

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Resumo

No momento em que a criança/jovem é submetida a cuidados de saúde, quer sejam cuidados de saúde primários ou no âmbito de uma hospitalização, vivencia um elevado grau de ansiedade e diversos medos e quanto maior a distância do seu ambiente seguro e habitual, como uma hospitalização, maior a intensificação desses sintomas. Os enfermeiros, por serem os profissionais de saúde com maior proximidade da criança, devem tentar quebrar as barreiras inerentes aos cuidados de saúde, tornando as suas intervenções e abordagem o mais personalizadas possíveis, tendo em vista a parceria de cuidados, incluindo a família e ou cuidadores no cuidado à criança/jovem. O objetivo principal da acção dos enfermeiros deverá ser a promoção da saúde/prevenção da doença e ou complicações, actuando nos diversos ambientes possíveis.

Este relatório, desenvolvido no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, teve como principal objetivo: descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e sua consequente reflexão crítica.

Os Estágios decorreram em locais de assistência à criança / família (centro de saúde, serviço de urgência pediátrica e serviço de pediatria) e integraram três módulos distintos, com o intuito de aquisição e desenvolvimento de competências. Os objetivos gerais dos estágios foram: desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito das diversas valências dos cuidados à criança/jovem e família. De entre as atividades realizadas destaca-se a realização de ações de formação, tanto para profissionais de saúde, como para a comunidade (profissionais de infantários, crianças e professores), elaboração de propostas de procedimentos operativos para o serviço de Urgência Pediátrica e serviço de Pediatria. Destaca-se ainda a importância dos cuidados em parceria com as famílias, que teve oportunidade de implementar aquando da prestação de cuidados.

Podemos concluir que cada estágio constituiu uma oportunidade de desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, indispensáveis enquanto futura enfermeira especialista e mestre neste âmbito.

Palavras-chave: Parceria de Cuidados, Criança, Jovem, Família, Enfermeiro, Competências.

Abstrac

This report was written and developed under the Master's Degree and Under Graduation in Child Health Care and Pediatrics Nursing.

From the moment the child or teenager is under health care, may it be primal health care or hospitalization, they will experience certain degrees of anxiety and fear and the more the distance from a safe and sound environment increases, more intense those symptoms will become. Nurses, being the health care professionals with closest proximity to the child must try and break the barriers that exist in health care, making sure their interventions include the family or others responsible for the child's or teenager's health. The main focus of nurses should therefore be promotion of health as well as sickness prevention ensuring these two goals are accomplished in the environments provided.

As such, the subject of this report must focus on describing and analyzing the activities developed through the course of internships for a better skill acquisition that is characteristic to the Specialist Nurse in Child Health Care and Pediatrics as well as a critical reflection of those same competences.

The Curricular Internship Unit took place in locations and environments which provide assistance to the child and its family (health care centers, pediatric emergency and infirmary services). These three are part of distinct groups containing the purpose of acquiring and developing specific skills. The main purpose integrated in the internship was: the development of competences possessed by the specialist Nurse in Child Health Care and Pediatrics when confronted with the many variables in providing health care to the child and family. Among the activities that occurred, it should be outlined the training sessions available to health care professionals and the community targeted (kindergarten professionals, children and professors) and the elaboration of a series of procedures taken into action at the Pediatrics Infirmary and Emergency Service. A point of focus also goes to the importance of practicing health care with the collaboration of families which was implemented during health care provision.

Thus, many purposes and goals were achieved that allowed me to gain the competences and particular skills of a Specialist Nurse in Child Health Care and Pediatrics. These skills are of the most importance and irreplaceable in my formation as a future specialist nurse.

Key words: Partnership in Care, Child, Teenager, Family, Nurse, Skills.

“os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida (...)”

Marie-Françoise Collière

Lista de siglas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ALERT - Programa informático que permite fazer a gestão da informação relacionada com o processo clínico do utente

CHCB - Centro Hospitalar da Cova da Beira

ELI - Equipa Local de Intervenção

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

IMC - Índice de massa corporal

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

SAP - Serviço Apoio Permanente

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Fundão

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

Sumário

Pag

Introdução	13
1.Enquadramento conceptual	15
2.Estágio I - Saúde Infantil e Familiar	19
2.1 - Caracterização Organizacional da UCSP Fundão	19
2.2 - Atividades Desenvolvidas	20
2.2.1 - Atividades desenvolvidas no âmbito da ELI	27
2.2.2 - Atividades desenvolvidas no âmbito da consulta de saúde infantil	29
2.2.3 - Atividades desenvolvidas no âmbito da consulta de saúde do adolescente	30
3.Estágio de Opção - Urgência Pediátrica	31
3.1 - Caracterização Organizacional do Serviço de Urgência Pediátrica	31
3.2 - Atividades Desenvolvidas	33
4. Estágio II - Pediatria	39
4.1 - Caracterização Organizacional do Serviço de Pediatria	39
4.2.1 - Atividades desenvolvidas, não planeadas	45
5.Reflexão Final	47
6.Conclusão	49
Referências bibliográficas:	51
Anexos	53
Anexo I - Apresentação da ação de formação para enfermeiros da UCSP Fundão cujo tema foi: Diagnóstico Precoce Neonatal - novas orientações.	55
Anexo II - Apresentação da ação de formação para funcionários dos infantários do concelho do Fundão cujo tema foi: Doenças Infecciosas Comuns na Infância	57

Anexo III - Apresentação da ação de formação para funcionários dos infantários do conselho do Fundão cujo tema foi: Febre	59
Anexo IV - Proposta de Procedimento Operativo - Cuidados de enfermagem à criança ventilada	61
Anexo V - Apresentação da ação de formação para enfermeiros do serviço de Pediatria cujo tema foi: Boletim de Saúde Infantil e Juvenil - instrumento de melhoria dos cuidados de enfermagem.	63

Introdução

A consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos, através da prática em contexto de trabalho, foi desde sempre implementada na formação dos enfermeiros. Fazem parte dos currículos dos cursos de enfermagem nos ensinamentos clínicos, vulgarmente designados por estágios.

Silva & Silva (2004:1), citando Martin, referem que os estágios são *“um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho”*, e ainda de acordo com estes autores a finalidade dos estágios é *“... complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”*.

Os estágios em Enfermagem promovem uma consolidação de conhecimentos, desenvolvendo saberes e transpondo competências da teoria para a prática. As diferentes situações vivenciadas no período de estágio, levam a uma melhoria contínua dos cuidados prestados e conseqüentemente a um crescimento profissional.

As aprendizagens desenvolvidas em contexto clínico envolvem atitudes e comportamentos complexos, apenas passíveis de interiorização através de uma prática clínica onde as componentes cognitivas, psicomotoras, afectivas e relacionais desempenham um importante papel e a reflexão na e sobre a ação permitem a sua consolidação.

No momento em que a criança/jovem é submetida a cuidados de saúde, quer cuidados de saúde primários ou no âmbito de uma hospitalização, vivência um elevado grau de ansiedade e diversos medos e quanto maior a distância do seu ambiente seguro e habitual, como uma hospitalização, maior a intensificação desses sintomas. Os enfermeiros, por serem os profissionais de saúde com maior proximidade da criança, devem tentar quebrar as barreiras inerentes aos cuidados de saúde, tornando as suas intervenções e abordagem o mais personalizadas e atraumáticas possível.

Tendo como pressuposto diversas condições que dizem respeito a indicações formativas da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e de acordo com o plano curricular do curso de pós-licenciatura de especialização e mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria, realizamos os Estágios e o Relatório Final. Este Relatório Final

tem como objetivo descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos Estágios, para a aquisição de competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e consequente reflexão crítica. Assim, este relatório incide sobre os seguintes estágios: Estágio I - de Saúde Infantil e Familiar, desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde primários, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Fundão (UCSP Fundão); Estágio II – de Pediatria, desenvolvido na área de internamento pediátrico, do serviço de Pediatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB); Estágio de Opção na área de emergência e realizado no serviço de Urgência Pediátrica do CHCB. Os estágios decorreram de 14 de setembro de 2015 a 18 de dezembro de 2015. De acordo com o Regulamento de Creditação da ESSV obtivemos creditação ao Estágio de Neonatologia por experiência profissional e formação contínua na área.

Os contextos da prática de estágio revelaram-se locais privilegiados de observação e de aprendizagem, permitindo a aplicação dos conhecimentos, valores e capacidades conducentes a uma prática de cuidados de excelência. Este foi um dos motivos pelos quais escolhemos estes locais para desenvolver os estágios curriculares, pois desta forma foi-nos possível desenvolver conhecimentos nestas áreas prestadoras de cuidados a crianças/jovens e suas famílias.

O Relatório Final inicia-se com um breve enquadramento concetual e encontra-se organizado por cada um dos estágios, por ordem cronologia dos mesmos, dando ênfase às competências desenvolvidas ao longo de cada um deles e de acordo com o previsto no plano de estudos do curso. Deste modo, damos visibilidade às diferentes atividades efectuadas e evidenciamos as diferentes respostas dadas para o desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de prestação de cuidados. A par desta descrição refletimos sobre as estratégias de resolução adotadas e as dificuldades encontradas. Por fim apresentamos uma reflexão final sobre as implicações dos estágios na nossa aprendizagem e retiramos as conclusões consideradas oportunas.

1. Enquadramento conceptual

A construção da identidade profissional em enfermagem é um processo dinâmico, que permite o desenvolvimento de competências que definem o que é ser enfermeiro. Neste processo tanto a formação inicial como a contínua desempenham um papel fundamental, servindo como suporte teórico para o desenvolvimento de práticas especializadas, justificadas pelo surgimento de novas necessidades, pela complexificação dos contextos, evolução tecnológica, pelos avanços decorrentes da evidência e pela qualidade requerida nos cuidados de saúde.

Neste contexto a formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados a nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Especificando o que acabamos de enunciar e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, tivemos oportunidade durante os estágios realizados, de desenvolver as competências comuns e específicas designadas para os enfermeiros especialistas em Enfermagem Saúde da Criança e do Jovem tendo como foco principal uma visão da criança no contexto social atual e os desafios que lhe estão inerentes. A importância da aquisição de competências específicas nesta área de atuação em enfermagem, apoia-se na especial fragilidade do grupo etário assistido, e da sua dependência parental e de meios de suporte da comunidade. É um grupo etário “em formação”! Das crianças e jovens surgirão os futuros adultos. Não falamos de crescimento apenas físico, mas também do desenvolvimento da personalidade e da própria educação da futura sociedade. Daí a cooperação com as famílias, escolas e comunidade ser tão importante.

Pudemos assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. os cuidados foram programados e executados em conformidade com a família e tendo em

conta os recursos disponíveis, estabelecendo assim uma parceria de cuidados, sempre no sentido da otimização da saúde e promovendo a parentalidade. Destacamos aqui a oportunidade que tivemos de participar em vários programas no âmbito da saúde escolar, durante o estágio em Cuidados de Saúde Primários. Falaremos das atividades desenvolvidas de forma mais pormenorizada nos capítulos relativos a cada campo de estágio.

Cuidámos da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, particularmente durante o estágio de decorreu no serviço de Urgência Pediátrica, onde as situações que requerem uma abordagem mais crítica e urgente são mais frequentes.

Prestámos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, quer durante as consultas de saúde infantil que decorreram no Centro de Saúde, quer ainda durante as consultas do Adolescente. Neste grupo etário tivemos especial atenção a comunicação, uma vez que notamos frequentemente uma certa retracção por parte dos adolescentes na comunicação da sua situação clínica ou aspetos acerca da sua vida social ou familiar.

Queremos salientar que o objetivo final que tivemos sempre em mente, foi a implementação da qualidade dos cuidados prestados, tendo como referencial para uma prática especializada, os padrões de qualidade definidos neste âmbito e a utilização da reflexão contínua, que deve estar subjacente à melhoria contínua preconizada.

Neste contexto tivemos por base os padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) e as definições dos seus conceitos metaparadigmáticos: saúde, pessoa (criança), ambiente e cuidados de enfermagem.

SAÚDE

Assim, na prática especializada em Enfermagem pediátrica, **saúde** deve ser entendida como qualquer particularidade que maximize o bem-estar da criança/jovem, salvaguardando a satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas do desenvolvimento, as transições normativas inerentes a esse processo de crescimento e desenvolvimento ou acidentais, decorrentes de processos de saúde-doença, otimizando a saúde física, psicológica e social, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de todo o seu potencial e salvaguardando sempre o método de cuidados subjacente à prática de enfermagem pediátrica, os cuidados centrados na família.

PESSOA

Na enfermagem pediátrica a pessoa é especificada sob o binómio criança/jovem e sua família, dada a sua dependência dos cuidados da família até ao alcance progressivo da independência e da autonomia. Por outro lado, a família deve ser entendida como os adultos com responsabilidade de prestarem cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência sobre ela. Neste âmbito devem ser salvaguardados os princípios éticos e deontológicos que respeitem a criança e o seu direito à determinação.

AMBIENTE

O ambiente deve ser entendido como o local onde a criança vive e se desenvolve, proporcionando uma infinidade de estímulos, que devem ser promotores de saúde e sustentar emocionalmente os cuidados de que a criança/jovem necessitam, promovendo a sua independência e desenvolvimento. Podem ser considerados como factores protectores ou stressores das suas vivências.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O exercício dos enfermeiros especialistas em enfermagem da criança e do jovem está subjacente a uma filosofia de cuidados centrados na família, com ênfase nos processos comunicacionais que lhe devem estar inerentes e que podem decorrer em diversos contextos. Implicam o estabelecimento de uma comunicação efectiva e intervenções no domínio da atuação, envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação. Esta relação de parceria deve ser dinâmica e flexível e ter como finalidade a promoção de competência na criança na maximização da saúde, do potencial de crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, a promoção da vinculação e da auto-estima e auto-determinação do jovem, para além de reconhecerem e valorizarem as competências da família enquanto recurso.

Os cuidados de enfermagem tomam como foco de atenção a autonomia da criança/família, sendo sustentada em crenças e valores de que os pais/família são os primeiros e melhores prestadores de cuidados à criança.

Foi baseada nestes conceitos e reflectindo na sua aplicabilidade, que iniciámos o processo das aprendizagens práticas de nível especializado que passamos a descrever.

2. Estágio I - Saúde Infantil e Familiar

O estágio desenvolvido na área de Cuidados de Saúde Primários - Saúde Infantil e Familiar decorreu no Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira, (ACeS Cova da Beira), na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Fundão (UCSP Fundão) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e decorreu de 14 de setembro de 2015 a 23 de outubro de 2015. Tivemos a orientação tutorial das enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Eugénia Lindeza e Vera Oliveira, ambas a prestar serviço na UCSP Fundão, sendo a enfermeira Eugénia Lindeza coordenadora da UCC além de desempenhar funções na UCSP, e a enfermeira Vera Oliveira coordenadora da Equipa Local de Intervenção (ELI), também a desempenhar funções na UCSP. A enfermeira Vera Oliveira para além de especialista é também mestre em enfermagem de saúde infantil e pediatria. A professora orientadora deste estágio foi a Prof^a Doutora Ernestina Silva.

2.1 - Caracterização Organizacional da UCSP Fundão

A UCSP do Fundão faz parte do ACeS Cova da Beira, tem 28049 utentes inscritos e é constituída por uma equipa multidisciplinar donde fazem parte 19 médicos, 22 enfermeiros e 12 assistentes técnicos. Dispõe ainda de outros profissionais que colaboram com a UCSP, nomeadamente nutricionista, técnico de serviço social, psicólogo e higienista oral.

Paralelamente à UCSP, existe a UCC que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A Equipa Local de Intervenção (ELI) do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) está integrada nesta unidade. Posteriormente iremos referir-nos mais detalhadamente à ELI e ao seu trabalho, visto que podemos acompanhar de perto a sua atividade.

A UCSP Fundação conta ainda com a colaboração da Unidade de Saúde Pública (USP) e com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

No decorrer do estágio procurámos orientarmo-nos pelos valores e princípios da UCSP que foram definidos pela própria unidade como sendo:

- a) Qualidade – procurando a Excelência na prestação de cuidados, utilizando procedimentos, tecnologias e meios geradores de qualidade;
- b) Cultura, Trabalho em Equipa e Comunicação – promovendo o trabalho em equipa, o empowerment, a responsabilidade individual, a iniciativa, a inovação e a comunicação, conseguindo assim elevados níveis de participação entre todos;
- c) Compromisso e Humanização – colocando o utente no centro do sistema, para que todas as atividades se desenvolvam no sentido de responder às suas preocupações e necessidades, privilegiando uma relação personalizada, seguindo elevados padrões de comportamento ético e respeito pelo próximo;
- d) Ética, Responsabilidade Social e Ambiental – respeitando o bem-estar e o futuro da comunidade onde estamos inseridos, fomentando um espírito ativo de responsabilidade social e ambiental;
- e) Valorização, das pessoas e com as pessoas – apostando no desenvolvimento pessoal e profissional dos nossos colaboradores, capitalizando todo o conhecimento criado numa importante fonte de informação e diferenciação para todos.

2.2 - Atividades Desenvolvidas

Ao longo do estágio desenvolvido nesta unidade de saúde fomos integrados nas diversas áreas dele constituinte. Pudemos prestar cuidados de saúde diretos à população em contexto de consulta, planear cuidados de saúde quer em contexto de consulta quer em programas específicos, sendo eles por exemplo o SNIPI, e participar na organização e implementação de ações de formação para enfermeiros e para a população.

Iremos descrever as atividades desenvolvidas, organizadas de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e integradas quer nas competências inerentes aos Enfermeiros Especialistas quer as específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

Objetivo: Respeitar e promover os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional no ambiente de cuidados

Atividades desenvolvidas:

- Estabelecemos uma relação de equipa e de entre ajuda com os profissionais do serviço;
- Considerámos os valores e crenças da família e promovemos a sua autonomia;
- Definimos estratégias de resolução de problemas, envolvendo os pais na tomada de decisões;
- Defendemos os princípios definidos nos documentos e legislação em vigor (Código Deontológico dos Enfermeiros, Carta dos Direitos da Criança);
- Valorizamos a ética e a deontologia, em todos os cuidados e ensinamentos efetuados à criança/jovem e família;
- Participámos nos esforços profissionais para a valorização da vida e qualidade de vida do recém-nascido, criança/família;
- Reconhecemos a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco;
- Mostrámos interesse e responsabilidade na execução das intervenções.

Objetivo: Demonstrar competências relacionais, com a equipa multidisciplinar, criança/jovem e família

Atividades desenvolvidas:

- Conhecemos a organização e funcionamento do serviço;
- Apresentámos uma conduta que reflete a capacidade de saber ser e estar;
- Promovemos boas relações de trabalho com os vários elementos da equipa;
- Prestámos cuidados de enfermagem de acordo com a metodologia de serviço, tendo em conta os protocolos existentes no mesmo;
- Participamos na tomada de decisões da equipa sempre que seja possível e oportuno;
- Estabelecemos uma comunicação terapêutica com a criança/jovem e família, mostrando empatia e compreensão;

- Utilizamos uma comunicação oral, clara e perceptível à luz da compreensão da família;
- Envolvermos a família na participação dos cuidados.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Objetivo: Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

Atividades desenvolvidas:

- Consultamos normas, regulamentos, protocolos e/ou procedimentos operativos homologados para a instituição;
- Refletimos sobre as práticas com vista à melhoria da qualidade de cuidados.

Objetivo: Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro

Atividades desenvolvidas:

- Promovemos um ambiente facilitador à expressão (de sentimentos) das necessidades culturais e espirituais;
- Realizamos ensinamentos oportunos e informais às crianças/jovens e família sobre medidas de segurança;
- Estabelecemos uma relação empática e terapêutica com a criança/família, utilizando uma linguagem adequada;
- Utilizamos devidamente os diversos equipamentos e materiais.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

Objetivo: Adaptar a liderança e a gestão dos recursos, com vista à promoção da qualidade dos cuidados

Atividades desenvolvidas:

- Reconhecemos e compreendemos os diferentes e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática;

- Optimizámos o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Objetivo: Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade

Atividades desenvolvidas:

- Estabelecemos boas relações de trabalho com a equipa;
- Apresentámos um comportamento assertivo, quer para com os profissionais de saúde, quer para a criança/jovem e família;
- Estabelecemos uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem;
- Participámos ativamente dentro da equipa multidisciplinar, reconhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais;
- Aplicámos o pensamento crítico às técnicas de resolução de problemas;
- Gerimos possíveis conflitos de forma eficiente;
- Efectuámos uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados.

Objetivo: Desenvolver uma prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Atividades desenvolvidas:

- Mobilizámos os conhecimentos adquiridos anteriormente e aplicámo-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;
- Aproveitámos todas as oportunidades de aprendizagem;
- Pesquisámos e investigámos sempre que detectámos uma falha ao nível dos conhecimentos, de forma a contribuir para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional e enriquecendo o nível da prestação de cuidados;
- Refletimos regularmente com a tutora acerca do nosso desempenho.

No âmbito desta competência desenvolvemos uma ação de formação sobre colheita de sangue ao recém-nascido para o teste de diagnóstico precoce, tendo como destinatários os enfermeiros da UCSP Fundão, atividade que não foi planeada no Projeto de Estágio.

Esta ação de formação foi-nos solicitada pela enfermeira Eugénia Lindeza em virtude de existirem normas de orientação relacionadas com a colheita de sangue para Diagnóstico Precoce Neonatal, que ainda não eram do conhecimento de todos os enfermeiros da UCSP.

Desta forma, e com o objetivo de capacitar todos os enfermeiros para a realização correta e eficiente do Diagnóstico Precoce Neonatal, preparámos e apresentámos a ação de formação, no dia 30 de setembro. Em anexo I incluímos a apresentação.

Tal como para as competências comuns do enfermeiro especialista, delineámos objetivos para as **competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem**, que tal como as anteriores, estamos convictas de ter alcançado. Passamos a referi-las, bem como aos objetivos por nós alcançados:

Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Objetivo: Demonstrar capacidade em assistir a criança/jovem inserido na família com o intuito de maximizar a sua saúde

Atividades desenvolvidas:

- Implementámos um plano de saúde promotor da parentalidade incentivando o envolvimento da família na prestação dos cuidados à criança e jovem;
- Aprofundámos conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança saudável integrada num ambiente familiar e social;
- Estabelecemos uma relação empática e de parceria de cuidados com a criança/jovem e família;
- Comunicámos com a criança e família de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento respeitando as suas crenças e a sua cultura;
- Proporcionámos conhecimento e aprendizagem à criança/jovem e família de forma a capacitá-los na gestão dos processos de saúde/doença;
- Identificámos precocemente e intervimos em situações de risco que possam afetar a qualidade de vida da criança/jovem;
- Promovemos o plano nacional de vacinação;
- Realizámos registos com metodologia e rigor científico garantindo a continuidade dos cuidados e demonstrando domínio na utilização do programa informático em uso

(SAPE e SINUS), mantendo o processo individual do utente pediátrico atualizado e devidamente elaborado.

Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Objetivo: Demonstrar competências para cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade

Atividades desenvolvidas:

- Avaliámos do latente/criança/jovem em todas as suas vertentes (físico, motor, comportamental, psicológico e social);
- Realizámos colheita de dados relativos ao latente/criança/jovem, com o próprio ou através da família ou cuidador;
- Identificámos possíveis alterações no relacionamento pais/filhos, assim como num ambiente social;
- Realizámos visitas domiciliárias programadas ou não à criança/jovem e família;
- Prestámos cuidados à criança/jovem com patologias crónicas valorizando os ensinamentos, a prevenção e a promoção da saúde.

Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo da vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivo: Participar na prestação de cuidados em resposta às necessidades identificadas e especificidades do ciclo da vida e desenvolvimento da criança

Atividades desenvolvidas:

- Demonstrámos conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido/lactente/criança/jovem;
- Transmitimos antecipadamente às famílias orientações para maximizar o potencial desenvolvimento infanto-juvenil;
- Promovemos a amamentação;
- Estabelecemos uma linguagem clara e objetiva atendendo à criança/jovem e família a que nos dirigimos;
- Promovemos um ambiente de abertura para o jovem dialogar com a equipa de saúde, desenvolvendo a capacidade de o saber escutar e ouvir;

- Respeitámos a privacidade da criança/jovem;
- Promovemos estilos de vida saudáveis;
- Realizar todos os registos no boletim individual de saúde e na aplicação informática “SClínico”.

Objetivo: Participar em atividades de formação e desenvolver sessões de educação para a saúde no decorrer do ensino clínico

Atividades desenvolvidas:

- Dialogamos com as enfermeiras tutoras de forma a identificar temas pertinentes a serem desenvolvidos;
- Desenvolvemos uma ação de formação acerca de doenças infecciosas na infância e febre, que foi realizada em 4 infantários privados do concelho do Fundão e numa reunião de educadores de infância de infantários públicos, que fazem parte dos agrupamentos de escolas Serra da Gardunha e Agrupamentos de Escolas João Franco do concelho do Fundão, sujeitos destinatários foram os educadores de infância, auxiliares de ação educativa, animadores, técnicos de serviço social, nutricionista e gerontologista. Esta ação de formação surgiu da necessidade manifestada pelas instituições à UCSP Fundão acerca desta temática, em virtude de detectarem lacunas no que diz respeito à atuação dos funcionários das instituições que as crianças frequentam, quando se deparam com crianças com doença ou suspeita de doença infecciosa e/ou febre. Anexamos estas ações de formação em anexo II e III.
- Colaborámos na implementação de projeto(s) já em curso da UCC “Quando o doce se torna em amargo” e “Lanches saudáveis”, acompanhando a enfermeira Eugénia Lindeza a uma reunião onde foi apresentado o projeto às educadoras de infância dos infantários onde os projetos iriam decorrer.

Acompanhámos os elementos que implementaram o projeto “Lanches saudáveis”, enfermeira Eugénia Lindeza e nutricionista Elsa Silva, na concretização do mesmo. Este projeto foi desenvolvido em parceria com a Câmara Municipal do Fundão e com a Escola Profissional do Fundão, entre outros, e consistia em fomentar a adopção de lanches saudáveis em duas turmas de crianças do 1º ciclo. No decorrer da ação de promoção para a saúde a enfermeira e a nutricionista conversaram um pouco com as crianças no sentido de saberem acerca dos seus hábitos alimentares relacionados com os lanches e explicaram como deve ser um lanche saudável. Em seguida os alunos do Curso de Cozinha e Pastelaria da Escola Profissional do

Fundão fizeram uma pequena demonstração acerca da preparação do lanche saudável e possíveis combinações de alimentos para o lanche e posteriormente as crianças puderam lanchar e conviver.

2.2.1 - Atividades desenvolvidas no âmbito da ELI

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), é um programa de saúde, criado em 2009, pelo Decreto-Lei nº 281/2009, publicado no Diário da República a 6 de Outubro, na sequência dos princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009.

O SNIPI tem a missão de garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI), entendendo-se como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da acção social.

A intervenção precoce é dirigida a crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento.

A ELI, Equipa Local de Intervenção, é uma equipa multidisciplinar, que faz parte do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), e é constituída por professores, educadores de infância, psicólogo, terapeuta da fala, técnico de serviço social e enfermeiro, sendo coordenada por este, e cujas funções são:

- Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI;
- Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requeiram avaliação periódica, devido à natureza dos seus factores de risco e probabilidade de evolução;
- Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;
- Elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico da situação;
- Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social;
- Articular, sempre que se justifique, com as comissões de protecção de crianças e jovens, com os núcleos da saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com actividade na área da protecção infantil

- Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- Articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI.

A ELI do Fundão reúne-se uma vez por semana, para se debaterem os casos das crianças acompanhadas pela ELI e tem reuniões mensais com o Núcleo de Supervisão Técnica que tem como função, entre outras, apoiar e orientar a ELI no desempenho das suas funções.

Tivemos oportunidade de assistir a seis reuniões da ELI, sendo uma delas com o Núcleo de Supervisão Técnica, e outra com a equipa de saúde da consulta de desenvolvimento do CHCB.

Nestas reuniões são discutidos os casos das crianças acompanhadas pela ELI, partilhada a experiência dos vários técnicos, são decididas as linhas orientadoras de ação para a intervenção a desenvolver nas crianças e família. São ainda discutidas as novas referenciações de crianças, para a ELI e decididas as avaliações a efetuar às crianças, sejam elas iniciais ou intermédias. A intervenção junto das crianças é feita com a permissão da família e antes de se avaliar a criança é feita uma entrevista à família, cujo objetivo é conhecer os contextos familiares e individuais da criança.

Pudemos também acompanhar dois técnicos da ELI, numa entrevista inicial a uma família cuja criança foi referenciada para a ELI, e dois técnicos, sendo um deles a enfermeira Vera Oliveira, na avaliação de duas crianças a frequentar o infantário de Arcaria, tendo sido aplicado o instrumento de avaliação preconizado, a “Escala The Schedule of Growing Skills II”.

A referenciação para a ELI pode ser efetuada por qualquer pessoa que suspeite de atrasos no desenvolvimento psicomotor de qualquer criança, ou identifique condições que possam levar a atrasos no mesmo, mas esta é mais frequentemente executada por educadores de infância ou profissionais de saúde.

Do contato que tivemos com a ELI, pudemos observar a sua dinâmica de ação e não pudemos deixar de notar o papel desempenhado pelo enfermeiro, enquanto elemento coordenador e promotor da estabilidade do grupo, por efetuar a interligação entre os vários técnicos e dirigir a ação para as áreas que identifica como pertinentes, nomeadamente a área clínica quando é necessária esta interligação.

Pensamos que e no caso particular da ELI do Fundão, o tempo de participação nesta equipa que foi definido para o enfermeiro é curto e que poderia ser desenvolvido um trabalho de campo mais aprofundado, nomeadamente nas entrevistas, nas avaliações e intervenção direta junto das crianças e famílias.

2.2.2 - Atividades desenvolvidas no âmbito da consulta de saúde infantil

Tivemos oportunidade de colaborar na consulta de Saúde Infantil, tanto com a enfermeira Vera Oliveira como com a enfermeira Eugénia Lindeza. As crianças na consulta de enfermagem são avaliadas nos parâmetros da somatometria e de desenvolvimento. Os instrumentos de avaliação usados são os preconizados no Plano Nacional de Saúde Infantil de acordo com as variadas faixas etárias, desde recém-nascidos até adolescentes. A Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada foi para nós fácil de aplicar, tendo conseguido a colaboração das crianças em tudo o que lhes foi solicitado.

Gostaríamos de referenciar uma situação particular que inicialmente levantou alguma dificuldade mas que foi prontamente resolvida quando se procurou uma estratégia de abordagem diferente e que passamos a descrever: tratou-se de uma criança de 4 anos, com o diagnóstico de autismo, a quem foi necessário avaliar se sabia a cor de determinados objetos. A criança apresentou-se renitente em colaborar, no entanto respondeu espontaneamente na língua inglesa e deste modo conseguimos acabar a avaliação da criança (Tratava-se de uma criança que tem aulas de inglês no infantário que frequenta).

Durante a consulta de Saúde Infantil foram abordados os temas preconizados no Plano Nacional de Saúde Infantil, através de entrevista aos pais e observação da criança. Foi também prestada atenção à situação vacinal da criança.

Foram efetuados os registos correspondentes no processo clínico e no Boletim de Saúde Infantil da criança.

Queremos salientar que durante a consulta sempre nos mostrámos receptivas a ouvir os pais e sempre os colocámos à vontade para expressarem as suas dúvidas. Fomos questionadas várias vezes pelas mães sobre aspetos do desenvolvimento das crianças, da sua alimentação, principalmente de crianças mais pequenas. Procuramos esclarecer sempre que oportuno os pais, relativamente a aspetos relacionados com o transporte das crianças em veículos automóveis, à sua adaptação à escola e relacionamento com os seus pares, relativamente à higiene oral e à alimentação das crianças. Foram sempre efetuados ensinamentos adequados, com recurso à validação da informação por parte das enfermeiras tutoras, quando necessário.

2.2.3 - Atividades desenvolvidas no âmbito da consulta de saúde do adolescente

A UCSP do Fundão disponibiliza a Consulta do Adolescente, que tal como o nome indica é específica para os adolescentes. A consulta é efetuada quinzenalmente e é uma consulta conjunta de médico e enfermeiro. É uma consulta efetuada num ambiente informal, onde os adolescentes são colocados à vontade para expressarem as suas dúvidas.

A consulta tem uma afluência considerável pois recorrem entre 10 a 15 adolescentes no período estipulado para esta consulta, que é das 14 as 20 horas de quarta-feira, dia em que no Fundão não há aulas no período da tarde, facilitando deste modo o acesso à consulta.

A primeira abordagem feita aos adolescentes vai no sentido de auscultar os motivos pelos quais recorrem à consulta. Posteriormente é seguido um guião mais ou menos estruturado onde se procura fazer uma abordagem dos aspetos psicossociais do adolescente de acordo com o acrónimo *HEEDSSS*, que passamos a explicar:

- H - Home (casa, família);
- E - Education and Employment (escola e emprego);
- E - Eating (alimentação);
- A - Activities (atividades desportivas e de lazer);
- D - Drugs (drogas);
- S - Sexuality (sexualidade);
- S - Suicide (depressão, suicídio, humor);
- S - Safety (segurança, acidentes, violência).

Estes itens são avaliados de uma forma subtil procurando desta forma a colaboração dos adolescentes.

A maioria dos adolescentes que frequentam a consulta são meninas, que procuram respostas para as suas dúvidas relacionadas com o início da vida sexual, ou preocupadas com problemas associados a quadros clínicos de acne. É feita uma avaliação estato-ponderal e despiste de dislipidémias, com avaliação da tensão arterial. A avaliação clínica pode incluir exames auxiliares de diagnóstico, como colpocitologias, ecografias abdominais ou análises sanguíneas. Quando se detetam situações que necessitam da colaboração do psicólogo ou técnico de serviço social é solicitada a sua intervenção

3.Estágio de Opção - Urgência Pediátrica

O Centro Hospitalar da Cova da Beira engloba o Hospital Pêro da Covilhã e o Hospital do Fundão. O Hospital Pêro da Covilhã está situado na cidade de Covilhã, distrito de Castelo Branco. É um hospital de construção recente contando com 16 anos de existência. O CHCB foi criado nos termos do Art.º 1 do Decreto-lei nº 284/99, de 26 de Julho, e é Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior. Tem como área geográfica de abrangência os concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor. É a maior e mais sofisticada unidade de saúde de toda a região e dá resposta a uma população com cerca de 100.000 habitantes.

O serviço de Urgência Pediátrica faz parte do Serviço de Cuidados Agudos do CHCB e tem como objetivo prestar assistência em cuidados de saúde à população com menos de 18 anos de idade.

No decorrer do nosso estágio fomos integradas nesta equipa de trabalho de 26 de outubro de 2015 a 27 de novembro de 2015 e tivemos como orientadores os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Bruno Bernardo e Catarina Dias, ambos a desenvolver atividade profissional no serviço de Urgência Pediátrica do CHCB. A Profª Doutora Graça Aparício foi a responsável pelo estágio.

3.1 - Caracterização Organizacional do Serviço de Urgência Pediátrica

A equipa de trabalho deste serviço é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos especializados, assistentes operacionais e funcionários administrativos. O CHCB possui um heliporto com o objetivo de, o mais precocemente possível, evacuar situações às quais não consiga dar resposta, sendo o hospital de referência o Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra e na área da pediatria o Hospital Pediátrico de Coimbra.

O serviço de Urgência Pediátrica subdivide-se nas seguintes áreas funcionais:

- Admissão do doente
- Sala de espera para doentes e acompanhantes
- Sala de triagem

- Três gabinetes de observação médica
- Balcão
- Sala de nebulizações
- Sala de reanimação
- S.O. com quarto de isolamento e enfermaria,
- Sala de pequena cirurgia
- Sala de tratamentos nº2
- Sala de ortopedia (colocação de gessos)
- Área de gabinetes
- Uma área de limpos e 2 de sujos
- Sala de material de limpeza
- Dois vestiários
- Uma copa
- Stock do serviço
- Sala de reuniões.

O acesso à Urgência Pediátrica obedece aos seguintes requisitos:

Crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos vindas por iniciativa própria ou referenciadas por:

- Saúde 24
- Médico de família
- SAP
- Médico particular
- Transferidos de outra unidade de saúde
- INEM

Os doentes têm acesso à Urgência Pediátrica através de duas portas devidamente identificadas:

1. A porta número três destina-se a doentes estáveis;
2. A porta de emergência serve de entrada a doentes graves ou aqueles que vêm transferidos de outros hospitais ou centros de saúde, transportados em macas.

A inscrição do doente é feita no posto administrativo apresentando cartão de utente e Cédula ou Bilhete de Identidade ou outro documento legal.

Toda a urgência se encontra informatizada através do sistema ALERT.

Na urgência pediátrica a observação dos doentes é feita após triagem.

O utente é triado na sala de triagem por um elemento de enfermagem, através de inquérito à criança e acompanhante(s) e avaliação sumária da criança sendo atribuída a prioridade correspondente (P2, P3 ou P4). O acompanhante é informado da prioridade estabelecida.

Após triagem a criança aguarda avaliação médica na sala de espera, ou são encaminhadas directamente para o balcão ou gabinete médico (P2 e alguns P3, nomeadamente suspeita de doenças infectocontagiosas).

Sempre que exista carta de referência médica esta é anexada à ficha de urgência. No caso de o doente vir acompanhado por bombeiros são estes quem deve entregar a respectiva carta no gabinete administrativo.

Em caso de doentes críticos, estes são imediatamente assistidos na sala de reanimação e posteriormente é feita a triagem.

A avaliação clínica da criança (com familiar ou acompanhante) poderá ser feita pelo pediatra ou clínico geral. Sempre que disponível o pediatra avalia e orienta as crianças com prioridade P1 e P2, sendo as crianças com prioridade P3 e P4 avaliadas pelo clínico geral. Após a avaliação inicial e em caso de necessidade de avaliação por outro especialista este deve ser contactado pessoalmente, via telefónica ou através do respetivo VPN e feito o pedido via ALERT (Pelo médico).

A avaliação é feita por rotina pelo médico e enfermeiro. Sempre que a situação clínica ou social o justifique é feita avaliação multidisciplinar alargada com os intervenientes que se julguem necessários (técnico de serviço social, farmacêutico, imagiologista, nutricionista, psicólogo, etc.) para além de quaisquer outras especialidades médicas ou cirúrgicas necessárias.

Em outubro de 2015 o serviço de Urgência Pediátrica prestou assistência a 1453 crianças, tendo apresentado um aumento da afluência em relação ao mesmo mês do ano anterior em cerca de 3,6%.

3.2 - Atividades Desenvolvidas

Quando elaborámos o nosso projeto de estágio delineámos objetivos que nos propusemos alcançar. Neste momento, descrevemos as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, de acordo com os objetivos traçados no projeto.

- Realizar a integração no serviço e elaborar o projeto de estágio.
- Respeitar e promover os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional no ambiente de cuidados.
 - Visitámos as instalações do serviço;
 - Fomos apresentados aos elementos da equipa multidisciplinar;
 - Observámos a dinâmica e funcionamento do serviço;
 - Consultámos de protocolos, documentos e projectos existentes;
 - Conhecemos a articulação entre serviços e comunidade adjacente;
 - Tivemos conhecimento das normas, regulamentos, horários, patologias mais frequentes, lotação, processos e actividades do serviço.
 - Tivemos conhecimento da constituição da equipa de saúde (multidisciplinar);
 - Tivemos conhecimento das diferentes funções de cada um;
 - Estabelecemos relações de inter-ajuda e cooperação com a equipa;
 - Desenvolvemos uma relação empática com os elementos desta unidade;
 - Colaboramos com a equipa em todas as actividades possíveis;
 - Demonstramos rigor no cumprimento das actividades (assiduidade e pontualidade);
 - Acompanhámos os enfermeiros tutores nos seus horários, colaborando nas suas actividades, mostrando interesse e responsabilidade na actuação;
 - Transmitimos as informações, oralmente e por escrito, à equipa de saúde.
- Demonstrar uma prática que respeita os direitos humano assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os utentes.
 - Proporcionámos um ambiente acolhedor e confortável ao utente pediátrico e família;
 - Promovemos a expressão de dúvidas relativas à situação da criança/família;
 - Promovemos comportamentos saudáveis através de ensinamentos individualizados e personalizados a cada utente pediátrico/família;
 - Planeámos actividades/cuidados de enfermagem adequados às necessidades do utente pediátrico;

- Planeámos as nossas acções em função dos recursos materiais e humanos;
 - Efectuámos registos de enfermagem adequados.
- Demonstrar competências relacionais, com a equipa multidisciplinar, criança/jovem e família.
 - Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.
 - Realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas - trabalhar em conjunto com os médicos, enfermeiros, alunos de enfermagem e assistentes operacionais, bem como com outros técnicos de saúde.
 - Assistir a criança/jovem inserido na família com o intuito de maximizar a sua saúde.
 - Cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade.
 - Participar na prestação de cuidados em resposta às necessidades identificadas e especificidades do ciclo da vida e desenvolvimento da criança.
 - Proporcionar educação para a saúde as crianças/famílias sempre que for pertinente e se detetar necessidade.
 - Identificar e mobilizar recursos de suporte à criança, família/pessoa significativa.
 - Fizemos a observação geral do utente pediátrico;
 - Fizemos o acolhimento do utente pediátrico/família;
 - Realizámos entrevista e colheita de dados com o utente pediátrico/família/accompanhante;
 - Identificámos as necessidades afectadas (diagnósticos de enfermagem);
 - Planeámos as intervenções necessárias (planos de cuidados);
 - Colaborámos com a equipa na prestação de cuidados globais ao utente pediátrico;
 - Utilizámos os conhecimentos teóricos e práticos correspondentes aos cuidados a prestar;
 - Desenvolvemos destreza na prestação de cuidados de enfermagem especializados.
 - Desenvolver uma prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento:

- Realizámos pesquisa bibliográfica recorrendo a pesquisa *online* na base de dados “Up-To-Date”, disponibilizada através da intranet do CHCB, acerca dos seguintes temas:

Febre:

Febrile infants (7 to 90 days of age): Definition and etiology of fever

Fever without a source in children 3 to 36 months of age

Strategies for the evaluation of febrile young infants (7 to 90 days of age)

Evaluation and management of the febrile young infant (7 to 90 days of age)

Cefaleias:

Emergent evaluation of headache in children, disponível em:
<http://www.uptodate.com/contents/emergent-evaluation-of-headache-in-children?topicKey=EM%2F6432&elapsedTimeMs=4&view=print&displayedView=full#>

Dor abdominal:

Emergent evaluation of the child with acute abdominal pain, disponível em:
<http://www.uptodate.com/contents/emergent-evaluation-of-the-child-with-acute-abdominal-pain?topicKey=EM%2F6434&elapsedTimeMs=8&view=print&displayedView=full#>

Stress respiratório:

Initial assessment and stabilization of children with respiratory or circulatory compromise, disponível em: http://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-stabilization-of-children-with-respiratory-or-circulatory-compromise?source=see_link

Emergency evaluation and immediate management of acute respiratory distress in children, disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/emergency-evaluation-and-immediate-management-of-acute-respiratory-distress-in-children>

Continuous oxygen delivery systems for infants, children, and adults,

Oxygen monitoring and therapy in the newborn, disponível em:
http://www.uptodate.com/contents/oxygen-monitoring-and-therapy-in-the-newborn?source=see_link

Trauma pediátrico:

Approach to the initially stable child with blunt or penetrating injury

Classification of trauma in children

Trauma management: Approach to the unstable child

Trauma management: Unique pediatric considerations

Reanimação pediátrica:

Initial assessment and stabilization of children with respiratory or circulatory compromise

- Colaborar na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade: Elaborámos uma proposta de procedimento operativo acerca dos cuidados de enfermagem à criança ventilada que anexamos em anexo IV, e que submetemos aos enfermeiros tutores e à enfermeira Rosa Machado, enfermeira-chefe do serviço.

Durante o nosso estágio no serviço de Urgência Pediátrica, prestamos assistência à criança/família em três momentos distintos, mas que por vezes se interligavam.

O primeiro momento, o da triagem, foi feita de acordo com as normas do serviço e que já explicámos anteriormente, e também de acordo com as orientações dos enfermeiros tutores. A nossa preocupação foi sempre avaliar a criança tendo em atenção o triângulo de avaliação pediátrica (perfusão pele/aparência/trabalho respiratório), estabelecendo prioridades e dando atenção à família.

O segundo momento foi aquele em que as crianças aguardam em balcão, quer seja pelo efeito de terapêutica administrada, quer seja pelo resultado de exames auxiliares de diagnóstico. Também neste local a nossa vigilância foi constante no sentido de nos mantermos sempre informadas acerca da situação das crianças e sua interacção com o meio.

O terceiro momento é aquele que designamos pelo internamento das crianças em SO e onde são prestados os cuidados necessários e antecipadas as necessidades das crianças. Também aqui a observação é contínua e a reavaliação constante.

Relativamente às patologias apresentadas pelas crianças com as quais tivemos oportunidade de trabalhar, estas foram do foro cirúrgico, traumáticas (crianças com feridas incisivas provocadas por quedas), ou traumatismos do foro ortopédico que requeriam avaliação clínica da respetiva especialidade. Foram também do foro médico em que se apresentaram frequentemente crianças com dificuldades respiratórias, com febre, com alterações cutâneas eritematosas e com dores abdominais.

Queremos salientar dois casos que nos marcaram devido as suas especificidades e de formas distintas, e que passamos a descrever:

O primeiro foi de um adolescente que foi trazido ao serviço de urgências pediátricas por vômitos matinais, por um funcionário da escola que frequentava. Previamente o médico de serviço tinha recebido um telefonema do diretor da referida escola, a informar da vinda da criança e que esta cheirava a álcool. Da nossa observação e entrevista a criança tinha tomado o pequeno-almoço em casa (leite com bolachas) e quando chegou à escola comeu pizza que um colega levou, tendo iniciado um quadro de vômitos após a ingestão da pizza. Os cuidados instituídos à criança, de acordo com prescrição clínica, foram ficar em vigilância e iniciar hidratação oral fracionada. O que nos chocou neste caso foi a atitude do acompanhante da criança, sempre muito tónico e sarcástico no seu discurso, culpabilizando a criança pela situação e dando a entender que na realidade ela estaria embriagada (a criança não cheirava a álcool nem apresentava alteração de consciência e exprimia-se adequadamente). Sentimos alguma indignação face à atitude do acompanhante tanto para os enfermeiros de serviço assim como para o diretor clínico e médico de serviço de urgências. Fez-nos refletir que situações destas não são toleráveis, sendo no nosso entender esta atitude uma agressão para com a criança.

O segundo caso foi o de um adolescente de 15 anos que foi trazido ao serviço de urgências pela mãe, porque este apresentava alterações comportamentais relacionadas com dependência de jogos on-line que lhe afetavam o desempenho das suas atividades normais, inclusivamente as mais básicas relacionadas com a higiene e alimentação, hábitos de sono e mais grave, comportamentos de agressividade, verbal e física, para com a mãe, quando esta tentava limitar-lhe o uso de internet. Esta criança mostrava-se envergonhada pela situação e não conseguia ser ela a contar a sua própria situação. Este adolescente foi encaminhado para a consulta de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra. Este caso fez-nos refletir acerca da educação que é dada hoje às crianças, sendo muitas vezes permissiva demais e levando a que os adolescentes tenham dificuldade em lidar com as frustrações e apresentar comportamentos de adaptação às atividades diárias inadequados.

4. Estágio II - Pediatria

O serviço de pediatria do CHCB, onde desenvolvemos este estágio, está integrado no Departamento da Saúde da Criança. É um serviço que pretende ser um “espaço amigo” da criança e adolescente até aos 18 anos (exclusive) e é utilizado por todas as especialidades hospitalares, sejam médicas ou cirúrgicas exceptuando a obstetrícia pelas suas especificidades técnicas.

São respeitados os princípios da Carta da Criança Hospitalizada nomeadamente o do internamento como recurso último, o tratamento mínimo eficaz, o acompanhamento pelos pais e a adequação da informação e dos serviços aos diferentes grupos etários.

4.1 - Caracterização Organizacional do Serviço de Pediatria

Neste serviço podem ser internadas crianças após o primeiro mês de vida até aos 18 anos de idade, independentemente do tipo de patologia. Podem ser provenientes do serviço de urgência, consulta externa ou de outro hospital, estando o seu tratamento a cargo da especialidade médica ou cirúrgica que faz o internamento. É constituído por quartos com capacidade total de 14 camas. Existe a possibilidade de monitorização de parâmetros vitais, em todos os quartos e um destes quartos é individual. Possui ainda uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho médico e de enfermagem e um balcão de secretariado.

Uma equipa de 15 enfermeiros e 10 assistentes operacionais distribuídos em 3 turnos de 8 horas cada, garante a vigilância e tratamento das crianças internadas durante as 24 horas.

A permanência dos pais é permitida e encorajada, existindo a possibilidade de um deles pernoitar em quartos existentes especificamente para o efeito ou de permanecerem em cadeirões de descanso ao lado da cama dos filhos. A educadora de infância assegura o acompanhamento das crianças na sua vertente mais lúdica existindo para o efeito uma sala equipada com jogos, brinquedos e livros.

Este estágio decorreu de 23 de novembro de 2015 a 18 de dezembro de 2015 e tivemos a orientação das enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Manuela Antunes e Dulce Almeida, ambas a desenvolver atividades profissionais no serviço de Pediatria do CHCB. A Professora Doutora Graça Aparício foi a responsável pelo estágio.

4.2 - Atividades Desenvolvidas

Descreveremos aqui as atividades desenvolvidas enquadradas nos objetivos traçados no projeto de estágio.

Objetivo: Realizar a integração no serviço e elaborar o projeto de estágio.

Atividades desenvolvidas:

- Visitámos as instalações do serviço;
- Fomos apresentados aos elementos da equipa multidisciplinar;
- Observámos a dinâmica e funcionamento do serviço;
- Consultámos de protocolos, documentos e projectos existentes;
- Conhecemos a articulação entre serviços e comunidade adjacente;
- Tivemos conhecimento das normas, regulamentos, horários, patologias mais frequentes, lotação, processos e actividades do serviço.

Objetivo: Respeitar e promover os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional no ambiente de cuidados.

Atividades desenvolvidas:

- Tivemos conhecimento da constituição da equipa de saúde (multidisciplinar);
- Tivemos conhecimento das diferentes funções de cada um;
- Estabelecemos relações de interajuda e cooperação com a equipa;
- Desenvolvemos uma relação empática com os elementos desta unidade;
- Colaboramos com a equipa em todas as actividades possíveis;

- Demonstramos rigor no cumprimento das actividades (assiduidade e pontualidade);
- Acompanhámos os enfermeiros tutores nos seus horários, colaborando nas suas actividades, mostrando interesse e responsabilidade na actuação;
- Transmitimos as informações, oralmente e por escrito, à equipa de saúde.

Objetivo: Colaborar de forma efetiva nos processos de tomada de decisão ética em equipa.

Atividades desenvolvidas:

- Informámos a família acerca da situação da criança, dentro das competências dos enfermeiros e de acordo com o que for solicitado pela família, tendo em atenção o que esta já sabe e o que se prevê que esta venha a ter necessidade de saber.
- Gerimos com a família os cuidados a prestar, no âmbito da doença crónica.

Objetivo: Demonstrar uma prática que respeita os direitos humano assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os utentes.

Atividades desenvolvidas:

- Proporcionámos um ambiente acolhedor e confortável ao utente pediátrico e família;
- Promovemos a expressão de dúvidas relativas à situação da criança/família;
- Promovemos comportamentos saudáveis através de ensinamentos individualizados e personalizados a cada utente pediátrico/família;
- Planeámos actividades/cuidados de enfermagem adequados às necessidades do utente pediátrico;
- Planeámos as nossas acções em função dos recursos materiais e humanos;
- Efectuámos registos de enfermagem adequados.

Objetivo: Refletir sobre o processo e os resultados da tomada de decisão partilhada.

Atividades desenvolvidas:

- Avaliámos os conhecimentos da família relacionados com a prestação de cuidados à criança com doença crónica, tendo em vista a autonomia da família.
- Demonstrar competências relacionais, com a equipa multidisciplinar, criança/jovem e família

Objetivo: Participar/colaborar em programas de melhoria contínua e elaboração de guias de boas práticas.

Atividades desenvolvidas:

- Elaborámos uma norma de atuação para a equipa de enfermagem cujos principais objetivos são a utilização do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil como meio de registo atualizado para informação da família/cuidadores e com os Cuidados de Saúde Primários.
- Realizámos uma formação em serviço com apresentação de diapositivos de forma a dar conhecimento à equipa da proposta.

Objetivo: Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção das crianças/famílias, nomeadamente em relação à terapêutica, dados e registos.

Atividades desenvolvidas:

- Mantivemos um ambiente adequado à recuperação e conforto da criança/família;
- Adequámos as condições ambientais (luz e ruído) ao bem estar da criança;
- Mantivemos procedimentos seguros em relação à terapêutica administrada;
- Mantivemos registos atualizados em relação as crianças pelas quais somos co-responsáveis.

Objetivo: Utilizar a reflexão sobre a acção e basear a prática clinica no conhecimento e nos resultados da investigação.

Atividades desenvolvidas:

- Realizámos pesquisa bibliográfica recorrendo a pesquisa online em base de dados, nomeadamente a “up-to-date”, disponibilizada através da intranet do CHCB, essencialmente acerca da diabetes.

Objetivo: Estabelecer uma parceria de cuidados com vista à autoconfiança familiar, potenciando a parentalidade responsável.

Atividades desenvolvidas:

- Fizemos o acolhimento da criança/família;

- Comunicámos com a criança usando técnicas adequadas à sua idade e estágio de desenvolvimento e de acordo com a cultura da família;
- Negociámos com a família a participação desta nos cuidados;
- Realizámos avaliação inicial às crianças internadas;
- Identificámos lacunas nos conhecimentos da família em relação ao cuidar, através da observação ou questionando os cuidados que esta presta;
- Referenciámos crianças para os cuidados de saúde primários aquando da alta.

Objetivo: Identificar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco.

Atividades desenvolvidas:

- Identificámos evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar físico e psíquico (observação e avaliação de sinais vitais). Discutimos com a equipa a penitencia destes sinais na situação clínica da criança e definimos estratégias de atuação.

Objetivo: Planear, implementar e avaliar intervenções de promoção da parentalidade e socialização da criança.

Atividades desenvolvidas:

- Avaliar a estrutura e contexto do sistema familiar (através da avaliação inicial).

Objetivo: Promover a saúde do recém-nascido/criança/jovem transmitindo aos pais/educadores orientações antecipatórias sobre: crescimento, desenvolvimento e sinais de alarme em função do estágio de desenvolvimento; comportamentos saudáveis; saúde escolar; inclusão de crianças e jovens com necessidades educativas especiais; e auto-estima e imagem corporal do adolescente.

Atividades desenvolvidas:

- Realizámos ensinamentos oportunos acerca de temáticas necessárias para os pais relacionados com a situação clínica da criança;
- Informámos os adolescentes acerca da existência da consulta do adolescente (hospital e centro de saúde).

Objetivo: Demonstrar competência para cuidar da criança e família nas situações de especial complexidade: Reconhece situações de instabilidade e presta cuidados de enfermagem apropriados.

Atividades desenvolvidas:

- Avaliámos a criança através do triângulo de avaliação pediátrica (aparência, trabalho respiratório, perfusão periférica), avaliação de sinais vitais;
- Planeámos, prestámos e reavaliámos os cuidados.

Objetivo: Demonstrar competência para cuidar da criança e família nas situações de especial complexidade: Fazer a gestão da dor e do bem-estar otimizando as respostas às situações da doença aguda e crónica.

Atividades desenvolvidas:

- Avaliámos a dor recorrendo às escalas FLAC, EVA, Numérica e FLACC-R, de acordo com os procedimentos em curso no serviço de pediatria.
- Gerimos medidas de alívio da dor (farmacológicas/não farmacológicas).

Objetivo: Refletir de forma crítica acerca do estágio.

Atividades desenvolvidas:

- Executámos o relatório de estágio, reflexão e avaliação

Este estágio permitiu-nos o contato com situações de doença crónica, nomeadamente a diabetes e situações agudas, do foro cirúrgico, mais especificamente situações de otorrinolaringologia (amigdalectomias, adenoidectomias e meringotomias), bem como com os respetivos cuidados e sua gestão com os outros elementos da equipa clínica e serviços de apoio (médicos de outras especialidades, serviços de diagnóstico e bloco operatório). Relativamente às situações de doença crónica, que requerem um internamento mais prolongado, pudemos gerir com as famílias estratégias relacionadas com a aprendizagem que estas necessitam para poderem cuidar da criança no domicílio, e que se revelou, por vezes, um processo moroso e complexo devido às características específicas das famílias em causa. Houve também necessidade de recorrer a outros técnicos, nomeadamente à professora que está integrada na consulta de desenvolvimento e que colaborou com a equipa do internamento e com a assistente social. O papel da professora

como parte integrante da equipa de cuidados, foi no sentido de se encontrarem estratégias de ensino, quer a criança, quer à família, que se mostrassem eficazes na aprendizagem de conhecimentos que se pretendia transmitir.

4.2.1 - Atividades desenvolvidas, não planeadas

No decorrer do estágio tivemos oportunidade de desenvolver atividades que não planeámos e não incluímos no nosso projeto de estágio. Achamos pertinente colocá-las no nosso relatório porque fazem parte das funções do enfermeiro especialista e como tal não podíamos de deixar de aproveitar a oportunidade que se nos apresentou. Passamos a descreve-las.

Objetivo: Adaptar a liderança e a gestão dos recursos, com vista à promoção da qualidade dos cuidados.

Atividades desenvolvidas:

- Reconhecemos e compreendemos os diferentes e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática;
- Optimizámos o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados;
- Verificámos e gerimos o funcionamento de diversos equipamentos do serviço;
- Acompanhámos os enfermeiros do serviço na gestão dos diversos recursos, nomeadamente, armazéns de consumo clínico e hoteleiro, pedidos e requisição de alimentação para as crianças;
- Acompanhámos os enfermeiros do serviço na execução da classificação de doentes de acordo com o Sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem.

Objetivo: Identificar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco.

Atividades desenvolvidas:

- Avaliámos o risco nutricional à entrada e de 7/7 dias - escala Strong Kids, de acordo com o protocolo em vigor;

- Avaliámos o risco de quedas à entrada e de 2/2 dias - escala Little Schmidy, de acordo com o protocolo em vigor;
- Avaliámos o IMC de acordo com o protocolo em vigor.

5. Reflexão Final

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015) é vasto o espaço de intervenção da enfermagem especializada em Saúde da Criança e do Jovem que pode atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens que necessitem dos nossos cuidados visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado. Desafios que dizem respeito ao grupo etário onde se insere a criança/jovem, ao meio no qual está inserido e os que estão relacionados com os cuidadores ou meios de suporte, tornam ainda mais complexa a atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Dados estatísticos referidos pela OE, apontam para situações como o abandono, a negligência, violência e abusos sobre as crianças. Também os avanços tecnológicos da medicina levam ao aumento de doenças crónicas decorrentes da prematuridade e associados a doenças respiratórias. Os acidentes ainda são uma importante causa de mobilidade e mortalidade entre as crianças.

Ao longo dos estágios efetuados confrontámo-nos com várias situações quer a nível agudo, quer a nível crónico, que caracterizam o contexto atual da criança no nosso país e pudemos por em prática competências técnicas e relacionais requeridas ao enfermeiro especialista nos vários contextos onde a criança se encontra, tal como no hospital ou desenvolvendo atividades na promoção da saúde infantil e do adolescente e desta forma ir ao encontro da melhoria contínua da qualidade dos cuidados que lhe deve estar subjacente.

Estamos conscientes de que pudemos desenvolver formas e estratégias de intervenção na promoção da saúde das crianças e jovens, e temos a certeza de que o crescimento enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, é um caminho e processo contínuo, onde todos os dias poderemos acrescentar algo que o pode consolidar e que consubstancia a excelência no exercício profissional.

6. Conclusão

A elaboração deste relatório final e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas no decurso dos estágios, permitiu-nos refletir sobre as nossas práticas e as implicações que os estágios, percurso de aprendizagem tão importante, teve no desenvolvimento de competências específicas, enquanto futura enfermeira especialista e mestre em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, no cuidar da criança e do jovem e de suas famílias. Estamos convictas de que o resultado destes estágios foi bastante positivo.

Foi um período privilegiado em que pudemos refletir em conjunto com as enfermeiras tutoras acerca do nosso desempenho, definir estratégias e corrigir ou reorientar aspetos menos positivos.

Pensamos que o tempo definido para a execução dos estágios curriculares, não é longo, mas tentámos ultrapassar as dificuldades com o apoio das enfermeiras tutoras e também com recurso à pesquisa bibliográfica e ao conteúdo curricular que nos foi ministrado na componente teórica do curso de pós-licenciatura de especialização e mestrado em ESIP.

Procurámos manter uma atitude de interesse e de procura das oportunidades de desenvolvimento, pois em vários momentos os objetivos inicialmente traçados, foram conseguidos e até ultrapassados, uma vez que determinadas atividades não tinham sido incluídas nos projetos de estágio.

Quanto aos aspetos mais relevantes, e para nós mais gratificantes, queremos evidenciar que no estágio de Saúde Infantil e Familiar, o nosso papel como educador para a saúde e o trabalho em parceria, na promoção para a saúde, foi algo que superou as nossas expectativas de forma bastante positiva. Também neste estágio pudemos observar que o trabalho dos enfermeiros enquanto membros integrantes das ELI'S tem especial importância na promoção da saúde das crianças e jovens quando atuam na deteção de fatores que podem comprometer o normal desenvolvimento infantil.

Relativamente ao estágio que decorreu no serviço de Urgência Pediátrica, salientamos que foi de igual forma gratificante a atuação em situações clínicas agudas, nomeadamente a nível da triagem, onde pudemos por em prática e consolidar conhecimentos teóricos adquiridos.

Também no serviço de Pediatria, unidade de internamento, salientamos que a prestação de cuidados a crianças com patologia crónica, nos permitiu implementar cuidados

em conjunto com a família de forma a minorar complicações decorrentes da própria patologia e refletir acerca da importância de fomentar a esperança na família como fator que pode contribuir para uma melhor qualidade de vida, não só da criança mas também da própria família e desenvolver a parceria de cuidados enquanto suporte fundamental para uma prática de qualidade.

Referências bibliográficas:

ACES COVA DA BEIRA (2014). *Relatório de atividades do ACeS Cova da Beira de 2014.*

Acedido em <http://www.arscentro.min->

[saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Relatorio%20de%20atividades/2014/RELATORIO%20ATIVIDADES%20ACeS%20CB%202014.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Relatorio%20de%20atividades/2014/RELATORIO%20ATIVIDADES%20ACeS%20CB%202014.pdf)

ACES COVA DA BEIRA (2015). *Plano de desempenho 2015.* Acedido em

<http://www.arscentro.min->

[saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Plano%20de%20desempenho/2015/PLANO%20DE%20DESEMPENHO%20ACeS%20COVA%20DA%20BEIRA%202015%20-%20P%C3%B3s-Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20-%20Final-09.Jan.2015.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Plano%20de%20desempenho/2015/PLANO%20DE%20DESEMPENHO%20ACeS%20COVA%20DA%20BEIRA%202015%20-%20P%C3%B3s-Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20-%20Final-09.Jan.2015.pdf)

CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA (2014). *Processo do serviço de Pediatria*

Procedimento Interno, ed 2, rev 1.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU (2014). *Guia de Elaboração de Trabalhos*

Escritos. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU (2015). *Guia Orientador dos Estágios do 4º*

Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.

Organização do Cuidados de Saúde Primários. Informação acedida em <http://www.acss.min->

[saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPre stSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim %C3%A1rios/ACES/tabid/769/language/pt-PT/Default.aspx](http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPre stSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim %C3%A1rios/ACES/tabid/769/language/pt-PT/Default.aspx)

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2013). Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional.

Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=24430>

PROCESSO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA - Procedimento Interno.(2012). Centro

Hospitalar da Cova da Beira, ed 2, rev 1.

Regulamento nº 123/2011. (2011 fevereiro 18). Regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República *Eletrónico*, 2 (35), pp. 8653-8655. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Regulamento nº 351/2015. (2015 junho 22). Regulamenta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da República Eletrónico*, 2(119), pp. 16660-16665. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem_DRJun2015.pdf

Silva, D. M. da & Silva, E. M. V. B. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millennium - Revista do ISPV*. Acedido em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/>

UCSP Fundação (2015). *Carta de compromisso 2015*. Acedido em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Cartas%20de%20Compromisso/2015/ACeS%20CB/UCSP/cc2015%20ucsp%20fundao.pdf>

Anexos

Anexo I - Apresentação da ação de formação para enfermeiros da UCSP Fundação cujo tema foi: Diagnóstico Precoce Neonatal - novas orientações.



Diagnóstico Precoce

Novas Orientações

*Teresa Pereira, enfermeira,
aluna Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria,
Escola Superior de Saúde de Viseu*

UCSP - FUNDAÇÃO

30 de setembro de 2015

Diagnóstico Precoce

Esclarecimentos sobre a colheita de sangue para o rastreio neonatal



- Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) - desde 1979.
- Mais de 1600 crianças doentes foram, rastreadas e tratadas logo nas primeiras semanas de vida.
- Todas as análises laboratoriais do PNDP são efetuadas num único laboratório:
 - Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, do Departamento de Genética Humana, no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, no Porto.

Fonte: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/DiagnosticoPrecoce/Paginas/diagnosticoprecoce.aspx>

Diagnóstico Precoce

Esclarecimentos sobre a colheita de sangue para o rastreio neonatal



➤ COLHEITAS

- 1 - Entre o 3º e o 6º dia de vida (após 48h de alimentação).
- 2 - Não usar analgésicos ou anticoagulantes locais.
- 3 - Pode ser usado sangue venoso, se tiver sido colhido para outros fins.
- 4 - Se colheita efetuada após o 6º dia de vida, anotar na ficha que se trata de colheita tardia.

Fonte: DGH URN-IM07 01, DGH URN-IM06 03, Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Diagnóstico Precoce

Esclarecimentos sobre a colheita de sangue para o rastreio neonatal



➤ COLHEITAS

- 5 - Em caso de transfusão de glóbulos vermelhos, efetuar a colheita como normalmente; em caso de transfusão de plasma ou permuta, efetuar a colheita após 3 dias desde que tenha pelo menos 48 horas de alimentação após transfusão.
- 6 - Se se pretender um resultado urgente, por suspeita de doença metabólica, efetuar a colheita antes de 48 horas de alimentação (indicar que é uma colheita sem alimentação) e efetuar uma 2ª colheita após 48 horas de alimentação.

Fonte: DGH URN-IM07 01, DGH URN-IM06 03, Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Diagnóstico Precoce

Esclarecimentos sobre a colheita de sangue para o rastreio neonatal



» COLHEITAS

7 - Bebê IG <30s e/ou peso <1500gr.

1ª colheita - entre o 3º e o 6º dia de vida

2ª colheita - duas semanas após o nascimento (entre o 14º e 15º dia de vida)

3ª colheita - à 4ª semana de vida (entre o 28º e o 30º dia de vida)

Estes bebês têm imaturidade do eixo hipotálamo-hipofisário,
★ podendo ter resultados falso negativos no rastreio do hipotireoidismo congênito.

Fonte: DGH URN-IM07 01, DGH URN-IM06 03, Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Diagnóstico Precoce

Esclarecimentos sobre a colheita de sangue para o rastreio neonatal



» COLHEITAS

8 - Em caso de alimentação entérica/parentérica a colheita pode ser efetuada normalmente (quantidade de aminoácidos na alimentação adequada peso/idade gestacional).

Se infusão de soro fisiológico ou soro glicosado proceder a duas colheitas, a 1ª até ao 6º dia de vida e a segunda após 48 horas de alimentação.

9 - Sempre se efetuar uma 2ª ou 3ª colheita indicar na ficha que se trata de uma repetição.

10 - Se o bebê for sujeito a hipotermia induzida proceder de acordo com o nº 6.

11 - Assinalar sempre se o bebê apresenta icterícia no momento da colheita.

Fonte: DGH URN-IM07 01, DGH URN-IM06 03, Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Diagnóstico Precoce

Esclarecimentos sobre a colheita de sangue para o rastreio neonatal



➤ COLHEITAS

12 - Assinalar sempre se o bebe tiver efetuado medicação nos dias antecedentes à colheita, e que tipo de medicação, assim como medicação efetuada pela mãe, antes, durante ou imediatamente a seguir ao parto.

13 - Após a colheita deixar secar o sangue naturalmente, sem expor ao sol outras fontes de calor.

Se não for possível enviar a colheita no dia da mesma, colocar num envelope de papel depois de seco e guardar no frigorífico.

★ Evitar envolver a ficha em alumínio, estanho ou plástico - pode provocar hemólise, alterações do hematócrito e erros nas análises.

Fonte: DGH URN-IM07 01, DGH URN-IM06 03, Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Diagnóstico Precoce

Esclarecimentos sobre a colheita de sangue para o rastreio neonatal



Informações complementares

- Antes do 3º dia os valores dos marcadores existentes do sangue do bebé podem não ter valor diagnóstico.
- Embora a colheita após o 6º dia vá atrasar o início de um eventual tratamento, deverá ser sempre executada, mesmo que tardiamente.
- Se a colheita é feita à sexta-feira ou na véspera de um feriado será sempre aconselhável enviá-la de imediato para o correio. Assim, temos mais garantias de que seguirá no primeiro correio do primeiro dia útil.
- Será sempre preferível, fazer a colheita e guardar a ficha à temperatura ambiente do que obrigar a mãe a voltar ao local de colheita.

Doenças Rastreadas




★ 25 doenças

- Hipotireoidismo Congénito
- Fibrose Quística
- Doenças Hereditárias do Metabolismo
 - Aminoacidopatias
 - Acidúrias Orgânicas
 - Doenças Hereditárias da β -oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos

Fonte: <http://www.insa.pt/SITES/INSA/PORTUGUES/DIAGNOSTICOPRECOCE/Paginas/DoencasRastreadas.aspx>

Doenças Hereditárias do Metabolismo Aminoacidopatias



- Fenilcetonúria (PKU) / Hiperfenilalaninemias
- Tirosinemia Tipo I
- Tirosinemia Tipo II
- Leucínose (MSUD)
- Citrulinemia Tipo I
- Acidúria Arginino-Succínica
- Hiperargininemia
- Homocistinúria Clássica
- Hipermetioninemia (Déf. MAT)

Fonte: <http://www.insa.pt/SITES/INSA/PORTUGUES/DIAGNOSTICOPRECOCE/Paginas/DoencasRastreadas.aspx>

Doenças Hereditárias do Metabolismo Acidúrias Orgânicas



- ⇒ Acidúria Propiônica (PA)
- ⇒ Acidúria Metilmalônica (MMA, Mut-)
- ⇒ Acidúria Isovalérica (IVA)
- ⇒ Acidúria 3-Hidroxi-3-Metilglutárica (3-HMG)
- ⇒ Acidúria Glutárica Tipo I (GA I)
- ⇒ 3-Metilcrotonilglicinúria (Déf. 3-MCC)

- ⇒ Acidúria Malônica

Fonte: <http://www.insa.pt/SITES/INSA/PORTUGUES/DIAGNOSTICOPRECOCE/Paginas/DoencasBastreadas.aspx>

Doenças Hereditárias da β -oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos



- ⇒ Def. da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCADD)
- ⇒ Def. da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Muito Longa (VLCADD)
- ⇒ Def. da Desidrogenase de 3-Hidroxi-Acil-CoA de Cadeia Longa (LCHADD)/TFP
- ⇒ Def. em Carnitina-Palmitoil Transferase I (CPT I)
- ⇒ Def. em Carnitina-Palmitoil Transferase II (CPT II)/CACT
- ⇒ Def. Múltipla das Acil-CoA Desidrogenases dos Ácidos Gordos (Acidúria Glutárica Tipo II)
- ⇒ Def. Primária em Carnitina (CUD)

Fonte: <http://www.insa.pt/SITES/INSA/PORTUGUES/DIAGNOSTICOPRECOCE/Paginas/DoencasBastreadas.aspx>

Hipotiroidismo Congénito



- A prevalência é de 1/3200 recém nascidos.

Quadro clínico:

- mixedema, atraso do crescimento, macroglossia, micrognatia,
- fecho tardio das fontanelas,
- hérnia umbilical, pele fria e seca, hipotonia, icterícia prolongada, letargia, anorexia, obstipação,
- choro rouco, hipotermia,
- atraso na maturação óssea.



Hipotiroidismo Congénito



- O diagnóstico tardio da doença conduz a atraso mental grave irrecuperável e a alterações neurológicas irreversíveis.
- O prognóstico mental depende da idade de início da terapêutica, sendo mais grave em crianças com agenesia da tiróide que representa 15% dos casos totais de hipotiroidismo congénito.
- A ectopia e a hipoplasia da tiróide que correspondem a 60% da totalidade dos doentes cursam habitualmente com melhor prognóstico.
- Os restantes 25% dos casos são devidos a alterações na biossíntese das hormonas tiroideias (disormogénese) e têm transmissão autossómica recessiva, cursando habitualmente com bócio mais ou menos volumoso consoante a gravidade das alterações.



Fibrose Quística



- A fibrose quística, (mucoviscidose) é a doença genética mais comum na raça branca (é uma doença autossômica recessiva) causada por um distúrbio nas secreções de algumas glândulas, nomeadamente as glândulas exócrinas (glândulas produtoras de muco).
- As mucosidades do organismo tornam-se entre 30 a 60 vezes mais viscosas:
 - maior acumulação de muco e ao conseqüente aumento do número de bactérias e fungos, o que pode levar a uma infecção crónica pulmonar.

<http://www.anfq.pt/wp-content/themes/theme1321/Anexos/Guia%20para%20Pais%20e%20Familia.pdf>

Fibrose Quística



- Observam-se alterações no transporte de eletrólitos através da membrana apical das células epiteliais das glândulas exócrinas:
 - produção de secreções mucosas e viscosas, que causam obstruções dos ductos de diversos órgãos, levando a uma tríade clássica, composta por:
 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;
 - Eletrólitos anormalmente elevados;
 - Insuficiência Pancreática.
- Doença hereditária de elevada mortalidade.
 - ★ Apenas 35 % das pessoas afetadas chegam à idade adulta.

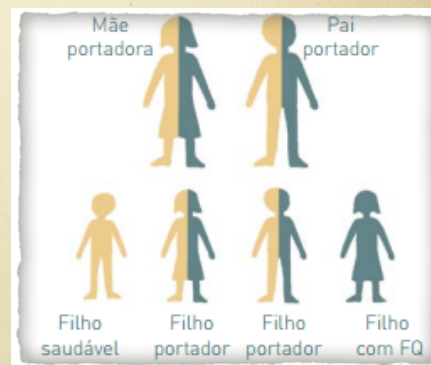
<http://www.anfq.pt/wp-content/themes/theme1321/Anexos/Guia%20para%20Pais%20e%20Familia.pdf>

Fibrose Quística



- A FQ é uma doença que em média atinge 1 em cada 2 500 recém-nascidos.
- A FQ é uma doença hereditária que atinge igualmente os dois sexos.

- A FQ só se apresenta em crianças que tenham o gene da FQ transmitido por ambos os pais.
- As crianças que só tenham um gene alterado, ou do pai ou da mãe, são portadores de FQ, mas são saudáveis e não têm a doença.



<http://www.anfq.pt/wp-content/themes/theme1321/Anexos/Guia%20para%20Pais%20e%20Familia.pdf>

Fibrose Quística



Há uma grande variabilidade de sintomatologia e gravidade da FQ.

- pode atingir diferentes órgãos, mas afecta principalmente os pulmões, intestino, fígado, pele e pâncreas.
- o desenvolvimento psicológico e intelectual não é afectado.

<http://www.anfq.pt/wp-content/themes/theme1321/Anexos/Guia%20para%20Pais%20e%20Familia.pdf>

Fibrose Quística



PULMONAR

- O muco é muito mais espesso - maior tendência à obstrução das vias respiratórias - causa de infecções respiratórias.

APARELHO DIGESTIVO

- O pâncreas produz enzimas indispensáveis à digestão/ absorção dos alimentos. Como os canais pancreáticos podem estar obstruídos em grau variável, os enzimas não chegam a ter contacto com os alimentos pelo que estes não são digeridos e absorvidos.
- Nas fezes aparecem alimentos por digerir, em especial gorduras.
- Por esta razão há queixas digestivas - dores abdominais, diarreia ou oclusão intestinal.

<http://www.anfq.pt/wp-content/themes/theme1321/Anexos/Guia%20para%20Pais%20e%20Familia.pdf>

Fibrose Quística

Sintomas



Surgem logo na infância

- Ausência de mecónio nos dois primeiros dias de vida.
- Atraso no crescimento.
- Infecções respiratórias persistentes como a pneumonia e sinusite.
- Respiração difícil.
- Insuficiência respiratória.
- Insuficiência cardíaca.
- Expetoração excessiva com muco.
- Tosse.
- Sibilâncias.(sonoridade aguda produzida pelas vias respiratórias)
- Progressiva diminuição de resistência física.
- Perda de peso.
- Pele azulada.
- Transpiração salgada.
- Unhas em forma de baqueta de tambor.
- Barriga em forma de barril.
- Diminuição da capacidade reprodutora.

Fibrose Quística

Tratamento



A FQ é uma doença crónica - controlar os sintomas e minorar os efeitos da doença.

- Cinesioterapia respiratória
- Terapêutica Inalatória
- Tosse
- Exercício Físico e Desporto
- Antibióticos
- Vacinas
- Enzimas digestivos
- Alimentação - sal

<http://www.anfq.pt/wp-content/themes/theme1321/Anexos/Guia%20para%20Pais%20e%20Familia.pdf>

Acidúrias orgânicas

- As acidúrias isovalérica, propiônica e metilmalônica são doenças hereditárias do metabolismo dos aminoácidos de cadeia ramificada.
- Tratam-se de doenças de transmissão autossómica recessiva com incidências variáveis.
- São detectadas através da excreção urinária de ácidos orgânicos, bem como pelas concentrações séricas anormais de acilcarnitinas.
- O diagnóstico precoce e o tratamento atempado e correcto das descompensações agudas são cruciais para o prognóstico.
- O tratamento nutricional consiste na implementação de uma dieta hipoproteica, pontualmente suplementada com uma mistura de aminoácidos específica, de modo a controlar a acumulação de metabolitos tóxicos.
- Embora os avanços no diagnóstico e tratamento destas doenças tenham sido notórios, o estado nutricional e o quadro neurológico destes doentes, não podem ser considerados totalmente animadores.

Fonte: Acta Paediatr Port 2008;39(1):30-40.

Defeitos da β -oxidação dos ácidos gordos

- Os defeitos da β -oxidação dos ácidos gordos constituem um grupo de doenças hereditárias do metabolismo que inclui 16 patologias distintas. O seu diagnóstico é por vezes difícil, visto que a maioria dos doentes está assintomática fora dos períodos de descompensação metabólica.
- Clinicamente os defeitos da β -oxidação caracterizam-se pelo envolvimento de órgãos dependentes do metabolismo dos ácidos gordos para obtenção de energia, nomeadamente: coração, músculo esquelético e fígado. Há que excluí-las no contexto de síndrome de morte súbita do lactente e síndrome Reye like.
- As manifestações podem ser agudas e episódicas ou evoluir para formas crónicas (com cardiomiopatia hipertrófica e fraqueza muscular). A maioria manifesta-se durante o 1º ano de vida.
- Em termos laboratoriais é comum uma hipoglicemia hipocetótica e acidose metabólica.
- O diagnóstico é feito a partir do doseamento da carnitina, estudo do perfil das acilcarnitinas no plasma e estudo dos ácidos orgânicos e acilglicinas na urina. Os estudos genéticos e enzimáticos permitem confirmar o diagnóstico e são indispensáveis para a realização de um posterior diagnóstico pré-natal. O tratamento consiste em prevenir um jejum prolongado, favorecer o aporte de hidratos de carbono como fonte de energia e, dependendo do défice específicos, recorrer ao tratamento com carnitina, MCT e riboflavina.

Fonte: Nascer e Crescer 2005; 14 (1): 15-22

Obrigada!

Anexo II - Apresentação da ação de formação para funcionários dos infantários do concelho do Fundão cujo tema foi: Doenças Infecciosas Comuns na Infância



Doenças Infecciosas Comuns na Infância

*Teresa Pereira, enfermeira,
aluna Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria,
Escola Superior de Saúde de Viseu
outubro de 2015*

UCSP - FUNDAÇÃO

Doenças Infecciosas Comuns na Infância

DL.95 – decreto-regulamentar nº 3/95, do Diário da República, de 27 de janeiro de 1995

**evicção escolar de crianças e adolescentes,
por virtude de doença infectocontagiosas.**

Doenças Infecciosas Comuns na Infância

♦ As profundas modificações epidemiológicas resultantes da:

- melhoria das condições de vida;
- vacinação universal;
- associado aos melhores conhecimentos científicos,



justificam a alteração de medidas hoje obsoletas;

♦ Modificações sociais e económicas dos séculos XX e XXI

- profundas repercussões na família;
- no trabalho feminino;



necessidade da preservação dos empregos de ambos os pais

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

Doenças Infecciosas Comuns na Infância

♦ Impõe-se bom senso e rigor científico em toda a situação que exija conseqüente absentismo ao trabalho dos pais:

- a exclusão dos filhos das creches, dos infantários e escolas com justa causa;
- a não exclusão por doenças benignas e autolimitadas, sem real benefício nem para os doentes nem para os conviventes ;

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI

São 15 as doenças catalogadas no DL.95:

1) Difteria – doença mais conhecida por «garrotilho»; há décadas que não são declarados casos em Portugal.

2) Escarlatina e outras infeções da garganta (faringites / amigdalites)

[por estreptococo β -hemolítico do grupo A (E β HGA)]

Consta do DL.95:

a) «O afastamento deve manter-se até à cura clínica, ... exceto no caso de início de antibioterapia correta».

- «o afastamento termina vinte e quatro horas após o início do tratamento».

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI



- ♦ Apenas $\approx 30\%$ das amigdalites são bacterianas ($\approx 70\%$ são virusais); e, antes dos 2 anos de idade, $\approx 90\%$ são virusais.
- ♦ As amigdalites / faringites só por si, não são motivo para a exclusão sistemática.

(Na maioria dos casos de amigdalite / faringite, a exclusão deverá assentar na prova da infeção por E β HGA, só possível pela realização de teste rápido; a morosidade do resultado da cultura das secreções da orofaringe retira-lhe valor prático no dia-a-dia)

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI

3) Febre tifóide e paratifóide – são situações muito raras atualmente.

4) Hepatite A – atualmente é muito rara.

5) Hepatite B – Na maioria dos países foi retirada do catálogo das doenças de exclusão.

6) Impétigo

«O afastamento deve manter-se até à cura clínica ou até à apresentação de declaração médica comprovativa da não existência de risco de contágio»

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI



- Em relação ao impétigo, na generalidade dos países foi adotado: «Se antibioterapia correta, o afastamento termina vinte e quatro horas após o início do tratamento».
- Em França não é exigida a evicção se as lesões estiverem cobertas.
- Em contrapartida, nas formas extensas ou se as lesões que não podem ser protegidas, é exigida a exclusão por 3 dias, com início após o começo da antibioterapia.

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI

7) Infeções meningocócicas - meningite e sépsis
«O afastamento deve manter-se até à cura clínica»

8) Parotidite epidémica
«O afastamento deve manter-se por um período mínimo de nove dias após o aparecimento da tumefação glandular»

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI



Parotidite:

- ♦ Em alguns países o afastamento foi reduzido de 9 para 5 dias.
- ♦ Em Portugal, a vacinação universal com a VASPR (vacina combinada contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola), associada aos 95% de eficácia da vacina, justifica que, atualmente a larguíssima maioria dos diagnósticos de «papeira» (parotidite epidémica) sejam erros de diagnóstico.
- ♦ As complicações da parotidite são raras

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI

9) Poliomielite – Está praticamente erradicada do Mundo.

10) Rubéola

«O afastamento deve manter-se pelo período mínimo de 7 dias após o início do exantema»

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI



- A rubéola é das doenças mais benignas que existe para uma criança, exceto para o feto nos 3 primeiros meses de gravidez. Impõe-se, portanto, que as adultas cuidadoras estejam imunes, seja porque foram vacinadas ou tenham contraído a doença em idade pediátrica.
- A vacinação universal justifica que os casos atribuídos a «rubéola» sejam hoje ≈ 100% de erros de diagnósticos.
- Por estas razões, na França e na Suíça, a rubéola foi retirada da lista das doenças de evicção obrigatória.

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI

11) Sarampo – É uma raridade atualmente; a maioria dos casos diagnosticados são também erros de diagnóstico.



fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI

12) Tinha – Para poder voltar à «escola» é obrigatória declaração médica de que iniciou tratamento;

13) Tosse convulsa – «O afastamento deve manter-se durante cinco dias após o início da antibioterapia correta».

14) Tuberculose pulmonar – «O afastamento deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio passada com base no exame bacteriológico».

- ♦ Esta norma, em regra, é injusta para as crianças até à idade escolar (inclusive), pois a tuberculose quase nunca é contagiosa até à adolescência;
- ♦ As crianças (desde que medicadas e capazes de realizar as tarefas comuns) frequentem os estabelecimentos de ensino e/ou educação;
- ♦ As crianças mais velhas, os adolescentes e os adultos (potencias bacilíferos) obviamente deverão ser alvo duma maior exigência para voltar a frequentar os estabelecimentos de educação

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI

15) Varicela – «O afastamento deve manter-se durante um período de cinco dias após o início de erupção».



- No Canadá desde 1999, na Suíça e em França, o afastamento não é atualmente obrigatório.
- A criança poderá voltar à creche, ao infantário ou à escola uma vez confortável para participar nas atividades do grupo; ou nunca sair da instituição se se mantiver sempre confortável.
- A exclusão da criança doente não impede a propagação da varicela.

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas: é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

As doenças do decreto-Lei e respetivas críticas à luz do século XXI

Para refletir:

- ◆ A varicela é uma doença muito grave, potencialmente mortal na grávida, no feto e no recém-nascido.
- ◆ Assim, toda a mulher em idade fértil deve estar imune antes de engravidar.
- ◆ Paradoxalmente, com as recomendações vigentes em Portugal, quando ocorre uma oportunidade de contrair a doença em criança (período da vida em que a varicela em regra é muito benigna), são minimizados as possibilidades de contágio.
- ◆ Isto é, toda a mulher tem de adquirir imunidade para a varicela, mas a norma vigente tem como objetivo exatamente o oposto.

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas: é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

Papel dos profissionais de educação nas indicações para a exclusão

- ◆ A aplicação do DL.95 implicará sempre um diagnóstico - está vocacionado para o médico.
- ◆ As recomendações para a exclusão deveriam basear-se:
 - **capacidade (ou não) da criança em participar nas atividades do grupo;**
 - **valorização dos sinais clínicos de doença potencialmente grave.**

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas, é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

Papel dos profissionais de educação nas indicações para a exclusão

Quadro 4: Critérios de exclusão para aplicação por profissionais de educação, por grupos de doenças ou situações clínicas

Grupo 5	<ul style="list-style-type: none"> • Amigdalite viral (após teste rápido ou cultura negativos) • Bronquiolite e bronquite infecciosa • Candidíase (oral, genital pele, unhas) • Infecção por citomegalovírus • Conjuntivites (exceto por Adenovírus) • Corizas (constipações), rinorreia, com ou sem tosse e independentemente da cor das secreções; • Diarreia (gastroenterite) em criança autónoma nos cuidados de higiene pessoal, sem nenhum dos sinais de alerta – Grupo 2 • Doença boca-mãos-pés; • Exantemas que surgem depois do 3o dia de febre – exemplo exantema súbito) • Outros exantemas com áreas de pele livre que surgem com a criança já sem febre ou sempre sem febre (exceto os exantemas ásperos, tipo queimadura do Sol, especialmente se associados a língua muito vermelha) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erupções cutâneas na ausência de febre e/ou de alteração do comportamento; • Febre sem nenhum dos sinais de alerta (enunciados no Grupo 2, após antipirético) e se idade superior a 4 meses; • Gengivo-estomatite herpética (vírus herpes simplex); • Giardíase assintomática; • Gripe sazonal; • Hepatites B e C e/ou seus portadores; • Herpes simplex em qualquer local (recidivante ou não); • Infecção urinária; • Laringotraqueíte; • Megaloeritema (5a doença); • Meningite viral; • Molusco contagioso; • Mononucleose infecciosa; 	<ul style="list-style-type: none"> • Micobactérias não tuberculosas; • Otite média aguda • Parasitas intestinais helmintas: Enterobius vermiculares (oxiúros), Ascaris lumbricoides, etc. • Portadores assintomáticos de germens intestinais (Giardia lamblia, Salmonella spp, Shigella spp) • Portadores assintomáticos de germens nas mucosas respiratórias (Neisseria meningit.; Streptococcus pneumoniae; Haemophilus influenzae b; Moraxella catarrhalis; Streptococcus pyogenes) • Tosse não perturbadora • Toxoplasmose • Verrugas • Vírus da imunodeficiência humana adquirida (SIDA) • Zona (herpes-zoster) - desde que as lesões fiquem cobertas pela roupa.
---------	---	--	--

Doenças que NÃO justificam a exclusão

fonte: Salgado, M. (2015). Indicações para exclusão de crianças com doenças infectocontagiosas das creches, jardins ou dos espaços de lazer. Acedido em http://consultoriosalgado.blogspot.pt/p/artigo_31.html

Papel dos profissionais de educação nas indicações para a exclusão

Quadro 5: Critérios de exclusão para aplicação por profissionais de educação, baseados nas capacidades da criança em realizar ou não as atividades do dia-a-dia

Caberá aos profissionais de educação especificar o grau de severidade das manifestações da doença em 3 graus	
Grau 1	As crianças que manifestam pouca vivacidade e atividade, com sinais e/ou sintomas que impedem o seu envolvimento nas atividades do grupo. Nestas situações justificar-se-á sempre a exclusão.
Grau 2	As crianças <u>reduzem a sua atividade habitual normal</u> , pela presença de sintomas, por exemplo por terem febre e ou dor. Nestas justificar-se-á dar o benefício da dúvida. Uma vez <u>aplicado um antipirético ou analgésico</u> , se elas se mantêm neste Grau 2, deverá considerar-se contactar com os pais e depois decidirem. Se passarem para o Grau 3, a decisão será em função disso.
Grau 3	As crianças que, apesar de doentes, <u>manifestam interesse pelas atividades e têm envolvimento total nas atividades do grupo e não apresentam sintomas sistémicos de doença compatíveis com doença potencialmente grave</u> , poderão <u>manter-se na creche ou jardim-de-infância</u> , exceto se têm alguma das doenças referidas no DL.95.

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas: é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

Papel dos profissionais de educação nas indicações para a exclusão

Para refletir:

A exclusão das crianças dos estabelecimentos de educação, por virtude de doenças infecciosas, está muito longe de se esgotar em qualquer decreto-lei, quando o alvo são os profissionais de educação.

À semelhança do que existe noutros países, será imperativo a elaboração de normas dirigidas especificamente aos profissionais de educação.

fonte: Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas: é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.



Obrigada!

Bibliografia

- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2013). *Guia Prático de Saúde*. Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas 14* (Direcção-Geral da Saúde Ed.). Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2005). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume II, Orientações Técnicas 14* (Direcção-Geral da Saúde Ed.). Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. (2015). *Constipação*. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+face/constipacao.htm>
- Portugal, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. (2015). *Dor de garganta/faringite infecciosa aguda*. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+face/faringite.htm>
- Portugal, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. (2015). *Gripe: perguntas e respostas*. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+face/perguntas+respostas.htm>
- Portugal, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. (2015). *Rinite*. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+face/rinite.htm>
- Gomes, M. C. *DTs no mundo: estatísticas recentes*. Acedido em <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/aulas/biopop/Mod7/Text%20DTs.pdf>
- Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.
- Salgado, M. (2014). O subfebril não existe: é uma mentira contada inúmeras vezes que se transformou numa verdade. *Saúde Infantil*, 36(2), 55-57.
- Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas: é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.
- Salgado, M. (2015). Indicações para exclusão de crianças com doenças infetocontagiosas das creches, jardins ou dos espaços de lazer. Acedido em http://consuloriosalgado.blogspot.pt/p/artigo_31.html

Anexo III - Apresentação da ação de formação para funcionários dos infantários do conselho do Fundão cujo tema foi: Febre



UCSP - FUNDAÇÃO



Febre na Infância

*Teresa Pereira, enfermeira,
aluna Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria,
Escola Superior de Saúde de Viseu
outubro de 2015*

Febre

- ♦ Manifestação mais comum de doença na idade pediátrica.
 - aumento da temperatura corporal acima da normal variação diurna.
- ♦ A febre pode estar associada a processos inflamatórios.
- ♦ A terapêutica antipirética tem como finalidade única:
 - a prevenção das complicações associadas à hipertermia (convulsões febris e desidratação);
 - proporcionar mais conforto ao doente.

Febre

A febre deve ser combatida?

A resposta a esta questão alterou-se ao longo dos tempos.

- ◆ Os patologistas ancestrais:
 - a febre era das defesas naturais mais importantes do corpo;
- ◆ Em meados do século XIX
 - prejudicial - o tratamento com antipiréticos foi considerado essencial
- ◆ Actualmente, defende-se a moderação na terapêutica sintomática da febre:
 - tem um papel importante na defesa contra a infecção e raramente dá origem a complicações
 - preconiza-se terapêutica antipirética quando a temperatura axilar for superior a 38,0 – 38,5°C.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Febre

E no caso de história de convulsões febris ou epilepsia?

- ◆ No caso de antecedentes pessoais ou familiares de convulsões febris ou epilepsia:
 - a abordagem dos episódios febris poderá ser mais enérgica

Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Febre

Medidas Gerais

AGASALHAR OU DESPIR?

Depende!!

- ♦ Na subida térmica, quando a criança está com calafrios e extremidades frias, deve-se aquecê-la (roupa, cobertor), após a administração do antipirético.
- ♦ Quando a temperatura começa a baixar:
 - permitir a libertação de calor - retirar a roupa.
- ♦ O importante é respeitar o que o próprio organismo “pede”.



Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Febre

Medidas Gerais

BANHO FRIO, QUENTE OU MORNO?

- ♦ O arrefecimento por meios físicos (banho, toalhas) é discutível. A sua finalidade seria facilitar a mais rápida redução da temperatura corporal em alguns graus (de 40-41°C para 37-38°C).
 - ♦ o banho é à temperatura normal (37°C) e não deve ser superior a 10 minutos, para impedir que a evaporação faça baixar mais ainda a temperatura periférica.
- ♦ O Banho devem ser sempre associado à terapêutica farmacológica, pois isoladas aumentam a conservação e produção de calor.



Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Febre



Medidas Gerais

PREVENIR A DESIDRATAÇÃO

- ♦ A Febre leva a perdas aumentadas de água:
 - pela transpiração e também pela falta de apetite;
- ♦ vigiar o estado de hidratação das crianças, oferecer líquidos com frequência, de acordo com a sua preferência;
- ♦ alimentação - ocorrência de falta de apetite na maioria das doenças febris das crianças.
- ♦ Durante a convalescência:
 - o apetite vai voltar ao normal - recuperação do peso.
- ♦ Não há qualquer indicação para vitaminas ou estimulantes do apetite.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Febre



Terapêutica Farmacológica

- ♦ O **paracetamol** é o antipirético de escolha nos lactentes e crianças.
 - Dose recomendada: **10-15 mg/Kg, cada 4-6 horas, até 5 vezes nas 24 horas.**
- ♦ Uma das maiores causas de intoxicação em crianças com idade inferior a 10 anos é a sobredosagem. A **dose a administrar deve ser ajustada ao peso da criança e não à idade.**
- ♦ Atenção ao uso de várias apresentações em simultâneo:
 - (**supositórios mais xarope**, ex), pode conduzir a sobredosagem.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Febre



Terapêutica Farmacológica

- ♦ O **ibuprofeno** é uma alternativa eficaz ao paracetamol.
 - A dose recomendada é de **5 – 10 mg/Kg/dose, cada 6-8 horas.**
- ♦ O uso de **ácido acetilsalicílico** como antipirético em crianças menores de 12 anos **não está indicado**, devido à possível associação com a síndrome de Reye.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Febre

Terapêutica Farmacológica

ALTERNAR ANTIPIRÉTICOS?

- ♦ A terapêutica alternada com paracetamol e ibuprofeno pode ser **confusa** para os pais, levando a erros de dosagem e a um aumento do risco de toxicidade, visto que as doses de cada um são diferentes.

(Uma vez que ambos os fármacos são excretados pelo rim, a desidratação, mesmo ligeira, que acompanha muitas doenças febris das crianças, pode precipitar uma insuficiência renal, pelo efeito sinérgico de ambos na medula renal)

- ♦ A **monoterapia deve permanecer a regra** na prescrição de antipiréticos em Pediatria, usados na posologia segura e eficaz. Apenas em situações pontuais e excepcionais poderá ter que se recorrer à utilização de dois antipiréticos diferentes, no mesmo episódio febril.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Febre

Conduas práticas na criança com febre:

- ◆ Primeiro deverá administrar-se um antipirético, paracetamol ou ibuprofeno.
- ◆ 3 a 4 horas após a administração de um destes antipiréticos, recomenda-se a reavaliação da criança.
- ◆ Observar de todo o corpo, em simultâneo ou por fases, não esquecendo a área da fralda.
- ◆ Recomenda-se uma observação médica, independentemente do dia de doença, mesmo nas primeiras horas da febre, se uma criança cumprir um ou mais dos seguintes CAF:

Fonte: Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

Critérios de Alerta da Febre (CAF):

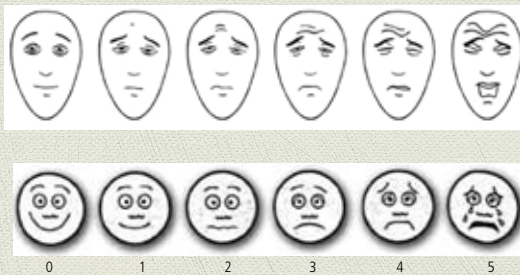
- ◆ Idade inferior a 3 meses de idade.
- ◆ Choro inconsolável / irritabilidade mantida – que NÃO alivia com o paracetamol ou ibuprofeno.
- ◆ Sono espontaneamente interrompido a cada 1 a 2 horas, de forma mantida por várias horas.
- ◆ Sonolência excessiva e prolongada, com quase indiferença total pelo que a rodeia.
- ◆ Prostração – só suporta a posição de deitado; a criança ao colo não consegue estar sentado num braço dum adulto e só suporta estar deitado EM AMBOS os braços desse adulto.

Fonte: Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

CrITÉrios de Alerta da Febre (CAF):

- ♦ Má Impressão da Face – com fÁcies triste, manifestado com os “cantos externos dos olhos e da boca muito caídos”, por vezes com um franzir da sobrancelha e/ou da testa, prÓprio de quem não está bem ou está muito incomodado; são os graus 3,4,e 5 das figuras.



Grau 3

Fonte: Salgado, M. (2008). CritÉrios de Alerta na Criança com Febre. *Sude Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

CrITÉrios de Alerta da Febre (CAF):

- ♦ Manchas “pintinhas” na pele / dispersas durante o primeiro dia de febre (por vezes no segundo dia de febre).



Fonte: Salgado, M. (2008). CritÉrios de Alerta na Criança com Febre. *Sude Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

CrITÉRIOS de Alerta da Febre (CAF):

- ♦ Convulsão.
- ♦ Calafrios / tremores mantidos durante vários minutos na subida da febre.
- ♦ Dedos e/ou lábios muito roxos na subida da febre.
- ♦ Frequência respiratória acelerada e mantida – mais de 50- 60 respirações por minuto, isto é, cerca de uma por segundo – avaliada em fase sem febre ou com febre baixa.
- ♦ Gemido expiratório intermitente, mantido durante várias horas - ... hhhann... hhhann ...hhhann...-, cujo som resulta da interrupção / suspensão do final da expiração na saída do ar dos pulmões.

Fonte: Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

CrITÉRIOS de Alerta da Febre (CAF):

- ♦ Sinais de dificuldade respiratória – manifestada com oscilar das asas do nariz, abrindo mais na entrada do ar na inspiração e/ou com o repuxar da pele entre as costelas, que vai para dentro na inspiração.
- ♦ Vômitos repetidos - mais de 4 a 5 vômitos em poucas horas, especialmente se vômito de cor esverdeada.
- ♦ Sede intensa, impossível de saciar ou ter os lábios extremamente secos.
- ♦ Recusa TOTAL para alimentos e/ou líquidos por um período superior a 2 refeições

Fonte: Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

Critérios de Alerta da Febre (CAF):

- ♦ Febre axilar > 40° ou rectal > 41 °C (10,11).
- ♦ Dor forte referida espontaneamente ou noção de que tem dores em qualquer local manifestada por “comportamentos indicativos de dor forte” em criança muito jovem, e que persistem após o paracetamol ou outro medicamento para a dor (12,13).
- ♦ Dores que são despertadas ou agravadas por qualquer tipo de movimento.
- ♦ Incapacidade ou MUITA dificuldade em estar de pé ou em caminhar.

Fonte: Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

Critérios de Alerta da Febre (CAF):

- ♦ Várias idas ao médico no mesmo episódio de doença.
- ♦ Sensação subjectiva dos pais de que “este episódio de febre é diferentes dos anteriores” para pior.
- ♦ Palidez acentuada com início MUITO RECENTE, de apenas poucas horas (em regra associada a sonolência e a prostração).

Recomendação:

se não estiver presente nenhum destes critérios, os pais poderão esperar com serenidade mas vigilantes, até ao 4º - 5º dia de doença, ou até mais ...

apenas administrando antipiréticos em S.O.S.

Fonte: Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

Não são critérios de alerta:

ocorrem muito frequentemente em situações banais e benignas de febre:

- ♦ Febre cuja temperatura não vem ao normal com os antipiréticos, mas sem nenhum dos critérios atrás referidos.
- ♦ A “má perfusão” observada na subida térmica, e traduzida pelo marmoreado (reticulado) da pele, com evidência da rede de vasos; trata-se de um fenómeno fisiológico durante a fase de subida da febre, pelo que não deverá ser excessivamente valorizado.
- ♦ Extremidades frias.

Fonte: Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

Febre

Não são critérios de alerta:

- ♦ A presença de “muita tosse” é, em regra, um sinal de benignidade, apontando para uma doença infecciosa relativamente benigna.
- ♦ Erupção (exantema) sem febre ou que surge só depois do 3o dia de febre e com bom estado geral.
- ♦ Erupção em toalha tipo queimadura do Sol.

(Embora este tipo de erupção em toalha se tiver duração superior a 24 horas possa corresponder a uma escarlatina e, conseqüentemente justificar consulta médica, em regra não é uma emergência médica)

Fonte: Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

ANALGÉSICOS PARA CRIANÇAS: QUAL A DOSE CERTA?

Peso criança	PARACETAMOL			IBUPROFENO		
	BEN-U-RON	PANASORBE		BRUFEN / IB-U-RON NUROFEN / TRIFEN	BRUFEN SEM AÇUCAR	
5 KG	1,9 ml (75mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	2,3 ml (75mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	a)	1,3 ml (25mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	0,6 ml (25mg) 3 a 4 x dia	b) 100 mg a
7 kg	2,6 ml (105mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	3,3 ml (105mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	350 mg	1,8 ml (35mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	0,9 ml (35mg) 3 a 4 x dia	150 mg a
9 kg	3,4 ml (135mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	4,2 ml (135mg) 1 colher chá 3 a 4 x dia	500 mg	2,3 ml (45mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	1,1 ml (45mg) 3 a 4 x dia	180 mg a
11 kg	4,1 ml (165mg) 1 colher chá 3 a 4 x dia	5,2 ml (165mg) 1 colher chá 3 a 4 x dia	750 mg	2,8 ml (55mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	1,4 ml (55mg) 1/2 colher chá 3 a 4 x dia	210 mg a
13 kg	4,9 ml (195mg) 1 colher chá 3 a 4 x dia	6,1 ml (195mg) 1 colher chá 3 a 4 x dia		260 mg a		
a)	dose máxima diária					
b)	A dose máxima diária é de 20 mg - 30 mg/ Kg de peso corporal/dia dividida em 3 a 4 administrações.					





Obrigada!

Bibliografia

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2013). *Guia Prático de Saúde*. Lisboa.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume I, Orientações Técnicas 14* (Direcção-Geral da Saúde Ed.). Lisboa.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2005). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - Volume II, Orientações Técnicas 14* (Direcção-Geral da Saúde Ed.). Lisboa.

Portugal, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. (2015). *Constipação*. Acedido em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosauade/doencas/doencas+face/constipacao.htm>

Portugal, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. (2015). *Dor de garganta/faringite infecciosa aguda*. Acedido em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosauade/doencas/doencas+face/faringite.htm>

Portugal, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. (2015). *Gripe: perguntas e respostas*. Acedido em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosauade/doencas/doencas+face/perguntas+respostas.htm>

Portugal, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. (2015). *Rinite*. Acedido em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosauade/doencas/doencas+face/rinite.htm>

Gomes, M. C. *DTIs no mundo: estatísticas recentes*. Acedido em <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/aulas/biopop/Mod7/Text%20DTIs.pdf>

Salgado, M. (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Saúde Infantil*, 30(1), 39-42.

Salgado, M. (2014). O subfebril não existe: é uma mentira contada inúmeras vezes que se transformou numa verdade. *Saúde Infantil*, 36(2), 55-57.

Salgado, M. (2014). O decreto-regulamentar sobre evicção de doentes dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas: é imperioso a sua derrogação. *Saúde Infantil*, 36(2), 109-112.

Salgado, M. (2015). Indicações para exclusão de crianças com doenças infectocontagiosas das creches, jardins ou dos espaços de lazer. Acedido em http://consuloriosalgado.blogspot.pt/p/artigo_31.html

Anexo IV - Proposta de Procedimento Operativo - Cuidados de enfermagem à criança ventilada

1. Objetivo

Uniformizar os cuidados de enfermagem nos doentes ventilados.

2. Aplicação

Serviço de Urgência Pediátrica do CHCB

3. Definições

Ventilação assistida - o movimento de ar nos pulmões é estimulado ou provocado por elementos externos ao organismo;

Ventilação assistida não-invasiva - não requer entubação endotraqueal

Ventilação assistida invasiva - requer entubação endotraqueal ou traqueostomia e ventilador mecânico

4. Responsabilidades

5. Procedimento

Indicações para ventilação mecânica:

- Hipoxémia progressiva apesar da oxigenioterapia que é avaliada pela diminuição da SpO2 ou da gazimetria arterial (PaCO2 elevada e pH baixo)
- Ventilação inadequada causada por:
 - Apneia;
 - Lesão ou infecção do SNC;
 - Hipoventilação alveolar;
 - Fraqueza dos músculos respiratórios;
 - Toxicidade medicamentosa;
 - Infecção;
 - Obstrução causada pela aspiração de corpo estranho

- Esforço respiratório excessivo, que se manifesta por tiragem, polipneia, diminuição da SpO₂, padrão respiratório alterado;
- Esforço respiratório inadequado;
- Hiperventilação para o tratamento da pressão intracraniana.

Via aérea endotraqueal

A entubação endotraqueal (ET) pode ser nasal, oral ou traqueal (através de traqueostomia).

- orotraqueal - mais usado em situações de urgência;
- nasotraqueal - quando se prevê a necessidade de entubação prolongada;
 - facilita a higiene oral;
 - fixação mais estável do TET;
 - reduz o risco de lesão traqueal e extubação acidental;
 - permite o desenvolvimento das funções orais - reflexo de sucção;
 - atenção ao risco de lesão do septo nasal.

Tipos de TET (tubo endotraqueal)

Nas crianças com menos de 8 anos deve usar-se TET sem cuff.

Determinar o tamanho do TET

1. usando o comprimento da criança e a fita de ressuscitação de Broselow; (Ver Anexo)
2. tamanho do TET=(idade anos+16)÷4
3. regra de "Pinky": o diâmetro do 5º dedo da criança é aproximadamente igual ao da traqueia

Complicações da entubação

- hipoxémia acompanhada de bradicardia;
 - monitorização de sinais vitais, suspensão da entubação se ocorrer hipoxémia - ventilação com O₂ e insuflador manual até sinais vitais estabilizarem.

- aspiração;
- lesões da cavidade oral e traqueia;
- fuga de ar;
- reação vagal;
- laringite traumática;
- infecção;
- edema da glote;
- estenose sub-glótica secundária a fibrose.

Cuidados de enfermagem

- Avaliação contínua do padrão respiratório;
- Otimização da ventilação:
 - prevenção da extubação acidental;
 - alternância de decúbitos;
 - aspiração de secreções em SOS;
 - despiste de complicações da ventilação mecânica (ex: pneumotórax);
 - prevenção de infecções;
 - proporcionar humidificação adequada;
 - prestar suporte emocional, conforto e segurança à criança e família.
- Reforçar o papel dos pais no suporte emocional, envolvendo-os nos cuidados.
- Satisfazer as necessidades nutricionais e de hidratação através de alimentação parentérica/entérica.

Avaliação de enfermagem:

- exame físico;
- sinais vitais;
- resposta ao tratamento;
- estado respiratório;
- oxigenação;
- conforto;
- permeabilidade das vias aéreas;
- resultados laboratoriais;

- oximetria de pulso;
- avaliar a tratar a agitação: diminuir o risco de lesão, maximizar a terapêutica e prevenir a extubação;
- avaliação do estado nutricional;
- avaliação do balanço hídrico (debito urinário=> a 2ml/gk/h no lactente e 1ml/kg/h na criança mais velha);
- avaliar a integridade cutanea (rosto, lábios, região cervical): manter a hidratação;

Nota: Os doentes que necessitem de ventilação mecânica devem ter sempre um insuflado manual com reservatório na sua unidade, para usar quando o estado do doente se agrava ou o funcionamento do ventilador esta com anomalias.

Nota: O uso do ventilador mecânico não garante que a criança esteja a ser ventilada de forma eficaz. A avaliação de enfermagem com ênfase no estado respiratório e na oxigenação da criança é fundamental.

Desmame do ventilador:

- processo gradual que compreende uma componente física e psicológica de dependência do ventilador.
- suspender alimentação entérica algumas horas antes da exsudação: risco de aspiração de vômito;
- manter a monitorização dos sinais vitais;
- manter material de ressuscitação e reentubação disponível;
- reeducação funcional respiratória e aspiração de secreções realizadas antes da extubação;
- aerossoloterapia e oxigenioterapia após a extubação;
- avaliar sinais de insuficiência respiratória, níveis de oxigenação (SpO₂, gazimetria...)

Complicações após a extubação:

- edema das vias aéreas (estridor - diminui de administrado corticoide em aerossol, diminui necessidade de reintubação);

- dor;
- cansaço;
- atelectasias.

6.Referências bibliográficas

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição* (Lusociência Ed.). Loures.

Veiga, B. S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M., . . . Silva, P. C. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos*. Administração Central do Sistema de Saúde - IP (Ed.) (pp. 285).

7.Anexos



**Anexo V - Apresentação da ação de formação para enfermeiros do serviço de
Pediatría cujo tema foi: Boletim de Saúde Infantil e Juvenil - instrumento de melhoria
dos cuidados de enfermagem.**

Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

Proposta de utilização no serviço Pediatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira.

Objetivos

- Melhorar a comunicação entre os cuidados hospitalares e os utentes.
- Melhorar a comunicação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários.
- Manter os registos no BSIJ atualizados.

Com estes objetivos procura-se aumentar o nível de informação dos utentes e consequentemente a sua satisfação, contribuir para o seu empowerment e consequentemente para a sua corresponsabilização pelos cuidados de saúde, e num âmbito mais abrangente contribuir para a promoção da saúde.

Justificação

O Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) é um documento pessoal destinado a registar os factos mais importantes relacionados com a saúde da criança/jovem.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde “a informação nele contida é do/a próprio/a, e é essencial que todos os profissionais envolvidos no atendimento aí registem os dados relevantes; deste modo, sempre que a criança/jovem tiver contacto com os serviços de saúde (consulta, urgência, internamento) deve ser portador deste Boletim” e que este contem “informações importantes para a promoção e manutenção da saúde, que podem

auxiliar os pais, enquanto primeiros responsáveis pela saúde dos filhos, e os jovens a cuidar melhor da sua saúde” DGS (2015).

A utilização deste instrumento no serviço de Pediatria permitirá aos profissionais de saúde consultar informações relevantes em relação à criança/jovem e também servirá para que estes mesmos profissionais possam registar eles próprios, dados relacionados com o internamento da criança/jovem no BSIJ.

Além disso, o BSIJ contém informações que podem ser usadas aquando dos ensinamentos para a saúde que são efetuados aos cuidadores, chamando a atenção destes para estas mesmas informações, bem como dos campos que dizem respeito aos registos que podem ser usados pelos pais/cuidadores, para registarem, por exemplo, aspetos relacionados com o desenvolvimento da criança/jovem ou mesmo dúvidas que possam surgir entre consultas de Saúde Infantil.

Devemos lembrar-nos, enquanto profissionais de saúde, que os nossos utentes têm direito à informação sobre a sua situação de saúde, tal como consagrado na carta dos Direitos do Doente Internado (artigo 6º), bem como, direito à continuidade dos cuidados (artigo 4º), que pode ser assegurada através de uma efetiva comunicação entre os serviços de internamento e os cuidados de saúde primários.

Também o artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada refere que as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos e no artigo 9º podemos ler que: “A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança” continuidade dos cuidados esta que pode ser facilitado através de comunicação adequada entre os diversos serviços de saúde.

Além dos direitos referidos e que são inegáveis, também o facto de se utilizar o BSIJ como instrumento de comunicação entre os serviços hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários servirá para se manter uma atualização da informação constante do processo clínico de cada criança, no Centro de Saúde e justifica Teixeira (2015:616) que “os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar os resultados da actividade dos técnicos em termos de ganhos em saúde, no que se refere à morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes e são excelentes analisadores da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde”.

Relativamente aos utentes, a utilização do BSIJ como meio de registo poderá contribuir, também de acordo com Teixeira, para evitar situações tais como:

- Insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde

- Erros de avaliação, porque não se identificam queixas relacionadas com crises pessoais, dificuldades de adaptação e/ou psicopatologia e se focaliza-se no primeiro problema apresentado, que nem sempre é o mais importante
- Comportamentos de adesão mais insatisfatórios
- Mais dificuldades no confronto e adaptação à doença por não saber o que fazer (incerteza), ter recebido informação contraditória (ambiguidade) ou até por se sentir incompreendido
- Comportamentos inadequados de procura de cuidados, quer procura excessiva e/ou recorrente dos serviços de saúde quer procura alternativa.

Implementação

Para a consecução dos objetivos definidos, proponho que seja implementada a utilização no serviço de Pediatria, do BSIJ, que será solicitado aos pais/cuidadores aquando da admissão da criança.

Este deverá ser preenchido no campo das notas, com uma pequena nota acerca do internamento da criança.

O BSIJ poderá/deverá ser utilizado aquando dos ensinamentos para a saúde efetuados aos pais/cuidadores, chamando a atenção destes para as informações que dele constam, relativamente ao desenvolvimento da criança e informando também os pais/cuidadores que poderão usar o BSIJ para nele registarem dados relacionados com a saúde/desenvolvimento da criança ou dúvidas a serem colocadas nas consultas subsequentes.

Esta proposta será apresentada à equipa de enfermagem e será solicitada a sua colaboração no sentido de eventuais melhorias ou sugestões que apresentem.

Será elaborada uma apresentação em formato de diapositivos como meio auxiliar da comunicação.

Bibliografia

Direcção-Geral da Saúde (2015). *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/saude-infantil-e-juvenil/boletim-de-saude-infantil.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Ministério da Saúde. Portugal. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

Instituto de Apoio à Criança. *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedida em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Teixeira, J.A.C.(2015). *Comunicação em Saúde*. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>

BOLETIM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Instrumento de melhoria de cuidados de enfermagem

Teresa Pereira, enfermeira,
4º Curso Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria,
Escola Superior de Saúde de Viseu
17 dezembro de 2015

Orientação: Professora Doutora Graça Aparício

BOLETIM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Instrumento de melhoria de cuidados de enfermagem

Objetivos

- Melhorar a comunicação entre os cuidados hospitalares e os utentes.
- Melhorar a comunicação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários.
- Manter os registos no BSIJ atualizados.

BOLETIM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Instrumento de melhoria de cuidados de enfermagem

**umentar o nível de
informação dos utentes e a
sua satisfação**

**empowerment criança e
família e a sua co-
responsabilização nos cuidados de
saúde**

promoção da saúde da criança/família

BOLETIM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Instrumento de melhoria de cuidados de enfermagem

COMUNICAÇÃO

**“os processos de informação e
comunicação em saúde podem influenciar
os resultados da actividade dos técnicos em
termos de ganhos em saúde, no que se refere à
morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida
dos utentes e são excelentes analisadores da qualidade
dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde”.**

Teixeira (2015:616)

BOLETIM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Instrumento de melhoria de cuidados de enfermagem

Carta direitos do doente internado

artigo 4º

artigo 6º

DGS

Carta da criança hospitalizada

artigo 4º



Edição 2014

Identificação

Nome _____

Data do Nascimento ____/____/____ horas

Filiação _____

Sexo _____

Naturalidade _____

Nacionalidade _____

Residência (morada e telefone), Contacto mais fácil (telemóvel) _____

E-mail _____

Outro contacto (avós, etc.) _____

Inscrito no ACES de: _____

Na USF/UCSP: _____ Na extensão de: _____

N.º utente _____ N.º processo familiar _____

N.º beneficiário (SAMS, ADSE, outros) _____

N.º Apólice de Seguros _____ Seguradora _____

Local de vigilância:

Particular _____

UCSP/USF _____

Médico(a) de família/Enfermeiro(a) de família (nome e contactos) _____

Alergias, reações a medicamentos,
vacinas e outros produtos

**Preencher com os
episódios de hospitalização**

Hospitalizações

Datas	Hospital	Diagnóstico
de ____/____/____ a ____/____/____	_____	_____
de ____/____/____ a ____/____/____	_____	_____
de ____/____/____ a ____/____/____	_____	_____
de ____/____/____ a ____/____/____	_____	_____
de ____/____/____ a ____/____/____	_____	_____

Grupo sanguíneo: _____

*Sistema Nacional de Intervenção
Precoce na Infância (SNIPI)*

Motivo de referênciação

- Perturbação do desenvolvimento
- Fatores de risco

Data da referênciação ____/____/____

Instituição referenciadora _____

Nome do(a) referenciador(a) e contacto _____

Data do início do apoio ____/____/____

Equipa Local de Intervenção (ELI) _____

Contacto da ELI _____

Técnico(a) responsável (contacto) _____

Registo de continuidade do SNIPI

15

SNIPI

O que é?
A quem se dirige?
Objetivos?



Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

[SNIPI]

[Ficha de Referênciação]

1. Identificação da Criança

- Nome da Criança _____
- Data de Nascimento _____
- Morada _____
- Freguesia e Concelho _____
- Contacto telefónico _____
- E-mail _____
- NISS _____
- SNS _____

2. Identificação dos pais

- Nome do pai _____
- Idade _____
- Profissão _____
- Morada _____
- E-mail _____
- Contacto telefónico _____
- Nome da mãe _____
- Idade _____
- Profissão _____
- Morada _____
- E-mail _____
- Contacto telefónico _____

3. Referênciação

▪ Quem referencia _____

▪ Contactos _____

▪ Descrição sumária do motivo da referênciação _____

▪ Que apoios especializados teve/tem ? _____

▪ Observações _____

▪ Data _____

BOLETIM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Instrumento de melhoria de cuidados de enfermagem

Proposta

- solicitar o BSIJ aos pais/cuidadores aquando da admissão da criança.
 - apresentar aos pais/cuidadores, chamando a atenção destes para as informações que nele constam, relativas ao desenvolvimento da criança;
 - informar os pais/cuidadores que poderão usar o BSIJ para nele registarem dados relacionados com a saúde/desenvolvimento da criança ou dúvidas a serem colocadas nas consultas subsequentes;
 - preencher o BSIJ na alta, no campo da Hospitalização (pg 3) ou das Notas (pg 61), com um pequeno apontamento acerca do internamento da criança.
-

BOLETIM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Instrumento de melhoria de cuidados de enfermagem

Bibliografia

- Direcção-Geral da Saúde (2015). Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido em <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/saude-infantil-e-juvenil/boletim-de-saude-infantil.aspx>
 - Direcção-Geral da Saúde. Carta dos Direitos do Doente Internado. Ministério da Saúde. Portugal. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
 - Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança Hospitalizada. Acedida em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
 - Teixeira, J.A.C.(2015). Comunicação em Saúde. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>
-