Novembro/Dezembro 2014), p. 85-93
- GOMES, Ana C. N. M. (2006) – Vinculação mãe-bebé na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia. **Revista Enfermagem**. Lisboa. N.º 44, 2ª série (Outubro/Dezembro 2006), p. 17-23
- HOCKENBERRY, M; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. (2011) - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª edição. Rio de Janeiro. Mosby – Elsevier.
- SERAFIM, Sandra; DUARTE, Sílvia (2005) – Internamento em Neonatologia: relação de ajuda. **Revista Nursing**. N.º 198 (Abril 2005), p. 22-28
- SILVA, Carla A. M.; SILVA, Maria D. F.; PEREIRA, Maria M. T. (2004) – Comunicar para cuidar em neonatologia. **Revista Informar**. Ano X, N.º 32 (Janeiro/Junho 2004), p. 53-57
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA (s.d.) - **Manual para pais de bebés prematuros: A relação pais-filhos nos recém-nascidos prematuros**. (consultado em 08/04/2015 às 20h em [http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/Os%20pais%20e%20os%20bebes%20prematuros\(1\).pdf](http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/Os%20pais%20e%20os%20bebes%20prematuros(1).pdf))
- VIANA, Victor et al (2005) – Apoio às mães em crise num serviço de Neonatologia. **Revista Psicologia, Saúde e Doenças**. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol. 6, N.º 2 (Novembro 2005), p. 119-128



**APÊNDICE XIII – Guião orientador: apresentação da UCEN aos pais**





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***Guião orientador***  
***- Apresentação da UCEN aos pais -***

**Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**

Proposta apresentada em contexto de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Elaborado por Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

Sob a orientação da Enf.<sup>a</sup> E. R., Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Lisboa, Abril de 2015



## **Introdução**

A apresentação do presente guião surge no âmbito do estágio realizado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) de um hospital da região da grande Lisboa, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Pretende ser um guião para a posterior operacionalização da apresentação da UCEN aos pais e surgiu da necessidade identificada pela aluna do respetivo curso e pela equipa de enfermagem da UCEN em complementar o processo de acolhimento aos pais/familiares do recém-nascido (RN) internado na UCEN.

A necessidade de internamento de um recém-nascido (RN), em especial, em situação de prematuridade do mesmo, é um fator de enorme angústia e *stress* para os pais/família desse bebé. Dar a conhecer o espaço físico, a equipa multidisciplinar, as normas do serviço, entre outros aspetos, pode ajudar a minimizar o impacto desse internamento. Para além disso, e numa perspetiva de cuidar do RN internado na UCEN, em parceria com os seus pais/família, a promoção dessa parceria pode e deve ocorrer desde o primeiro contacto entre pais e enfermeiros, sendo que o processo de acolhimento dos pais ao serviço é, grande parte das vezes, o ponto de partida para o estabelecimento de uma parceria efetiva.

Assim, este trabalho tem como principais objetivos:

- ❖ dar a conhecer aos pais/familiares do RN a UCEN, quer ao nível da estrutura física, quer ao nível do funcionamento e normas associadas ao mesmo;
- ❖ minimizar o impacto do internamento do RN numa unidade tão especializada e complexa como a Neonatologia, o que por vezes pode ser extremamente assustador e limitante para os pais.

## **Operacionalização do projeto**

- ❖ criação de slide-show com fotos/vídeos e pequenas notas informativas acerca da UCEN;
- ❖ apresentação do slide-show aos pais do RN internado na UCEN (o momento para a apresentação pode ser, logo que possível, no Internamento de Obstetrícia, ou no primeiro momento em que os pais vão à UCEN visitar o RN);
- ❖ a apresentação pode ser produzida num computador/tv disponível, num dos serviços referidos, com apoio da equipa de enfermagem, para esclarecimento de dúvidas.



### Proposta para o conteúdo do slide-show para apresentação da UCEN aos pais

Slides	Conteúdo	
1	Capa	Capa Template da instituição, com título "UCEN: a Unidade de Neonatologia"
2	Foto Hospital (fachada edifício)	A Unidade de Neonatologia situa-se no Piso 1, junto ao Bloco de Partos e ao Internamento de Ginecologia-Obstetrícia
3	Foto placas, escadas rolantes, elevadores (percurso para a UCEN)	A partir do Piso 0, o acesso mais simples é feito através das escadas rolantes ou dos elevadores 1 e 2, seguindo depois as indicações para o internamento de Ginecologia-Obstetrícia
4	Foto entrada da UCEN	A UCEN destina-se a bebés até aos 28 dias de idade que necessitam de cuidados de saúde especiais devido a parto prematuro ou a doença
5	Foto de um recém-nascido	A nossa viagem começa aqui...
6	Foto sala de espera UCEN	É aqui que os meus papás ou outras visitas podem ficar enquanto aguardam para me visitarem...
7	Foto cacifos sala de espera UCEN	Existem cacifos especiais para poderem pôr as vossas coisas enquanto estão ao pé de mim... E, não se esqueçam, devem lavar muito bem as mãos e colocar um avental sobre a vossa roupa antes de virem para ao pé de mim...
8	Foto campainha entrada UCEN	Devem tocar à campainha e aguardar que vos venham abrir a porta...está quase, quase a chegar a hora de matarmos saudades!
9	Fotos open space da UCEN (de diferentes perspetivas)	Bem-vindos... É aqui que vou ficar internado até estar mais crescido ou pronto para ir para casa convosco...
10	Foto de RN em incubadora/berço	Inicialmente eu posso estar numa incubadora, para estar mais quentinho e protegido, mas mais tarde poderei passar para um berço...
11	Foto balcão Enfermagem UCEN	É aqui, ou ao pé de mim, que podem encontrar as minhas "tias"...
12	Foto da equipa multidisciplinar UCEN	Mas não são só elas que ajudam a tomar conta de mim... (contemplar os vários elementos da equipa: Enf.º, Médicos, AAM, Dietista, Fisioterapeuta, etc.)

<b>13</b>	Foto sala amamentação UCEN	Nesta sala, a minha mamã pode retirar leitinho, que depois será devidamente guardado para eu o receber quando for hora de comer...
<b>14</b>	Foto de RN ao colo dos pais (colo/canguru)	Se a minha situação clínica permitir, os meus papás podem ajudar a tomar conta de mim, ajudando no meu banho e a vestir-me, colaborando na minha alimentação... E, quase tão ou mais importante... Mimando-me muito muito muito!
<b>15</b>	Foto Promanum® junto à unidade do RN	Mas não se esqueçam: devem sempre desinfetar muito bem as mãos, antes e depois de me mimarem...
<b>15</b>	Foto RN em incubadora/berço, a dormir	E devem falar num tom de voz baixo e ter os telemóveis desligados, pois eu e os outros bebés não gostamos de muito barulho...
<b>16</b>	Foto do Babycare vs. Foto dos pais a verem imagens do RN em casa	O Babycare é um sistema de câmara/vídeo, colocado na minha incubadora, que permite aos meus papás e à minha família verem-me em casa, em tempo real, quando não podem estar ao pé de mim. Se quiserem saber mais informações perguntem às minhas "tias"!
<b>17</b>	Foto de pais junto a incubadora/berço do RN	Os meus papás podem estar comigo 24h/dia! Embora devam ir dormir à noite em casa, para poderem estar bem descansados no dia a seguir, podem estar comigo também durante a noite. Caso seja esse o caso, devem entrar na unidade até às 21h e só poderão sair a partir das 8h do dia seguinte.
<b>18</b>	Visitas	As visitas na unidade funcionam todos os dias, das 12h às 20h; eu posso receber duas visitas por dia, durante um período máximo de 15 minutos e apenas podem estar duas pessoas ao pé de mim de cada vez, sendo que uma delas deve ser a mamã ou o papá.
<b>19</b>	Visitas (foto de irmãos junto a incubadora/berço do RN)	Os meus manos também me podem visitar durante o dia, desde que venham acompanhados pelos meus pais e que tenham mais de 12 anos.
<b>20</b>	Contactos (imagem de telefone ou pais a ligarem de casa)	Se quiserem saber novidades sobre mim e/ou se tiverem alguma dúvida, não hesitem em ligar. O número de telefone é o 219 *** **.
<b>21</b>	Imagem RN com pais/família a sair da UCEN	E não se esqueçam... Embora este início de viagem não seja o que vocês esperavam, em breve estaremos todos juntos em casa!

**APÊNDICE XIV – Guião orientador: apresentação do Internamento de  
Pediatría aos pais**





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***Guião orientador***  
***- Apresentação do Internamento de***  
***Pediatria aos pais -***

**Internamento de Pediatria**

Proposta apresentada em contexto de estágio do Curso de Mestrado  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Elaborado por Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

Sob a orientação da Enf.<sup>a</sup> E. R., Enfermeira Especialista em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica

Lisboa, Abril de 2015



## **Introdução**

A apresentação do presente guião surge no âmbito do estágio realizado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) de um hospital da região da grande Lisboa, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Pretende ser um guião para a posterior operacionalização da apresentação do Internamento de Pediatria aos pais e surgiu da necessidade identificada pela aluna do respetivo curso e pela equipa de enfermagem da UCEN em complementar o processo de transferência do recém-nascido (RN) internado na UCEN, e dos respetivos pais/familiares, para o Internamento de Pediatria do mesmo hospital, para continuação de cuidados até ao momento da alta.

O internamento de um RN numa unidade de Neonatologia é, por si só, um fator de *stress* e angústia para os pais. Após um período de delicada familiarização dos pais com o serviço e as normas deste, bem como com a equipa de saúde, a necessidade de transferência do RN para outro serviço pode constituir outro potencial fator de *stress* para os pais.

Assim, este trabalho tem como principais objetivos:

- ❖ dar a conhecer aos pais/familiares do RN o Internamento de Pediatria, quer ao nível da estrutura física, quer ao nível do funcionamento e normas associadas ao mesmo;
- ❖ minimizar o impacto da transferência do RN da UCEN para um novo serviço, o que por vezes pode ser intimidante e confuso para os pais.

## **Operacionalização do projeto**

- ❖ criação de slide-show com fotos/vídeos e pequenas notas informativas acerca do Internamento de Pediatria;
- ❖ apresentação do slide-show aos pais do RN internado da UCEN, com transferência programada/prevista para o Internamento de Pediatria (o momento para a apresentação pode ser na UCEN, logo que seja do conhecimento a transferência do RN);
- ❖ a apresentação pode ser produzida num computador/tv disponível na UCEN, com apoio da equipa de enfermagem, para esclarecimento de dúvidas.



## Proposta para o conteúdo do slide-show para apresentação do Internamento de Pediatria aos pais

Slides	Conteúdo	
1	Capa	Capa Template da instituição, com título "Vamos para o Internamento de Pediatria... E Agora?"
2	Foto Hospital (fachada edifício)	O Internamento de Pediatria situa-se no Piso 2
3	Foto placas, elevadores (percurso para a Pediatria)	A partir do Piso 0, o acesso mais simples é feito através dos elevadores 17 e 18, que se situam junto à Consulta Externa de Pediatria, seguindo depois as indicações para o internamento de Pediatria
4	Foto entrada Pediatria	A Pediatria destina-se a bebés, crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade que necessitam de cuidados de saúde por doença aguda ou crónica
5	Foto de um recém-nascido	A nossa viagem, agora, continua aqui...
6	Foto campainha entrada	Quando quiserem entrar, devem tocar à campainha e aguardar que vos venham abrir a porta... Também, quando quiserem sair, devem pedir a um Enfermeiro ou AAM que vos abra a porta, pois esta está sempre fechada, para minha maior segurança...
7	Vídeo desde a entrada até aos quartos do serviço, passando pelo balcão de Enfermagem, Sala de Atividades, Sala de Estar, etc.	<p>Bem-vindos... É aqui que agora vou ficar internado até estar mais crescido ou pronto para ir para casa convosco...</p> <p>Na Sala de Estar existem WC e balneários, caso precisem de tomar aqui banho... e existe ainda um espaço para fazerem refeições se quiserem...mas não se esqueçam, só não temos é micro-ondas para aquecer a comida...</p> <p>É no balcão de Enfermagem que podem encontrar os Enfermeiros que estão a cuidar de mim...</p> <p>É num destes primeiros quartos que eu irei ficar, pois assim os Enfermeiros conseguem olhar melhor por mim e ajudar-vos naquilo que for necessário...</p>
8	Foto da equipa multidisciplinar Pediatria	Mas não são só eles que ajudam a tomar conta de mim... (contemplar os vários elementos da equipa: Enf.º, Médicos, AAM, Educadora, Dietista, Fisioterapeuta, etc.)

<b>9</b>	Foto de RN ao colo dos pais	Ao longo do meu internamento aqui, são os meus papás que irão ajudar a tomar conta de mim... Podem dar-me banhinho à hora que quiserem, podem trazer roupinhas para mim... E podem ajudar quando for hora de eu comer... E devem continuar a mimar-me muito muito muito!
<b>10</b>	Foto lavatório e cartaz da Técnica Lavagem Mãos	Mas não se esqueçam: devem sempre lavar muito bem as mãos, antes e depois de me mimarem...
<b>11</b>	Foto de pais junto ao berço do RN	Os meus papás podem estar comigo 24h/dia! No entanto, no período da noite, entre as 20h e as 8h, apenas um deles pode ficar a acompanhar-me...
<b>12</b>	Visitas	As visitas funcionam todos os dias, das 12h às 20h, mas apenas podem estar duas pessoas ao pé de mim de cada vez.
<b>13</b>	Visitas (foto de irmãos junto a incubadora/berço do RN)	Os meus manos também me podem visitar durante o dia, desde que venham acompanhados pelos meus pais e que tenham mais de 12 anos.
<b>14</b>	Contactos (imagem de telefone ou pais a ligarem de casa)	Se quiserem saber novidades sobre mim e/ou se tiverem alguma dúvida, não hesitem em ligar. O número de telefone do Internamento é o 219 *** **.
<b>15</b>	Imagem RN com pais/família a sair da Pediatria	E não se esqueçam... Embora a viagem ainda não tenha acabado, em breve estaremos todos juntos em casa!

**APÊNDICE XV – Folheto Informativo “Cuidados com o recém-nascido...”**



(logotipo da instituição)

## UNIDADE CUIDADOS ESPECIAIS NEONATAIS

"Olá papás! Eu sou o/a \_\_\_\_\_ e vou dar-vos algumas dicas para cuidarem mais facilmente de mim..."

### O meu banho...

- ❖ Deve ser dado num ambiente calmo, sem correntes de ar, e **não deve demorar mais de 5 minutos**. A água do banho deve cobrir pouco mais do que a base da banheira e ter uma **temperatura de cerca de 37°C**. A minha cabeça deve ser a última parte do corpo a ser lavada. **Nunca me deixem sozinho/a perto de água ou durante o banho.**
- ❖ Depois do banho aproveitem para me fazer uma massagem - ponham primeiro o creme para o corpo nas vossas mãos, para o aquecer ligeiramente, e só depois na minha pele, massajando-a.
- ❖ A **limpeza dos meus olhos** deve ser feita com uma compressa macia ou algodão com soro fisiológico, sempre da zona mais limpa para a zona mais suja dos olhos, utilizando uma compressa diferente para cada olho.

### O meu umbigo...

- ❖ O **meu coto umbilical** vai secando até cair naturalmente ao fim de uns dias (normalmente entre os 7 e os 15 dias de vida). O coto umbilical não impede o banho normal, mas é importante mantê-lo limpo e seco. Deve ser **desinfetado com Álcool a 70º**, da base até à mola, 1 vez por dia (após o banho) e/ou quando estiver sujo de urina/fezes.

### A minha fraldinha...

- ❖ A mudança frequente da fralda é a melhor maneira de prevenir a dermatite da fralda ("assadura"). Quando esta surge, pode ser tratada com um creme barreira, não devendo o mesmo ser removido sempre na totalidade.
- ❖ A zona dos genitais deve ser sempre limpa da frente para trás (seja menina ou menino).

(logotipo da instituição)

## A minha roupa...

- ❖ Deve ser adequada à estação do ano, não se esqueçam que eu também sinto frio e calor. É normal que eu tenha as extremidades frias, isso não quer dizer que eu tenha frio.
- ❖ **Deixo-vos um truque:** vestir-me sempre uma camada de roupa extra, para além daquela que vocês estão a vestir. Só me devem colocar gorro se estiver realmente muito frio, e apenas para irmos passear à rua.

## A minha alimentação...

- ❖ A melhor forma de me alimentarem é a minha mãe amamentar-me, porque o leite materno ajuda-me a prevenir infeções, alergias e doenças crónicas; além disso, fico com menos cólicas e faço a digestão mais facilmente.
- ❖ Se quiserem guardar **leitinho materno**, para me darem mais tarde, podem guardá-lo no **frigorífico durante 48 horas, no congelador durante 3 meses e na arca frigorífica durante 12 meses**. Mas não se esqueçam, a descongelação deve ser lenta e o leite deve ser aquecido em banho-maria.
- ❖ Se não puder ser amamentado podem preparar-me muito bem os leitinhos, usando para **cada 30ml de água, 1 medida rasa de pó**, mantendo sempre esta relação à medida que se aumenta a quantidade do meu leitinho.
- ❖ E não se esqueçam, devem sempre verificar a temperatura do leite na parte interna do vosso pulso, e devem oferecer-me o leite sempre com a tetina bem cheia para eu não engolir ar.
- ❖ Para me porem a arrotar (eructar) coloquem-me no vosso ombro, sentado/a com as pernas fletidas, de barriga para baixo e dêem-me palmadinhas nas costas, mas não se esqueçam que se eu for amamentado/a posso não querer arrotar.

## O meu soninho...

- ❖ Devo dormir no meu próprio bercinho, no vosso quarto, mas nunca na vossa cama.
- ❖ O meu colchão deve ser firme e não devo usar almofadas, lençóis ou fraldas junto à cabeça.
- ❖ No meu berço não devem estar bonecos ou peluches; guardem-nos noutra zona do meu quarto.
- ❖ **Devem deitar-me de barriguinha para cima, nunca de barriga para baixo.**

(logotipo da instituição)

### **A minha ida para casa...**

- ❖ Devo ir no "ovo" (cadeira grupo 0+) com os cintos apertados e voltado/a para trás no carro.
- ❖ Não se esqueçam de desligar o *airbag* do carro se eu for no lugar da frente.
- ❖ Quando eu tiver alta, devem inscrever-me logo no Centro de Saúde.
- ❖ **Daqui a mais ou menos 2 dias, as minhas tias vão ligar-vos para saber se está tudo bem comigo...mandem beijinhos meus! E, se entretanto tiverem alguma dúvida, não hesitem em ligar-lhes!**

### **E não se esqueçam...**

Como eu sou muito pequenino/a é especialmente importante estar atento e valorizar os seguintes sinais de alerta:

- ❖ Se eu apresentar um choro constante e inconsolável;
- ❖ Se eu tiver dificuldade em respirar;
- ❖ Se eu tiver febre (temperatura rectal > 38°C; temperatura axilar/timpânica > 37,8°C);
- ❖ Se eu tiver dificuldade em mamar;
- ❖ Se eu apresentar vómitos e/ou diarreia;
- ❖ Se eu estiver menos ativo ou mais sonolento do que é habitual, interferindo na minha alimentação;
- ❖ Se eu apresentar mau cheiro, sangue, pus ou vermelhão no meu umbigo.

**Elaborado por:** Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

**Sob a orientação de:** Enf.ª E. R., Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



**APÊNDICE XVI – Folheto Informativo “A Febre na Criança/Jovem”**



(logotipo da instituição)

## A FEBRE NA CRIANÇA/JOVEM

### O que é?

A febre corresponde a uma elevação da temperatura corporal acima dos valores considerados normais. Pode ser causada por excesso de roupa, exposição a ambientes quentes ou exposição a infeções de origem viral ou bacteriana. Se se tratar de uma infeção, a febre conduz à ativação do sistema imunológico que permitirá à criança defender-se do agente infeccioso.

A temperatura corporal oscila normalmente entre os 36°C e os 37,5°C. Considera-se que a criança tem febre, se apresentar **valores de temperatura corporal iguais ou superiores a 38°C**. Diz-se que a criança está subfebril quando apresenta temperaturas corporais entre os 37,5°C e os 38°C (ou seja, tem uma temperatura corporal ligeiramente mais elevada do que o normal, mas ainda não se considera ser febre - nesta situação deve manter-se uma vigilância apertada do estado geral da criança e da sua temperatura, pois estes valores poderão representar o início de uma subida térmica e, conseqüentemente, de febre).

### Como se deve avaliar a temperatura corporal?

A temperatura corporal da criança deve ser avaliada com a ajuda de um termómetro. Existem diferentes tipos de termómetro, sendo que os mais comuns são os termómetros auriculares/timpânicos e os termómetros digitais para uso oral, axilar e/ou rectal. Os termómetros auriculares/timpânicos são os mais fáceis de utilizar, por serem os mais cómodos e rápidos na medição da temperatura corporal.

**Os termómetros de mercúrio estão contraindicados devido aos riscos de exposição ao mercúrio neles contidos (nomeadamente, em caso de quebra do termómetro).**

Tipo de termómetro	Local	Como avaliar a temperatura corporal
Digital	Axila	Ligar o termómetro, colocar a ponta junto à axila e manter o braço junto ao tronco; esperar alguns minutos até ouvir um sinal sonoro, retirar o termómetro e ler o valor da temperatura
Digital	Ânus	Ligar o termómetro, introduzir a ponta no ânus e manter-se deitado de barriga para baixo; esperar alguns minutos até ouvir um sinal sonoro, retirar o termómetro e ler o valor da temperatura
Digital	Boca	Ligar o termómetro, colocar a ponta na boca, debaixo da língua, e mantê-la nesse local, com a boca fechada; esperar alguns minutos até ouvir um sinal sonoro, retirar o termómetro e ler o valor da temperatura
Auricular/ Timpânico	Ouvido	Colocar a ponta do termómetro no interior do ouvido e apontá-la em direção ao nariz; carregar no botão para ligar o termómetro até ouvir um sinal sonoro; retirar o termómetro e ler o valor da temperatura

(logotipo da instituição)

### O que fazer se a criança tiver febre?

- Administrar um medicamento para baixar a temperatura (antipirético), de acordo com as indicações médicas, e adequado à idade/peso da criança:
  - ⇒ Paracetamol (Ben-U-Ron®):
    - em xarope ou supositório;
    - pode ser dado a cada 6-8 horas.
  - ⇒ Ibuprofeno (Brufen®):
    - em xarope ou supositório;
    - pode ser dado a cada 6-8 horas;
    - se a criança tem menos de 3-6 meses, confirme com o pediatra se o pode utilizar.

Tenha presente (ou registe) o valor da temperatura, bem como a hora e o medicamento que deu à criança. E não se esqueça, a temperatura da criança deverá ser reavaliada 1 hora após a administração da medicação antipirética e, depois, em intervalos regulares.

- Manter a criança o menos aquecida possível, não a agasalhando, mas sim usando vestuário leve, cobrindo-a apenas com um lençol ou uma fralda de pano e mantendo o ambiente fresco;
- Dar banho/duche de água tépida (morna) à criança. A temperatura da água deverá ser cerca de 2°C inferior à temperatura corporal da criança;
- Reforçar a ingestão de líquidos, com água/chá/soro de reidratação oral (numa situação de febre, as perdas de água aumentam, pelo que se devem adotar medidas que previnam a desidratação da criança). Por outro lado, não se deve insistir na ingestão de alimentos sólidos, caso a criança os recuse.

### Convulsão febril - o que é e como atuar?

Embora seja raro, a subida muito rápida da temperatura pode dar origem a convulsões, sobretudo em crianças entre os 6 meses e os 6 anos de idade. Quando isto acontece, a criança perde os sentidos, revira os olhos, fica com o corpo hirto e logo a seguir os braços e pernas começam a tremer. Depois de alguns minutos os movimentos param, o corpo fica mole e a criança dorme durante 15-30 minutos e acorda bem.

Quando ocorre uma convulsão, deve deitar a criança sobre uma superfície plana, de lado, com uma almofada debaixo da cabeça, e afastar objetos que possam magoá-la. **Não tente imobilizar a criança nem colocar nada entre os seus dentes.** Aguarde junto da criança, até que a convulsão termine. Administre um medicamento antipirético o quanto antes, de modo a baixar a temperatura, e a prevenir que novas convulsões ocorram. Dirija-se a um serviço de saúde, especialmente, se for o primeiro episódio de convulsão febril da criança.

(logotipo da instituição)

### **Quando levar a criança ao médico/serviço de saúde?**

- Se a criança tiver menos de 3 meses de idade;
- Se a criança/jovem apresentar alguns dos seguintes sinais de alarme: gemido, convulsão, manchas na pele, dificuldade respiratória, vômitos persistentes ou recusa alimentar;
- Se a criança/jovem apresentar prostração/sonolência/irritabilidade, mesmo quando está sem febre;
- Se a criança/jovem mantiver febre após 3-4 dias, sem tendência para melhorar;
- Se a criança/jovem tiver alguma doença crónica grave;
- Se a criança/jovem apresentar mau estado geral.

**Elaborado por:** Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

**Sob a orientação de:** Enf.ª I. N., Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



**APÊNDICE XVII – Folheto Informativo “A Lavagem nasal nas Crianças”**



(logotipo da instituição)

## A LAVAGEM NASAL NAS CRIANÇAS

Nas crianças, a obstrução nasal (dificuldade em respirar pelo nariz, pela acumulação de secreções) constitui uma queixa frequente, normalmente associada a infeções respiratórias. As crianças, em especial as mais jovens, não conseguem ou têm dificuldade em assoar-se, não sendo por isso capazes de eliminar as secreções acumuladas no nariz. **Nesta situação, a lavagem do nariz com soro fisiológico pode aliviar a obstrução nasal, permitindo a remoção das secreções, o que irá contribuir para um melhor bem-estar da criança, incluindo o seu descanso e a capacidade para se alimentar.**

### A importância da lavagem nasal

A instilação de soro fisiológico estéril no nariz hidrata a mucosa nasal, auxilia na remoção de secreções, melhora o fluxo de ar pelo nariz, melhorando os sintomas de obstrução nasal. Trata-se de um procedimento simples, barato, bem tolerado, eficaz e, o mais importante, seguro, podendo ser utilizado desde os primeiros dias de vida da criança. Apesar do choro da criança durante a realização da lavagem nasal, este procedimento não magoa, e não existe risco de sufocar a criança.

#### 1. Quando realizar a lavagem nasal?

De preferência, imediatamente antes das mamadas/refeições da criança (de modo a evitar que a criança vomite ou bolse com a lavagem nasal);

#### 2. Como realizar a lavagem nasal?

1.º Deitar a criança na cama/berço e virá-la de lado;

2.º Imobilizar a cabeça da criança e colocar soro fisiológico na narina de cima, com a ajuda da própria ampola do soro ou com uma seringa, de modo a empurrar/expelir as secreções pela outra narina, que está por baixo;

3.º Repetir este procedimento as vezes necessárias, até saírem todas as secreções/mucosidades;

4.º Virar a criança para o outro lado e repetir os passos 2 e 3;

5.º Sentar a criança ou colocá-la ao colo e acalmá-la, deixando-a descansar durante 2-5 minutos;

6.º É normal que logo a seguir à lavagem nasal, a criança ainda aparente ter obstrução nasal, mas normalmente o ruído desaparece após alguns minutos (são resíduos de soro que se encontram nas fossas nasais e que vão desaparecendo).



**NOTA:** Quando a criança já se pode sentar ou manter de pé, escolha a posição mais cómoda para realizar a lavagem nasal.

**Elaborado por:** Ana Lopes, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

**Sob a orientação de:** Enf.ª I. N., Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



**APÊNDICE XVIII – Folheto Informativo “Administração de terapêutica inalatória”**



(logotipo da instituição)

## ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA INALATÓRIA

### **- INALADOR PRESSURIZADO DOSEÁVEL + CÂMARA EXPANSORA E MÁSCARA -**

A administração de terapêutica inalatória (ou seja, a administração de medicamentos através da sua inalação) é muitas vezes utilizada no tratamento e/ou alívio de sintomas relacionados com determinadas doenças respiratórias. A administração de medicação por via inalatória tem muitas vantagens mas, para se obterem resultados benéficos, é necessário uma **correta utilização dos dispositivos de inalação**:

- **Inalador** - dispositivo de pequenas dimensões, que liberta um medicamento, quando pressionado. Em crianças, particularmente nas mais pequenas, muitas vezes é necessário a ajuda de uma câmara expansora, para a administração deste tipo de medicamentos.
  
- **Câmara expansora** - dispositivo, de plástico ou metal, que serve de extensão ao inalador, e que permite a administração do medicamento diretamente nas vias aéreas.
  - ⇒ A utilização de câmara expansora com máscara está indicada em crianças com idade inferior a 4 anos, ou naquelas que, sendo mais velhas, não conseguem colaborar na técnica sem a máscara.
  - ⇒ Existem vários tamanhos de máscara, de acordo com o tamanho e a idade da criança, sendo importante escolher o tamanho adequado para que a máscara se adeque à criança e para que a administração da medicação seja eficaz. Assim, de forma genérica, as máscaras de cor laranja podem ser utilizadas entre os 0-18 meses; as máscaras de cor amarela podem ser utilizadas entre os 1-5 anos; e as máscaras de cor azul podem ser utilizadas a partir dos 5 anos de idade.

Nas primeiras vezes que utilizar o inalador + câmara expansora a criança pode estranhar, mas não se preocupe. **Este procedimento não magoa e a criança consegue respirar normalmente durante todo o processo.** Pode ajudar a reduzir o medo/receio da criança, se lhe mostrar primeiro o que irá fazer num urso/boneco, de forma a que pareça uma brincadeira.

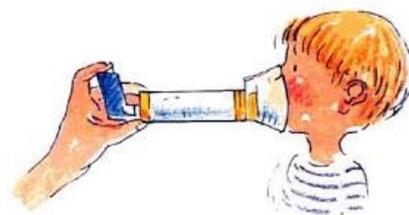
(logotipo da instituição)

## 1. COMO UTILIZAR?

- 1.º Procure um ambiente tranquilo e sente a criança ao seu colo (a criança deve estar calma, de preferência sem chorar);
- 2.º Retire a tampa do inalador;
- 3.º Aqueça o inalador à temperatura corporal (rolando-o entre as suas mãos);
- 4.º Agite o inalador durante 5 segundos (para misturar as partículas do medicamento);

**ATENÇÃO:** Antes de usar o inalador pela primeira vez, ou se não o tiver utilizado durante 5 dias ou mais, certifique-se que está funcional. Retire a tampa protetora do bucal, agite bem o inalador, e liberte duas doses para o ar para se certificar do seu funcionamento.

- 5.º Adapte o inalador à câmara expansora, ficando este em posição de L;
- 6.º Adapte bem a máscara da câmara expansora à cara da criança;
- 7.º Pressione o inalador (para libertar a medicação para a câmara expansora);



- 8.º Mantenha a máscara bem adaptada à boca e ao nariz da criança, enquanto esta respira, e observe o movimento da válvula - conte 10 movimentos da membrana ou, caso a sua câmara expansora não tenha esta válvula visível, conte lentamente até 10 (para garantir que o medicamento é totalmente inalado);

**ATENÇÃO:** A inalação deve ser feita pela boca (tirar chuchas!), uma vez que se a criança inalar pelo nariz reduz a quantidade de medicamento que chega ao pulmão, diminuindo assim o seu efeito.

- 9.º Afaste a câmara expansora e retire o inalador;
- 9.º Repita os passos 4 a 9 as vezes necessárias (consoante o numero de puffs/inalações que o pediatra indicou). Se o seu filho(a) utilizar mais do que um medicamento para inalação, atenção à ordem de administração:
  - ⇒ 1º Broncodilatadores (como o Ventilan® - Salbutamol ou o Atrovent® - Brometo de ipratrópio);
  - ⇒ 2º Corticóides (como o Beclotaide® - Beclometasona ou Flixotaide® - Fluticasona).
- 10.º Coloque a tampa no inalador e guarde o inalador e a câmara expansora em local apropriado (seco, livre de pó e/ou humidade).

(logotipo da instituição)

## 2. LIMPEZA E MANUTENÇÃO DA CÂMARA EXPANSORA:

Deve lavar a câmara expansora 1 vez por semana, ou sempre que esta se encontrar visivelmente suja, da seguinte forma:

- ⇒ remova a peça de borracha redonda da extremidade da câmara expansora e a máscara;
- ⇒ coloque as peças num recipiente com água quente e algumas gotas de detergente, durante cerca de 15 minutos, e depois agite-as nesse líquido;
- ⇒ passe as peças por água limpa e sacuda o excesso de água (**não limpe ou seque as peças com pano, deve deixá-las secar ao ar, na vertical**);
- ⇒ monte novamente a câmara expansora.

## 3. LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO INALADOR:

Para evitar o entupimento do inalador, é importante limpá-lo também, pelo menos uma vez por semana, da seguinte forma:

- ⇒ Remova o recipiente (frasco) metálico do inalador de plástico e a tampa do bucal;
- ⇒ Passe por água morna o inalador de plástico e a tampa (**não introduzir o recipiente de metal na água**);
- ⇒ Seque bem o inalador e a tampa, por dentro e por fora (se possível deixe secar durante a noite as peças em separado);
- ⇒ Recoloque o recipiente metálico e a tampa no bucal.

### E NÃO SE ESQUEÇA:

- ⇒ Antes de utilizar um inalador/câmara expansora leia atentamente as instruções de utilização e as indicações dadas pelo Pediatra.
- ⇒ Esclareça qualquer dúvida junto do seu Pediatra/Enfermeiro de referência.



**APÊNDICE XIX – Poster informativo “A Febre na Criança/Jovem”**



(logotipo da instituição)

## A Febre na Criança/Jovem

Elevação da temperatura corporal acima dos valores considerados normais

**Temperatura igual ou superior a 38°C**



### O que fazer se a criança tiver febre?

- Dar um medicamento para baixar a temperatura, como o Paracetamol (Ben-U-Ron®) ou o Ibuprofeno (Brufen®), **de acordo com a idade/peso da criança;**
- Manter a criança o menos aquecida possível, usando vestuário leve, como t-shirts ou camisolas finas – **não agasalhe a criança;**
- Reforçar a ingestão de líquidos, oferecendo água e/ou chá à criança (de modo a prevenir a sua desidratação).