



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*ACOLHIMENTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIL
E PEDIATRIA*

Ânia Soraia Marinho Balça

LISBOA, Maio de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*ACOLHIMENTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIL
E PEDIATRIA*

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Ânia Soraia Marinho Balça

Sob orientação da Professora Lilia Vara

LISBOA, Maio de 2011

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, cujo suporte emocional foi extremamente importante pois sempre se esforçou para ajudar sempre que era necessário porque acreditava que este trabalho seria possível, tal como sempre estivera do meu lado em todos os momentos de alegria, desânimo face aos imprevistos e complicações da minha vida pessoal bem como às obrigações da vida profissional. Por todo o seu carinho e apoio na partilha deste caminho, pela tolerância à minha falta de tempo, pela ajuda e disponibilidade que demonstrou sempre, pelos desabafos partilhados e as palavras de incentivo.

Aos meus amigos pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis no decurso deste ano e pela alegria contagiante.

Aos colegas que diariamente trabalham comigo, pelos conselhos, críticas pertinentes, partilha de experiências e contributos preciosos para a concretização deste projecto.

Às amigas de longa jornada que sempre me apoiaram, pelo seu sorriso nunca ter deixado desvanecer o meu e ouvirem muitos desabafos.

Aos Enfermeiros Orientadores dos estágios pelo estímulo de aprender mais para fazer melhor.

À professora Margarida Lourenço que orientou o estágio referente ao Módulo I e à professora e Lilia Vara, pela orientação, competência e rigor científico, pelo incentivo, disponibilidade que sempre demonstrou ao longo deste percurso.

A todas as crianças e suas famílias, pois sem elas este trabalho não faria sentido.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para o sucesso deste percurso,

A todos **agradeço** e **dedico** o meu trabalho

A todos, um **Muito Obrigado!**

Ânia Soraia Marinho Balça

SIGLAS

CATUS – Centro de Atendimento Urgente de Saúde
CHLN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte
CS – Centro de Saúde
CSO – Centro de Saúde de Odivelas
DGS - Direcção Geral de Saúde
DR – Diário da República
EE – Enfermeiro(a) Especialista
EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
EPE - Empresa Pública com Gestão Empresarial
HPV – Hospital de Pulido Valente
HSM – Hospital de Santa Maria
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MAC – Maternidade Alfredo da Costa
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PF – Planeamento Familiar
RGCMENP - Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem da Natureza
Profissional
RN – Recém-nascido
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SATPR – Serviço Acção Técnica Prevenção e Risco
SAVPED - Serviço de Transporte Pediátrico
SA – Saúde Adulto
SI – Saúde Infantil
SIP – Saúde Infantil e Pediatria
SM – Saúde Materna
SUP – Serviço de Urgência de Pediatria
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
UCP – Universidade Católica Portuguesa

ABREVIATURAS

ed. – edição
h - horas
n.º - número

f. – folha
vol. – volume

RESUMO

O relatório apresentado pretende dar conta do percurso e competências desenvolvidas na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na área de Saúde Infantil e Pediatria, através das experiências proporcionadas em Cuidados de Saúde Primários e em contexto Hospitalar. Para tal, as actividades implementadas no Centro de Saúde de Odivelas, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria, respeitaram uma metodologia reflexiva suportada pela evidência científica, na mobilização de experiências anteriores e necessidades de aprendizagem individual, destacando-se as intervenções desenvolvidas no sentido de apoiar os pais, como figuras centrais e estruturantes para o processo de cuidados à criança e família, com o objectivo geral/transversal: *desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada à criança/família, promovendo um adequado acolhimento*. Destas, destaco a construção de Guia de Acolhimento, realização de acções de formação e de um Projecto sobre o Acolhimento: qual a percepção dos pais.

Palavras-chave: *Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, Acolhimento, Competências*

ABSTRACT

The report seeks to outline the course and skills developed for the provision of skilled nursing care in the area of Pediatrics and Child Health, through the experiences provided in Primary Care and Hospital in context. To this end, the activities implemented in the Health Center of Odivelas, in Pediatric Intensive Care Unit and Neonatal Intensive Care Unit of Hospital de Santa Maria, a respected reflexive methodology supported by scientific evidence, the mobilization of previous experiences and individual learning needs, emphasizing interventions designed to support parents, as central figures and structuring the process of child care and family with the general purpose/cross: *developing skills for advanced nursing care to children / families, promoting a suitable host*. Of these, the construction I highlight Reception Guide, conducting training and a project on the Reception: the perception of parents.

Keywords: *Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics, Home, Skills*

SUMÁRIO

	f.
0 - NOTA INTRODUTÓRIA	6
1 - JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA	8
1.1 - A FAMÍLIA.....	9
1.2 - O ACOLHIMENTO	11
1.2.1 - A importância do acolhimento	12
1.3. - A HOSPITALIZAÇÃO	14
2 - DOS OBJECTIVOS GERAIS À DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE ESTÁGIO	15
2.1 - MÓDULO I	17
2.1.1 – Consulta Externa de Pediatria do Hospital de Santa Maria	17
2.1.1.1 - Breve Caracterização do Serviço	17
2.1.1.2 - Descrição e Análise Crítica das Actividades Realizadas	18
2.1.2 - Centro de Saúde de Odivelas - Extensão Sede/Catus	22
2.1.2.1 - Breve Caracterização do Serviço	22
2.1.2.2 - Diagnóstico de situação VS Situação problemática	23
2.1.2.3 - Descrição e Análise Crítica das Actividades Realizadas	24
2.2 - MÓDULO II	30
2.2.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria	30
2.2.1.1 - Breve Caracterização do Serviço	30
2.2.1.2 - Diagnóstico de situação VS Situação problemática	31
2.2.1.3 - Descrição e Análise Crítica das Actividades Realizadas	32
2.3 - MÓDULO III	37
2.3.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria ...	37
2.3.1.1 - Breve Caracterização do Serviço	37
2.3.1.2 - Diagnóstico de situação VS Situação problemática	38
2.3.1.3 - Descrição e Análise Crítica das Actividades Realizadas	39
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	62
ANEXO I - Caracterização dos Locais de Estágio	63
ANEXO II – Reflexão: “ <i>O Brincar...</i> ”	82
ANEXO III - Questionário realizado aos pais no Centro de Saúde de Odivelas	86
ANEXO IV – Acção de Formação no CSO sobre febre, traumatismos cranio-encefálicos, vómitos, diarreia e desidratação	88
ANEXO V - Norma de Procedimentos de Apoio à criança com febre, vómitos, diarreia e desidratação.....	127
ANEXO VI – Acção de Formação sobre a Criança Vítima de Maus Tratos.....	140

ANEXO VII - Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos	166
ANEXO VIII - Panfleto sobre a Vacinação.....	183
ANEXO IX - Poster sobre a utilização das Camaras Expansoras.....	186
ANEXO X - Manual de Procedimentos do Carro de Urgência	188
ANEXO XI - Projecto – “O Acolhimento numa UCI: Percepção dos Pais”	253
ANEXO XII – Guia de Acolhimento na UCIPED.....	294
ANEXO XIII – Vídeo sobre “A Humanização de apoio à Criança na UCIPED”.....	301
ANEXO XIV – Reflexão: “A Humanização num Serviço de Pediatria”	317
ANEXO XV – Guia de Acolhimento na UCIN	331
ANEXO XVI – Acção de Formação sobre “ <i>Os primeiros 3 meses de vida do vosso bebé</i> ”	334
ANEXO XVII – Reflexão: “Nascer tão pequenino ... Nascer diferente...”	344

0 – NOTA INTRODUTÓRIA

O nosso quotidiano é uma cascata de relatos: relatamos vivências, actos, problemas, ambições, desejos e muitas outras situações de que não nos apercebemos, só que raramente somos confrontados com a necessidade de passá-las para o papel. Um relatório é a descrição crítica e construtiva de sensações, situações, experiências, entre outras, com a ajuda de um tempo verbal passado, não devendo ser, de maneira nenhuma, considerado como uma tarefa obrigatória no final de um trabalho. Não gostaria que este relatório fosse considerado um simples documento onde estão apenas descritas as situações por mim vivenciadas no decurso dos diferentes estágios, mas sim que fosse visto como “(...) *um momento altamente formativo, que nos permite olhar para trás, (...) possibilita pensar um dever, a criação de um horizonte que (...) evoca um limite, uma distância a percorrer que pressupõe uma duração e se situa no futuro, mas este limite não é na realidade, senão uma etapa que quando transposta, resgata novo horizonte (...)*” (Santos, 1998:30).

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa através do Instituto de Ciências da Saúde e tem como finalidade analisar de forma crítica a minha actuação na unidade curricular estágio; demonstrando a minha capacidade em identificar problemas e desenvolver soluções, de reflectir sobre as acções realizadas e as implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as conclusões.

Pretendo assim, expor o meu percurso de formação ao longo do estágio efectuado em unidades de prestação de cuidados de saúde, realizado em três módulos distintos e transmitir as actividades nele implementadas, os objectivos subjacentes bem como as competências que no decurso foram adquiridas e/ou desenvolvidas.

A escolha do tema “**O Acolhimento da criança e família nos serviços de Saúde Infantil e Pediatria**” advém da prática de prestação de cuidados com a constatação de que existe dificuldade inicial em receber a criança/família. O tempo é escasso, os afazeres muitos e a abordagem nem sempre é facilitada pelo ambiente do serviço de saúde. Segundo a carta de identidade da Ordem Hospitaleira de São João de Deus (2000:103), o acolhimento é entendido como

“(...) receber quem aparece, com um gesto de afecto e de esperança, que lhe permita confiar na pessoa e na Instituição que o tomam a seu cargo. O primeiro contacto é muito importante: pode abrir ou fechar as portas. Numa situação de necessidade para o doente, esse primeiro contacto tem ainda mais importância. Na dificuldade, sentir-se aceite e acolhido é o elemento essencial para viver um estado de segurança e confiança nas pessoas que cuidam de alguém”.

O acolhimento neste contexto carece de uma ferramenta, que seja um auxílio, que complemente todo o trabalho personalizado, que o enfermeiro efectua. A enfermagem é uma profissão em progressão, orientado-se para o ser humano no seu sentido global, através de vários fundamentos teórico/práticos e também da descoberta e aplicação de novos conhecimentos.

Quando pensamos no futuro, qualquer que seja a dimensão considerada, em termos científicos ou morais, obriga-nos a pensar na criança e, sobretudo a reflectir se o que hoje investimos na criança e sua família é suficiente para garantir o seu melhor.

O enfermeiro consciente do impacto de um acolhimento inadequado, deverá mobilizar as suas competências e inclui-las na prestação de cuidados de forma a minimizá-lo. Mas, sem dúvida que, a convicção de que é possível alterar esta situação, foi um factor preponderante para a escolha deste tema.

Deste modo, foi delineado como objectivo geral ***desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada à criança/família, promovendo um adequado acolhimento.***

Tendo um plano de intervenção como orientador do desenvolvimento das actividades surgiu a necessidade de definir estratégias de forma a dar resposta às necessidades de cada contexto perante esta problemática.

Os diferentes módulos decorreram nos seguintes contextos: Centro de Saúde de Odivelas (extensão-sede/CATUS), Hospital de Santa Maria: Consulta Externa de Pediatria, Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade Cuidados Intensivos Neonatais.

A metodologia utilizada neste relatório é descritiva e reflexiva, com vista a atingir os objectivos delineados e enriquecer os conhecimentos teóricos.

Para permitir uma leitura sequente, este relatório foi estruturado em cinco capítulos, onde os seus conteúdos foram organizados de forma clara e objectiva. Após a introdução surge o enquadramento teórico onde aborda-se conteúdos teóricos relacionados com a problemática. No capítulo 2 é feita uma breve caracterização dos diferentes locais de estágio, o diagnóstico de situação, são descritos objectivos, actividades e sua avaliação. No seguinte capítulo faço uma consideração geral sobre o percurso desenvolvido, analisando criticamente todo o processo de aprendizagem desenvolvido. Por fim surgem as referências bibliográficas e os anexos.

1 – JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

A ida de uma criança a um serviço de saúde é habitualmente uma situação geradora de crise, e o seu impacto está intimamente relacionado com a gravidade da situação, o prognóstico e o ciclo de vida que a família atravessa.

Uma admissão de urgência, em função de doença repentina ou de lesão, é uma das experiências hospitalares mais traumáticas, quer para a criança, quer para os pais, deixando pouco tempo para preparação e explicações (Hockenberry et al, 2006).

Para a criança existem efeitos negativos no contacto com os serviços de saúde como a separação, a perda de controlo e o medo da lesão corporal e da dor, que podem ser minimizados adoptando cuidados centrados na família e visitas familiares frequentes.

Quando este contacto num serviço de saúde pediátrico é feito pelo modo de internamento, é caracterizado pela criança como um ambiente austero e intimidatório, havendo muitas vezes a instalação de sentimentos de ansiedade e de tensão na família. Esta ansiedade pode chegar quase aos níveis de pânico (Huckabay & Tilem-Kessler, 1999). Perante o internamento de um filho numa Unidade de Cuidados Intensivos, as necessidades emocionais dos pais são primordiais; a criança torna-se o centro da sua vida e a necessidade de informações é a mais premente (Scott, 1998). Apesar da presença de monitorização contínua e a prestação de cuidados individualizados, gerar habitualmente algum sentimento especial de segurança, os pais têm necessidade de saber se o seu filho vai viver, e em caso afirmativo, se irá ser a mesma criança que conheceram no passado. Querem saber o motivo pelo qual estão a ser efectuadas tantas intervenções, se a criança está a receber medicação para a dor e desconforto e se pode ser capaz de ouvi-los apesar de não estar acordada. Para Hockenberry *et al* (2006) uma das intervenções de enfermagem mais importantes é o fornecimento de informações relativamente à doença, ao seu tratamento e prognóstico, à reacção emocional e física da criança à doença e à hospitalização, e às prováveis reacções emocionais da família perante esta situação de crise.

Como enfermeira, devo valorizar as relações interpessoais, na tentativa de ser capaz, como refere Hesbeen (2000:117), de *“(...) ir ao encontro do outro, tecer laços de confiança e de caminhar com ele no âmbito de um projecto de cuidados significativo”*. Do nosso quotidiano profissional, faz parte o contacto com os pais e crianças e, como enfermeiros, temos a responsabilidade de os acolher, não esquecendo que a família normalmente se encontra num período de sofrimento.

Sendo uma realidade a presença dos pais como uma necessidade vital, a partir do momento em que uma criança recorre a um serviço de saúde e perante o apresentado decidi direccionar a minha área de estudo sobre **“Acolhimento da criança e família nos serviços de saúde infantil e pediatria”**.

A hospitalização pode ter repercussões psicológicas para a criança, que perde as suas relações preferenciais e pontos de referência, e para os pais, que se podem sentir a perder, em parte, o poder de decisão, pela necessidade de terem de cumprir um conjunto de normas e

regras estabelecidas e, paralelamente, e por terem de se adaptar a diferentes estratégias de cuidar, inerentes a cada profissional.

A importância dos familiares como uma constante na vida da criança é reconhecida pela filosofia dos cuidados centrados na família, que tem por base componentes como o respeito, a colaboração e o apoio (Newton, 2000). A parceria entre os profissionais e os pais é um mecanismo que possibilita a capacitação e o empoderamento das famílias. Os pais fazem parte da equipa, sendo respeitados pelos profissionais e tendo o direito de tomar decisões sobre o que é importante para eles e para a criança. Por sua vez, os profissionais devem apoiar e reforçar a capacidade da família de encorajar e promover o seu próprio desenvolvimento (Hockenberry *et al*, 2006). A intervenção da equipa de saúde pode assim contribuir para que a experiência de hospitalização se torne menos angustiante, minimizando os factores de stress e maximizando os recursos individuais para lidar com eles. No que respeita ao acolhimento, os enfermeiros são por excelência o elo de ligação com a equipa de saúde. Efectuar um acolhimento adequado é uma estratégia pertinente para que se estabeleça uma relação de confiança entre os pais, a criança e a equipa.

Com base no acima referido, o acolhimento aquando do internamento, terá de ser para ambos – criança e pais – pois é com este binómio que estaremos sempre a dialogar e a cuidar. Se os pais se sentirem verdadeiramente acolhidos, irão colocar as suas dúvidas relativamente à doença, aos problemas que o internamento lhes levanta e sentir-se-ão mais tranquilos, passando a colaborar com o serviço (Marçal, 2006).

A admissão é um dos momentos mais críticos principalmente se for um internamento hospitalar, e mesmo tendo consciência disto, os enfermeiros tendem a centrar a sua atenção na saúde/doença da criança deixando para segundo plano a necessidade de acolher os pais. A família está a enfrentar uma situação nova, desconhecida e ameaçadora, num ambiente confuso e assustador, sobre o qual não tem nenhum controlo e em que habitualmente está só.

Torna-se desta forma essencial cuidar do utente pediátrico como um todo, fazendo do acolhimento e, principalmente do primeiro contacto, ainda que na sala de espera, um acontecimento tão importante, essencial e recompensador como os cuidados que prestamos directamente à criança/família.

Considero que é no momento do acolhimento que se inicia uma boa prestação de cuidados de enfermagem, devendo o enfermeiro contribuir activamente para a personalização e humanização destes, se for feito de forma adequada.

Surge assim a necessidade de desenvolver competências na área do acolhimento à criança e família, pois cabe ao enfermeiro no momento de admissão assumir importante papel de fazer a ponte/ligação/vinculação criança/família.

1.1 – A FAMÍLIA

A família, “(...) é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos

mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados.” (Vieira, 2007:83). Segundo Jorge (2004:17), “A família constitui um sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o meio, em permanente interacção”. Como nos é dito por Gameiro (1992:187), “A simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional deste estrutura”. Pois, segundo o mesmo autor, esta é considerada “... uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensados com os instrumentos criados para os indivíduos isolados (...)”.

Para Relvas (1996:11), *“cada família vista como um todo, como emergência dos elementos que a compõem, é definitivamente una e única (...) enquanto sistema é um todo mas é também parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade e sociedade)”*.

A família é indissociável da criança e quanto mais pequena esta é, maior é a sua dependência dos pais. Segundo Saultz (1991), citado por Marinheiro (2002:19), a família tem várias funções:

*“A família proporciona ajuda a cada um dos seus membros;
A família estabelece autonomia e independência a cada um dos seus membros facilitando o crescimento pessoal dos indivíduos;
A família cria regras que dirigem a conduta aos seus membros;
A família muda para adaptar-se ao meio. Esta capacidade de adaptação, mudança e crescimento é essencial para a progressão a longo prazo do ciclo de vida da família;
Os membros da família comunicam entre si. A comunicação é a chave para que as outras funções possam cumprir-se.”*

Em condições normais, os pais que consideramos progenitores (mãe ou pai) de qualquer criança, são a força dominante da família. Porém, face à criança doente e à conseqüente hospitalização, esta supremacia desaparece, o que normalmente origina alterações no equilíbrio familiar. A doença de uma criança é geralmente um acontecimento inesperado e stressante para o qual a família não se encontra emocionalmente preparada.

Devemos ter sempre presente, como defende Ferreira (1995:8), que *“(...) a relação interpessoal enfermeira/família é determinante para a qualidade dos cuidados prestados à criança, já que grande parte do trabalho de enfermagem se realiza através deste contacto”*.

Citando Collière (1989:152), é esta relação *“... que se torna no eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”*.

Ao prestarmos cuidados de enfermagem à criança e família, como um todo, devemos direccionar a nossa actuação para a satisfação das necessidades particulares de cada família, identificadas através do seu comportamento e expressão de sentimentos de forma verbal e/ou não verbal. Mas para isso é necessário desenvolver capacidades que nos permitam actuar de uma forma adequada e eficaz.

Direccionando-me para o internamento, onde decorreu parte dos estágios, lembrando o que ALS e Gilkerson (1997:165) referem, não podemos esquecer que *“As unidades de cuidados intensivos para recém-nascidos sofreram, nos últimos quinze anos, uma modificação que tem sido descrita como a mais profunda transformação que alguma vez ocorreu em cuidados neonatais (...) estão a evoluir para um novo modelo de cuidados centrados na família e no apoio ao desenvolvimento – uma aliança entre profissionais e família (...)”*.

Quando há necessidade de um recém nascido ser internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, normalmente todos os pais passam por sentimentos de ansiedade, culpa, medo, ressentimento, raiva, tristeza, negação ... Para Brazelton (2000:97), *“Os pais não só sofrem pela perda do bebé perfeito que antecipavam, como também choram os defeitos do bebé que geraram, e se culpabilizam, quer conscientemente, quer inconscientemente”*.

Além de tudo isto e citando Octávio Cunha (1986:3), *“Entrar numa Unidade de Cuidados Intensivos para recém-nascidos pode ser um choque. Os pais das crianças que aí recebem o tratamento sentem-se muitas vezes perdidos ou afastados dos filhos por toda aquela tecnologia agressiva e desconhecida geradora de medo ou impotência”*.

É pois essencial que os enfermeiros não se preocupem apenas com as necessidades da criança, mas se lembrem que por detrás daquela criança está uma família que aguarda ansiosamente por informações sobre a situação do seu filho. Toda a família imaginou um filho perfeito saudável e toda esta situação é o desmoronar de um sonho. No entanto, o enfermeiro não deve esquecer, como nos refere Filliozat (1997:38), que *“Não é por não vermos o sofrimento que ele não existe”*.

No primeiro contacto com a família, os enfermeiros devem transmitir interesse e compreensão pelas preocupações e receios dos pais e estabelecer uma relação que vá de encontro às suas dúvidas, permitindo e dando espaço a estes para exteriorizarem o que sentem, comunicando com eles de uma forma eficaz, devendo sobressair da nossa actuação as capacidades de escuta, aceitação e empatia.

Segundo Diogo (2000:16), *“A enfermeira ao ouvir os pais deve permitir que estes exprimam os seus sentimentos negativos; acalmará mais facilmente os pais se lhes facilitar a expressão das suas crenças, se os ajudar a compreender a causa da sua angústia, se os escutar com empatia”*.

É importante olhar cada família como uma família única, a viver uma situação única, sendo por isso importante iniciar o acolhimento no momento da admissão.

1.2 – O ACOLHIMENTO

O processo de acolhimento implica uma relação interpessoal, sendo necessário para o implementar, saber falar, escutar e apoiar, desenvolvendo estratégias para ir de encontro às necessidades do outro, dando possibilidade a que se inicie e desenvolva uma relação de ajuda (Cardoso e Pinto, 2002). Para Formarier (2000), acolher corresponde à fase inicial do processo de socialização, constituindo o ponto de partida para o estabelecimento de qualquer relação; no entanto, não se resume a um mero ritual social, sendo também, para os profissionais de saúde, um acto de cuidar.

A palavra acolhimento ultrapassa a noção de recepção ou primeiro contacto, permitindo aos pais sentirem-se permanentemente informados e envolvidos na equipa multidisciplinar, o que favorece a formação de relações calorosas, personalizadas e de confiança (Brito, 2006). Para Busquets (1991:17) *“o cuidado acolhimento consiste num processo que integra o acto de*

admissão hospitalar, podendo dizer-se que a admissão corresponde aos trâmites burocráticos e o acolhimento ao momento e à maneira como o utente é recebido no hospital". Trata-se de uma ferramenta que permite estruturar a relação entre a equipa e a família e que define a capacidade de solidariedade de quem acolhe para com as necessidades do utilizador dos serviços, resultando numa relação humanizada (Schimith & Lima, 2004). Acolher é uma competência profissional, a ser desenvolvida em equipa, com o intuito de prestar melhores cuidados à criança e família, não só a nível técnico, mas também a nível humano, fazendo as adaptações necessárias para ter sempre a criança como sujeito dos cuidados e não apenas como objecto dos cuidados.

Um acolhimento eficaz permite que os pais de uma criança internada se adaptem o mais rapidamente possível à hospitalização, o que se traduz num sentimento de confiança que os faz sentir que são importantes para o processo. O enfermeiro que acolhe deve estar atento às mensagens verbais e não verbais transmitidas pelos pais, tentando evitar barreiras à comunicação. Os pais esperam da equipa de saúde facilidades no que respeita a relacionamento, informação e orientação. Precisam de informação clara e objectiva, adequada à sua capacidade de compreensão, que lhes permita participar na tomada de decisões (Jorge, 2004).

1.2.1 – A importância do acolhimento

Acolher provém do latim *accolligere* e significa "*Dar ou receber guardada, refúgio; dar ou receber acolhimento*", "*Dar auxílio, protecção, ajuda, levando para junto de si*" segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa (2001:59).

Para Vieira, Diogo e Arsénio (2000:76) "*O conceito de acolhimento em enfermagem tem implícito este sentido, pois define com bastante precisão a relação que deverá existir no momento de admissão do utente na unidade por parte do pessoal de enfermagem*".

Como refere Jorge (2004:73) "*O acolhimento é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua*".

Segundo Félix, Teixeira e Pontes (1994), o enfermeiro tem um papel fundamental em todo o processo de acolhimento, sendo os objectivos principais de favorecer a adaptação da criança doente ao novo ambiente, com mínimo de sofrimento e também colher dados que permitam personalizar os cuidados.

O internamento é sempre um momento difícil que é influenciado por vários factores. O conhecimento, a preparação para o acontecimento, as experiências prévias, a disponibilidade e utilização dos sistemas de suporte, bem como os mecanismos de "coping" individual e colectivos, são alguns destes factores.

Os pais devem ser acolhidos pelo enfermeiro de forma a tornar o desconhecido em conhecido, ajudando-os a assumir o papel de pais de uma criança doente. O enfermeiro apresenta-se e apresenta o seu serviço, iniciando, desde logo uma aproximação. E esta actuação deve ser realizada no momento da admissão e não apenas quando os pais entram na sala onde se

encontra o seu filho internado. Para tal é necessário que seja adaptada uma postura que demonstre serenidade, segurança, confiança, disponibilidade para ouvir ou esclarecer dúvidas, para que os pais se sintam seguros para demonstrar os seus sentimentos e receios. Segundo Davies (1988:41) *“Um acolhimento calmo e amigável pode ser importante para criar confiança e ajudar a desconstrair os pais perturbados”*.

De acordo com Whaley e Wong (1999) além de ser fundamental para o estabelecimento da relação com os pais que a enfermeira, numa fase inicial, se apresente, clarifique o seu papel e favoreça a expressão dos seus receios, também é importante que *“Antes da primeira visita dos pais estes devem ser preparados para a aparência da criança, o equipamento a ela ligado e alguma indicação da atmosfera geral da unidade”*, (1999:157).

Partilhando a mesma ideia, Curry (1995:27), diz-nos que *“Ao dar aos familiares uma ideia do equipamento e do seu funcionamento, a UCI é desmistificada, o que, por seu turno, deverá reduzir o factor «medo»”*.

Também Pegacha (1999:200), nos refere que *“se tivermos consciência que a primeira impressão quando se chega a um local desconhecido é de grande importância para o indivíduo, continuarmos também aqui, a transmissão da imagem da enfermeira. Uma imagem de segurança, de alguém que sabe o que está a dizer, de alguém que domina o ambiente onde o cliente vai ficar internado. Imagem de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, de alguém que pode fornecer informações e que está presente quando o utente necessitar. Para isso e como faríamos a alguém que se aloja em nossa casa, tentamos pôr o cliente à vontade, como se estivesse em sua casa mas é claro uma casa especial, o hospital, com algumas regras a saber”*.

Normalmente, os pais demonstram não entender o que lhes é explicado, ou podem perder-se em detalhes. Esses comportamentos são reveladores de que estão choque emotivo e que necessitavam, possivelmente, de ouvir muitas vezes a mesma informação, para que a possam assimilar.

Schmitz (1989:190), refere-se a várias situações geradoras de desconforto: *“ansiedade dos pais, que os torna inseguros, agressivos, exigentes, com dificuldade de compreensão e memorização (...)”*; os *“Seus sentimentos e conflitos despertados por situações vivenciadas: morte, doenças terminais, relações pais e filhos, etc”*; o *“Investimento emocional que determina competições em termos de afecto que a criança oferece”*; *“As atitudes dos familiares: desconfiança, agressividade directa, ameaças veladas, espera de diagnósticos e resoluções imediatas, cobranças, controlos, interferências «ignorantes»”*; o *“Confronto de seus padrões, valores e comportamentos: padrões de cuidados, de tratamento, de relacionamento; valores de vida, profissionais, morais e religiosos; comportamentos impulsivo, agressivo, depressivo, etc”*.

Estes são alguns dos factores que podem interferir na relação pais/enfermeiro e consequentemente na eficácia do acolhimento.

A assistência personalizada deve responder consoante os pais com que nos deparamos, as suas características, culturas, experiências anteriores, entre outros. A equipa de enfermagem ao mostrar-se disponível para ouvir os pais, contribui para aliviar sentimentos de ansiedade e a culpa, facilitando assim não só a relação pais/enfermeiros como também a aproximação com a criança doente.

Como nos refere Bernardo (1995), citado por Jorge (2004:73-74), *“Um acolhimento, humanamente correcto, é uma ciência e uma arte que devem estar em constante busca de aperfeiçoamento no exercício. A arte do acolhimento humano deverá ser uma aprendizagem nunca concluída, marcada pela contínua busca da verdade, com*

sinceridade e transparência recíproca, no respeito incondicional pelo que o outro é, ajudando-o a ser ele mesmo, sem indevidas manipulações ou descabida directividade”.

É no momento da admissão e no acto de acolher, que se inicia a relação pais/enfermeiro, ocorrendo a primeira troca de mensagens.

O enfermeiro deve desenvolver competências no campo relacional, sendo imperativo que saiba comunicar correctamente, isso é, que saiba transmitir mensagens de modo a ser compreendido e, de igual modo, que saiba escutar e observar não só a linguagem verbal/não verbal, de forma a poder interpretar as mensagens enviadas pelos pais.

1.3 – A HOSPITALIZAÇÃO

A experiência da hospitalização de uma criança representa um processo de crise que tem de ser enfrentado pela criança e família, havendo condições que lhe estão inerentes e que não sendo susceptíveis a mudanças, podem contribuir para o agravamento desta situação traumática. São consideradas condições não passíveis de mudança a interrupção da rotina e ambiente familiar, a necessidade de administração de tratamentos e de efectuar exames complementares de diagnóstico, a presença de equipamento hospitalar, a impossibilidade de manter controlo sobre os acontecimentos e o facto de ter de lidar com várias pessoas estranhas (Barros, 2003). A equipa de enfermagem pode contribuir para que a experiência da hospitalização se torne menos angustiante, minimizando os factores de stress e maximizando os recursos individuais para lidar com eles.

Embora tenha havido uma evolução significativa relativamente à forma como é considerada a hospitalização em pediatria, está-lhe sempre associada uma conotação negativa, sendo considerada como uma experiência assustadora, fonte de stress e ansiedade para a maioria das crianças e seus pais (Brazelton, 2004).

Diariamente nos serviços de Saúde Infantil e Pediatria são acolhidos pais de crianças em situação crítica de saúde, e apesar de considerar que é efectuado um bom acolhimento, sinto necessidade de conhecer, qual a percepção que os pais e os enfermeiros têm, acerca da forma como foi efectuado o acolhimento.

2 – DOS OBJECTIVOS GERAIS À DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE ESTÁGIO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, incluem-se diferentes estágios nas áreas consideradas chave da prestação de cuidados de enfermagem à criança e ao adolescente. Estes constituem, por excelência, oportunidades de construção e de consolidação de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), através da aplicação dos conhecimentos teóricos às práticas do cuidar bem como a reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem. Pretendo, assim, desenvolver **um outro olhar sobre o cuidar**, baseado na **reflexão estruturada sobre as práticas** e no **conhecimento conceptual para a prática da decisão**, que permita ao enfermeiro em formação edificar, estruturar e mobilizar uma rede de recursos (pessoais; do outro – criança/família, profissionais, institucionais, locais, entre outros) que promova uma **visão global e integradora dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria**.

A organização deste capítulo, partirá da descrição dos objectivos que se constituem como transversais a todos os módulos, passando à descrição e análise crítica das actividades realizadas em cada contexto, previamente contextualizadas por uma breve caracterização dos diferentes locais (Anexo I).

Durante o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências realizado ao longo dos Módulos I, II e III¹, os objectivos constituíram-se em princípios orientadores, com vista a obtenção de ganhos em saúde para todos promovendo uma enfermagem avançada, uma enfermagem com mais enfermagem, centrada nas respostas humanas da criança e da família, nomeadamente no momento da admissão das mesmas num serviço de saúde.

Todo o processo incorporou evidência científica, associada: à experiência, à opinião de peritos, aos valores e às preferências dos utentes, atendendo ao contexto dos recursos disponíveis e no sentido de uma tomada de decisão competente, de um saber que responde adequadamente às necessidades identificadas (de pessoas e profissionais).

Concomitantemente, reflecte também um percurso percorrido com competências desenvolvidas, decorrentes desde o momento que iniciei os meus estudos em enfermagem, mas intensificou-se nos últimos 7 anos na área da Saúde Infantil e Pediatria (SIP) com a mobilização de conhecimentos, saber-fazer, qualidades, cultura, experiência, mas também com o saber interagir com os outros num contexto de trabalho que é um contexto de aprendizagem. Os objectivos de estágio, foram delineados, articulando as minhas necessidades formativas, as concepções teóricas anteriormente expostas e os elementos de competência a desenvolver

¹ Foi obtida a creditação ao Modulo III – Urgência de Pediatria. Importa salientar que o percurso percorrido e reflectivo no presente relatório foi fruto de um percurso vivido e desenvolvido, de uma aprendizagem, formação contínua (auto-formação, formação em serviço e formação exterior ao serviço) e do desenvolvimento de competências ao longo da vida, na área da SIP, num Serviço de Urgência de Pediatria com diversas valências. Esta experiência profissional traçou um percurso no caminho de um saber agir e decidir com pertinência e inteligência de acção de uma intervenção especializada face a situações complexas.

propostos no Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem da Natureza Profissional (RGCMENP), assim como o conteúdo funcional do Enfermeiro Especialista (EE) no Caderno Temático nº 2 do Modelo de Desenvolvimento Profissional² e a publicação do Regulamento nº 122/2011 no Diário da República nº 35, 2ª série de 18 de Fevereiro.

Os contextos de trabalho são hoje considerados tempos e espaços plenos de possibilidades formativas, onde a reflexão sobre a prática profissional contextualizada permite compreender os pressupostos nela presentes, atribuir novos significados a essa acção e como que reestruturar e perspetivar a acção futura (Marçal 2006).

Considerando que o cuidar hoje da criança e família implica novos quadros de referência, que norteiem a prática profissional, atendendo a: factores legais, demográficos, sócio-culturais, económicos, políticos, tecnológicos. Espera-se que o EESIP seja capaz de prestar cuidados de enfermagem à criança e família, numa profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, num amplo entendimento da resposta humana em situações específicas, desenhando intervenções de elevado nível de adequação às necessidades da criança e família, potenciando assim ganhos em saúde (Marçal 2006). Atendendo às considerações anteriormente citadas e às exigências percebidas no desempenho do papel, propus-me neste percurso formativo a:

*** desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada à criança/família, promovendo um adequado acolhimento.**

A opção por um objectivo geral tão abrangente foi propositada, pois desta forma teria uma maior diversidade de experiências. Por outro lado, permitiu também empreender vários objectivos específicos, possibilitando explorar campos do conhecimento distintos, bem como desenvolver diferentes competências. Como objectivos específicos propus-me a:

*** contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, com vista ao acolhimento adequado;**

*** prestar, gerir e organizar cuidados de enfermagem especializados, implementando estratégias de assistência sistematizada à criança e família, em prol da continuidade de cuidados;**

*** identificar necessidades, realizar diagnósticos de cuidados de enfermagem, e responder com elevado nível de adequação, em situações complexas e/ou de risco.**

Visando atingir os objectivos propostos, considero que no processo de aprendizagem está implícita uma atitude dinâmica e activa na procura mútua de significados e no desenvolvimento das intervenções, assentes na partilha, entre colegas, estudantes, docentes e profissionais da prática clínica, conjugando interesses comuns nos diferentes contextos (Desgagné et al, 2001). Neste âmbito, procurei como finalidade última, contribuir para a melhoria dos cuidados de

² Caderno temático nº 2 "Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista" - Modelo de Desenvolvimento Profissional, com a publicação da Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro.

enfermagem: identificando e validando problemas, utilizando o potencial dos diferentes intervenientes, questionando e reflectindo de forma crítica para uma tomada de consciência, perscrutadora de um agir conjunto e coerente (Gonçalves e Serrano, 2005:179). Para tal, baseei as minhas reflexões apresentadas nos portfólios reflexivos elaborado ao longo dos diferentes estágios, através do Ciclo Reflectivo de Gibbs (Jasper, 2003). Através deste método realizei reflexões, que me permitiram analisar o que tinha decorrido em cada um dos eventos, as minhas fragilidades na situação, assim como elaborar o planeamento para futuras situações idênticas.

2.1 – MÓDULO I

O estágio referente ao módulo I foi desenvolvido em unidades com objectivos de prevenção e promoção da saúde familiar, mais concretamente na Consulta Externa de Pediatria do Hospital de Santa Maria e no Centro de Saúde de Odivelas (Extensão Sede/CATUS).

O objectivo geral a atingir durante a realização deste módulo foi ***desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada à criança/família, promovendo um adequado acolhimento, a nível da intervenção na comunidade.***

2.1.1 - Consulta Externa de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Um dos motivos de escolha deste local foi o facto de ter oportunidade de compreender e observar o funcionamento de uma consulta de pediatria com variadíssimas e complexas situações que as crianças e suas famílias vivenciam – facto inerente às várias valências na área pediátrica que este hospital apresenta. Este foi o primeiro estágio de observação que decorreu durante 3 dias que teve como objectivo conhecer o funcionamento deste serviço bem como analisar a intervenção do enfermeiro nas respectivas consultas.

2.1.1.1 – Breve Caracterização do Serviço

As Consultas Externas de Pediatria do HSM estão inseridas no Departamento da Criança e da Família do HSM, que funciona de 2ª a 6ªfeira. Articula com a comunidade através da Unidade Coordenadora Funcional da Unidade Setentrional A.

A equipa de saúde da consulta externa é formada por enfermeiras, médicos, dietistas, psicólogos, terapeutas, técnicos de serviço social, educadores de infância, auxiliares, pessoal administrativo e pessoal de apoio e vigilância.

A consulta externa estabelece um protocolo de articulação com várias entidades, habitualmente as crianças chegam até aqui através de uma referênciação por parte de um Serviço de Urgência de Pediatria (SUP), Consultas de Especialidade, Pediatra assistente, Centro de Saúde da área de residência ou outros serviços de saúde a nível nacional.

A equipa de enfermagem é constituída por 8 elementos, existindo uma EESIP. Realizam-se cerca de 33 consultas de diferentes especialidades, sendo que nas consultas de Alergologia,

Neurocirurgia, Diabetes, Obesidade e Saúde Infantil, existe uma consulta de enfermagem prévia onde são realizados/validados ensinamentos e feita avaliação antropométrica.

As enfermeiras utilizam as diferentes metodologias de trabalho (Tarefa, Individual e Responsável). As Consultas de Enfermagem são realizadas com base em protocolos de intervenção específicos para cada especialidade. Nestas consultas são sempre enfatizadas actividades de formação e actividades educativas/ promoção de saúde/prevenção.

Como serviço adjuvante existe: uma sala de colheitas, onde são realizadas colheitas de diversos espécimes para análise, uma sala de tratamentos onde são realizados pensos (nomeadamente cirúrgicos) e uma sala para administração de Imunoterapia (específica e do Plano Nacional de Vacinação).

Este serviço faz a interligação e mobilização dos recursos da comunidade, e promove competências à criança/família de adaptação à doença, quer através de ensinamentos, quer na manutenção da saúde promovendo comportamentos saudáveis. O grande envolvimento da equipa de enfermagem garante a parceria de cuidados com a comunidade.

Existem vários projectos na consulta, de entre os quais destaco as áreas prioritárias de intervenção: literacia, higiene oral, obesidade (alimentação e exercício físico) e autonomia (campos de férias).

Ainda no âmbito deste estágio foi interessante visitar a Consulta da Unidade de Saúde Mental Infantil e Juvenil. Esta consulta, apesar de partilhar o espaço físico próximo da consulta externa, é uma consulta com critérios de referência diferenciados. É dirigida e realizada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, mas com a formação e experiência profissional na área da pediatria. Foi interessante, pois deu-me a conhecer esses critérios, as actividades desenvolvidas na consulta e ainda o percurso e o acompanhamento das crianças referenciadas.

2.1.1.2 – Descrição e Análise Crítica das Actividades Realizadas

É premente consciencializarmo-nos da importância dos recursos da comunidade, como um elemento fulcral nas políticas de saúde, com o intuito de fomentar qualidade de vida das crianças com alterações do desenvolvimento quer a nível psíquico ou nível físico e respectivas famílias.

A etimologia da palavra observar deriva do latim “*observāre*”, que significa olhar com atenção para, tomar por modelo. Nesta óptica, a dinâmica da consulta de enfermagem permitiu-me analisar a realidade, do trabalho desenvolvido, tornando-se um meio facilitador para a minha prática como futura EESIP, prestadora de cuidados, com a capacidade de actuar face a situações complexas.

Esta experiência contribui para o desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem específicos e que foram mobilizados para a melhoria da qualidade dos cuidados, quer ao longo do Módulo I, quer enquanto enfermeira de cuidados gerais e futura EESIP.

Como enfermeira num SUP, senti que tinha um longo percurso de aprendizagem na contextualização ao nível dos cuidados continuados e na promoção da saúde. Estas áreas de intervenção contribuem para o bem estar individual e colectivo e capacitam as famílias para aumentarem cada vez mais o seu controlo da saúde.

As enfermeiras desta equipa têm sempre a preocupação de explicar aos pais tudo o que os mesmos devem utilizar para estimular o desenvolvimento da criança. O objectivo das estratégias delineadas, a importância do cumprimento das regras e rotinas e a necessidade de parceria na implementação do plano de intervenção individual – de acordo com o modelo de parceria apresentado por Casey os cuidados de enfermagem podem ser prestados pelos pais com apoio e ensino. Sempre que possível são mobilizados e explicados todos os recursos necessários disponíveis na área de residência, de forma a impedir que a criança/família sejam desnecessariamente afastadas dos locais de residência familiar.

A passagem pelas consultas externas elucidou-me da importância do papel do enfermeiro na articulação com a comunidade, quer através das Unidades de Saúde Familiar e/ou outras instituições comunitárias. Este serviço faz a interligação e mobilização dos recursos da comunidade e promove capacidades à família/criança de adaptação à doença, quer através de ensinamentos, quer na manutenção da saúde.

Dos diferentes projectos existentes na consulta, de entre os quais destaco as actividades pedagógicas que se realizam com as crianças de modo a criar hábitos de vida saudáveis, com o objectivo de promover a saúde. São orientados por uma equipa multidisciplinar: enfermeiros, psicóloga, médicos, educadores... e os pais que se tornam parceiros fundamentais no acto de cuidar, como diz Casey no seu modelo *“Esteja implícito que os pais são uma parte da equipa terapêutica e que são capazes de tomadas de decisão informadas, baseadas numa visão conjunta das necessidades da criança, o que torna fundamental evitar que os pais sejam considerados meros prestadores de cuidados e transformados em executores de tarefas, aos quais os enfermeiros ministram ensinamentos e promovem a aquisição de competências”* (1995:1060).

As actividades pedagógicas são uma área prioritária, que causam impacto positivo em termos de desenvolvimento da leitura, promoção de comportamentos saudáveis e uso e acesso a serviços de saúde. Mais especificamente promovem hábitos de higiene oral adequados às crianças e acompanhantes (consulta de higiene oral). Na área alimentar as actividades pretendem habilitar as crianças e acompanhantes a fazerem escolhas alimentares saudáveis ao longo da vida (consulta de nutrição/obesidade). A Horta Pedagógica é uma estratégia inserida no contexto do brincar que estimula as crianças e acompanhantes para o consumo de frutas e legumes, dando a conhecer o seu valor nutricional e bem como a importância do seu consumo. A este propósito considere importante reflectir sobre a temática (Anexo II).

Este estágio não tinha como objectivo a prática de cuidados directos, mas como futura EE e tendo em conta a pouca experiência nesta área de intervenção da consulta, foi-me dada a oportunidade de prestar cuidados directos de enfermagem.

No âmbito deste estágio foi ainda possível visitar a Consulta da Unidade de Saúde Mental Infantil e Juvenil. Esta actividade não planeada, foi sem dúvida uma mais valia, por ser uma sub-especialidade dentro da especialidade da Saúde Infantil (SI).

O constante aparecimento de situações relacionadas com perturbações do desenvolvimento cognitivo-comportamentais exige por parte dos profissionais um conhecimento geral acerca dos recursos da comunidade existentes. Desta forma este encaminhamento, da criança/família pretende proporcionar cuidados de qualidade com equipas especializadas.

De acordo com o Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil, é fundamental o enfermeiro consciencializar-se da importância de “(...) *detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como (...) perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento (...) psicomotor, (...), alterações de comportamento e do foro psicoafectivo*” (Portugal, 2002:7)

Face a uma situação de perturbação do desenvolvimento cognitivo-comportamental, a família depara-se com inúmeros problemas no que concerne ao cuidar do seu filho. A dificuldade de se relacionarem é um caminho para destabilizar a relação família/criança e conseqüentemente um desequilíbrio na transição da parentalidade.

Para fazer frente a este tipo de situações, o enfermeiro deverá ter como conceitos basilares: o apoiar, o transmitir informações relativas à situação da criança e encaminhar para uma consulta de especialidade. É fulcral incidir na formação parental como estratégia para promover as competências parentais face à situação patológica.

O défice de EESIP na equipa de enfermagem, foi um facto considerado por mim limitador. Apesar de não ter existido dificuldades comunicacionais com a equipa multidisciplinar, considero crucial um momento de reflexão acerca da prática diária por parte dos enfermeiros, uma vez que é uma parte elementar em todo o projecto de actuação no que concerne aos cuidados de saúde. Através da prática de observação, considero que o EESIP tem um papel relevante neste tipo de consulta pois permite a ligação e comunicação entre os vários elementos da equipa, bem como de pais e professores. Cabe ao EESIP constituir o elo de ligação, fazendo a união entre todos os recursos da comunidade e do hospital, bem como, acompanhar, divulgar e avaliar a aplicação do plano de intervenção. O EESIP faz também o despiste de outras necessidades da criança/família, ajudando-os a ultrapassar as dificuldades, tornando-se assim um elemento fundamental neste serviço de consultas externas pediátricas.

O papel do enfermeiro é determinante em todo o processo de desenvolvimento da criança/jovem. As actividades de enfermagem são organizadas em função da criança/adolescente/família, com o objectivo de capacitar na autonomia os pais/responsável no cuidar da criança promovendo a aquisição de: conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes.

Como sugestão penso que as instalações físicas, necessitam ser reformuladas de forma a garantir uma melhor qualidade, conforto e segurança no atendimento à criança/família nas

consultas externas de SIP, a par com o trabalho desenvolvido pelos recursos humanos existentes.

O atendimento à criança/família tem sido um desafio até aos dias de hoje para o enfermeiro. A Enfermagem Pediátrica tem como principal objectivo, assistir a criança/família, atendendo suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais e proporcionando atendimento individual na comunidade. A consulta de enfermagem proporciona acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança saudável/doente, sendo realizada de forma sistematizada, com o intuito de elaborar um plano assistencial à criança e ao seu familiar no domicílio (conhecimento da realidade, orientações, conduta e encaminhamentos) e proporcionar o seguimento da criança através de futuras consultas de acompanhamento. Percebi que o instrumento de registo é de fundamental importância na realização da consulta de enfermagem, pois é o elo de comunicação entre a equipa de saúde. Nesta consulta ainda não existe sistema informático o que dificulta a agilização administrativa de todo o processo. Verifiquei também que, este proporciona ao enfermeiro um trabalho estruturado com garantia de assistência integral e de qualidade no atendimento à criança/família.

Ao observar as intervenções da equipa de enfermagem conclui a importância de um trabalho realizado em equipa, da sua contribuição para que a criança/família alcance saúde. A equipa de enfermagem deve ser incentivada à formação e actualização de conhecimentos e ao mesmo tempo trabalhar de forma unânime.

A prestação de cuidados à criança e sua família não se cinge apenas a cuidados técnicos. Exige por parte da equipa de enfermagem uma articulação de conhecimentos e uma capacidade de observação/avaliação da criança na sua globalidade.

Com a pretensão de promover o processo de desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito das diferentes patologias surgiu a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica nas áreas da Neurologia e Saúde Mental e Psiquiatria Infantil. Após a efectivação da mesma, a minha postura e as minhas críticas acerca da análise de situações específicas relacionadas com as diversas situações (ex: perturbação do desenvolvimento psico-motor) assumiu um olhar diferente.

Com este estágio foi possível conhecer e identificar novas competências, que até aqui na prática real eram-me desconhecidas: assistir e participar na intervenção das consultas de enfermagem pediátricas, conhecer outras respostas para o apoio, tratamento e intervenção a crianças e famílias com patologias crónicas, e reflectir sobre o papel do enfermeiro nesta realidade.

Foi o meu propósito conhecer um recurso fundamental da comunidade para encaminhar crianças e famílias com as mais diversas patologias de diferentes valências, tendo sempre presente o que está consignado no artigo 23º da Convenção sobre os Direitos da Criança.

Foram três dias ricos em experiências, pois tive a oportunidade de assistir as consultas de enfermagem em SIP proporcionando momentos de aprendizagem, provando a enorme vontade em contribuir para a melhoria da qualidade de vida da criança e família.

2.1.2 - Centro de Saúde de Odivelas - Extensão Sede/Catus

2.1.2.1 – Breve Caracterização do Serviço

O Centro de Saúde de Odivelas (CSO) insere-se na Região de Saúde e Vale do Tejo, surgiu nos anos 70 com a criação de várias extensões de acordo com as necessidades da comunidade. Na Sede funciona o atendimento de urgência - CATUS - dias úteis das 18h-24h, nos fins de semana e feriados das 10h-22h. Neste local funciona concomitantemente a administração do CSO responsável pela gestão financeira, materiais e recursos humanos.

A Extensão de Odivelas-Sede abrange as freguesias da Ramada e Odivelas, tendo cerca de 9326 utentes inscritos, dos quais 3046 sem médico de família atribuído.

O CSO apresenta como recursos humanos na área de enfermagem 3 elementos. Um EE em Saúde Comunitária que desempenha funções de chefia, 1 enfermeiro ESIP coordenador da extensão e uma enfermeira que presta cuidados gerias. A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem converge para o método individual.

As actividades de enfermagem são programadas e elaboradas semanalmente pelo enfermeiro coordenador da extensão de acordo com as marcações em agenda.

As actividades de enfermagem existentes no CSO são: Saúde Infantil (SI), Saúde Materna (SM), Planeamento Familiar, Saúde de Adulto (SA) e a Vacinação que se encontra em fase de reestruturação pois até à data estiveram muito tempo suspensas.

A consulta de enfermagem de SIP actualmente funciona diariamente, a sua calendarização é feita de acordo com o Programa-Tipo de Actuação preconizado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) bem como o plano de actividades de enfermagem elaborado para atingir os objectivos propostos, de forma a contribuir para o desenvolvimento harmonioso e bem estar da criança família. Existe um protocolo com a Maternidade Alfredo da Costa para o atendimento do recém-nascido até ao primeiro mês de vida e em consulta, em virtude de não existir um pediatra no CS.

O CSO tem vindo também a desenvolver actividades de âmbito comunitário, nomeadamente na área da SI, tal como o Serviço Acção Técnica Prevenção e Risco (SATPR) em que prevê as actividades preconizadas pelo Programa-Tipo da DGS. O principal objectivo da equipa multidisciplinar é prevenir situações de risco ou problemas de saúde que possam comprometer o bem-estar da população infantil e respectiva família. A via de admissão da criança ao CS poderá processar-se de diferentes formas, nomeadamente pelas Notícias de Nascimento, contacto directo da família, Programa de Vacinação ou Linha Saúde 24. O primeiro contacto habitualmente é realizado durante os primeiros dias de vida para efectivar o rastreio das doenças metabólicas e eventual início da primovacinação, assim como, a inscrição no CS. Posteriormente procede-se à calendarização das consultas de vigilância de saúde como consta no Programa de Saúde Infantil e Juvenil da DGS.

Em relação às Consultas de Enfermagem, nestas são prestados cuidados onde é feita a avaliação física, psíquica e motora da criança, com a preocupação de individualizar a

prestação de cuidados, porque cada criança é um ser único com necessidades e características diferentes.

2.1.2.2 – Diagnóstico de situação VS Situação problemática

Este campo de estágio encontra-se em reestruturação funcional e organizacional uma vez que deixará de funcionar como unidade de contingência à Gripe A e passará a Unidade Funcional de Saúde nos próximos meses.

Por este motivo a integração não foi facilitada, uma vez que numa única sala funcionava a consulta de SI, SM, SA e sala de tratamentos, diabetes, idoso, etc...

Outro factor coadjuvante para a desorganização funcional deste CS, está relacionado com a forma como os utentes utilizam os seus serviços, uma vez que desvirtuam o conceito de consulta fazendo uma utilização errada do serviço de urgência (CATUS).

Numa época de constantes reformas no sector da saúde, é imprescindível que a informação seja divulgada e conhecida de todos os elementos intervenientes, para que esta possa ser implementada de forma eficaz. Neste sentido os profissionais de saúde deverão ter um atitude normalizadora promovendo uma consciencia de cidadania para a utilização correcta dos serviços de saúde pelos utentes.

Após reunião informal com a enfermeira chefe e com o enfermeiro orientador de estágio e observação da dinâmica e funcionamento do CS, constatámos algumas necessidades relativamente à uniformização dos procedimentos pela equipa de enfermagem em SIP, nomeadamente:

- * ausência de um espaço onde possa decorrer a consulta de enfermagem em SI;
- * a inexistência de documentos organizados referentes à consulta de SI;
- * a não uniformidade em relação aos cuidados prestados à criança, apesar do conhecimento, por parte dos enfermeiros, dos procedimentos definidos para esta consulta.

Apesar de todas estas dificuldades presentes, existe por parte da equipa de enfermagem motivação e um esforço pessoal, para colmatar estas situações. A vertente de formação não é descorada, a equipa tem presente a sua importância, proporcionando aos seus elementos, oportunidades para aprofundar/melhorar os seus conhecimentos.

Os enfermeiros sentem a necessidade de mudança no sentido de melhorar a qualidade da prestação de cuidados/continuidade de cuidados, sendo a criança/jovem/família/comunidade o centro da sua actuação. A qualidade dos cuidados de enfermagem é um dos principais objectivos das instituições de saúde. A qualidade em saúde tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante. Segundo Pires “(...) a qualidade já não se discute, porque sem ela a organização não sobrevive (daí, eventualmente as percepções de que já não é relevante); a qualidade é inquestionável (daí, eventualmente, as decisões de que não interessam os custos da sua obtenção)” (2000:16).

2.1.2.3 – Descrição e Análise Crítica das Actividades Realizadas

Desde o início que demonstrei disponibilidade em participar nas actividades desenvolvidas com esta equipa de saúde de acordo com as suas necessidades. Deste modo, obter-se-á maior articulação, satisfação, motivação e melhoria de competências.

As estratégias delineadas tiveram em conta, o contexto e as competências a desenvolver no âmbito da intervenção especializada. Destacando-se a capacidade de: avaliação, planeamento, intervenção e tomada de decisão em circunstâncias imprevistas e novas. Assim, tendo em consideração: os meus objectivos, o Plano Nacional de Saúde, Programa de Saúde Infantil e indicadores de qualidade para os cuidados de saúde primários, propus-me numa primeira fase do estágio procurar reavaliar os meus objectivos, em função da adequação ao contexto. Como ponto de partida propus uma entrevista com a enfermeira chefe e a o enfermeiro orientador do meu estágio para revalidação do projecto, enfatizando o meu objectivo principal “**o acolhimento da criança e família no Centro de Saúde de Odivelas**”, os quais concordaram e manifestaram interesse sobre o mesmo.

Um novo cantinho para a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Achei pertinente propor a criação de um espaço, destinado à consulta de enfermagem SIP. Durante a primeira semana preparei uma sala onde ficou somente a decorrer as consultas de enfermagem de SM e SIP. Os CS são unidades integradas, polivalentes com o objectivo primordial de melhorar o nível de saúde da população, devendo dirigir a sua acção para o indivíduo, a família e a comunidade. Estas acções iniciam-se desde o primeiro dia de vida e prolongam-se pelas diversas etapas de vida, de forma a proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade, individualizados e humanizados.

Decorei a sala com material adequado, alguns dos quais obtidos através do pedido feito a alguns recursos da comunidade (IKEA e Supermercado Continente). Verifiquei ainda, ser pertinente haver um Manual de Procedimentos actualizado que, facilite a integração e orientação dos enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade permitindo a continuidade dos mesmos. Conforme refere Kurcgant (1991:60) um Manual de Enfermagem é “(...) *um instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução de acções de enfermagem*”, tendo como finalidade “(...) *esclarecer dúvidas e orientar as acções de enfermagem, constituindo um instrumento de consulta*”(idem, *ibidem*). Assim, compilei toda a informação relativa à Saúde Infantil e Juvenil, organizei todos os materiais e instrumentos necessários para a avaliação do desenvolvimento psíquico-motor da criança, nas consultas de enfermagem, baseando-me na avaliação do desenvolvimento segundo Mary Sheridan³.

³ Mary Sheridan foi uma das pioneiras na noção da necessidade de vigilância e detecção precoce dos problemas de desenvolvimento na criança. Desenvolveu a Escala Mary Sheridan que avalia o desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme.

Na consulta de enfermagem SIP exploramos a intervenção e avaliação dos recursos. Na primeira semana de estágio assiti a algumas consultas de SM e SI onde apliquei um pequeno questionário (Anexo III) aos pais com o intuito de conhecer quais as suas necessidades relativamente à área de SIP. Os profissionais devem ir ao encontro das necessidades dos seus utentes, para tal foi feito um diagnóstico de situação tal como anuncia o Decreto-Lei nº437/91 art 7º, ponto 3 alínea d) “ (...) *responsabilizar-me pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde (...) e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes.*”

A maioria dos pais manifestou interesse sobre os procedimentos de actuação face a sinais e sintomas mais comuns (tais como a febre, vómitos, diarreia e traumatismos cranianos). Os resultados destes questionários vieram confirmar as necessidades já identificadas pela equipa de profissionais de saúde. Estes resultados foram transmitidos à equipa de forma a serem reflectidos. Com estes resultados a minha intervenção na consulta de enfermagem foi pertinente, uma vez que permitiu desenvolver o processo de vinculação bem como a transição para a parentalidade.

A consulta de enfermagem é o momento ideal para informar e partilhar com a família e a criança a melhor forma de estabelecer e desenvolver hábitos de vida saudáveis. Em SI este aspecto tem particular importância, uma vez que as aquisições efectuadas nos primeiros anos de vida poderão ter consequências ou mesmo condicionar o desenvolvimento saudável da criança. O acompanhamento realizado pelo enfermeiro de SI na área de cuidados primários não se restringe à prestação de cuidados personalizados no âmbito da consulta efectuada no CS. O trabalho na e com a comunidade dirigido a grupos específicos, com necessidades específicas deve ser também uma das prioridades das intervenções de enfermagem.

Optei por fazer uma pesquisa bibliográfica sobre os vários conceitos que iria abordar e trabalhar neste campo de estágio, de forma a adquirir novos conhecimentos e aprofundar outros com o objectivo principal de no futuro poder aplicá-los no desempenho das minhas funções. Foi bastante aliciante determinar, à partida, quais as minhas necessidades de aprendizagem nesta área, pois o facto de não possuir profissionalmente qualquer experiência específica neste campo serviu como grande incentivo de apreender um maior número de experiências e de conhecimentos teórico-práticos. Tal como está presente no Regulamento nº 122/2011 no DR nº 35, 2ª série de 18 de Fevereiro das competências específicas do EESIP, ele deve demonstrar conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.

Neste contexto, elaborei uma sessão de formação sobre os cuidados de enfermagem relativamente a crianças com febre, vómitos, diarreia, desidratação e traumatismos craneanos (Anexo IV). Para além dos enfermeiros presentes do CS, alguns elementos da equipa médica participaram neste evento, de onde emergiu uma partilha de experiências/reflexões sobre os temas de forma a coloca-los em prática uniformemente no futuro. Após esta formação elaborei uma norma de procedimento de apoio à criança com febre, vómitos e diarreia (Anexo V) que

pudesse ser consultada pelos elementos da equipa de saúde de forma a contribuir para a continuidade e manutenção da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Considero as consultas periódicas de enfermagem de SI, um espaço de interacção onde os enfermeiros promovem a valorização dos cuidados antecipatórios como forma de promover a saúde, facultando aos pais/criança os conhecimentos necessários para se tornarem eles próprios os principais intervenientes neste processo.

Nestes ensinamentos apostei na relação de ajuda, de modo a estabelecer uma parceria de cuidados com os pais, promovendo o papel parental e a aquisição de comportamentos que contribuem para a saúde e o bom desenvolvimento da criança.

Compete ao futuro EESIP, determinar as necessidades da criança/família, em cada caso concreto, analisar as alternativas e implementá-las visando sempre a satisfação da criança e família.

Realização da Acção de Formação e Norma de Procedimento de Apoio à Criança Vítima de Maus Tratos

Durante as consultas de enfermagem em SIP foram detectados alguns casos de crianças com distúrbios do seu desenvolvimento psíquico evidenciando maus tratos psicológicos e negligência. O encaminhamento deste tipo de situações apresenta défices na conduta de actuação por ausência de um protocolo de actuação definido para esta unidade de saúde.

Neste contexto, considerei pertinente a realização de uma reunião com os diversos elementos da equipa de saúde, salientando a importância de formação relativamente às necessidades da família, necessidades estas que também foram ao encontro das necessidades dos profissionais ficando decidido a elaboração de uma sessão de formação sobre os Maus Tratos. Esta decisão baseou-se no facto de o CSO está a dar os primeiros passos na organização de um grupo de apoio à criança/jovem vítima de maus tratos, de forma a dar a conhecer este novo projecto (Anexo VI). O planeamento da sessão contemplou o diálogo, o debate de ideias, a introdução de conceitos e intervenção de enfermagem numa metodologia participativa. A sessão de formação exigiu, por um lado a mobilização de conhecimentos e competências adquiridos ao longo de todo o percurso profissional, com ênfase na área de SIP e, por outro lado, preparação sobre os conteúdos que encaminhariam o debate, bem como, algum tipo de suporte (vídeos, imagens) que permitisse desencadear a partilha e a reflexão.

Os enfermeiros chefe e orientador estiveram presentes e mostraram o seu agrado e reconhecimento pelo trabalho. No fim da sessão foi colocado um questionário. Relativamente aos questionários aplicados e segundo a avaliação dos mesmos, a sessão foi classificada por 3 participantes como boa e por 16 como muito boa, tendo como principal sugestão referida a necessidade de serem efectuadas mais sessões de formação nomeadamente na área dos maus tratos. Considero que estes resultados demonstraram a concretização dos objectivos e que isto se deveu aos temas debatidos nomeadamente os direitos da criança, os diferentes tipos de maus tratos, a intervenção, o acolhimento à criança maltratada e à apresentação da norma de procedimentos de apoio à criança/jovem vítima de maus tratos (Anexo VII).

Desta forma consegui promover a formação em serviço na minha área de especialização, dando sequência ao que já tinha vindo a fazer como ESIP, demonstrando a capacidade de trabalhar em equipa, comunicando-lhes aspectos complexos no âmbito profissional e académico.

Acresce afirmar que esta actividade foi promotora de distintas aprendizagens e competências na assistência de enfermagem à criança/família, a nível da intervenção na comunidade. Foi necessária disponibilidade, flexibilidade, respeito, criatividade, mobilização de conhecimento e distintas estratégias de comunicação, capacidade de reacção e de tomada de decisão perante o imprevisto para que esta actividade se concretizasse com sucesso.

O risco infantil surge enquadrado num contexto de resposta a uma necessidade sentida pelos elementos do CSO, mas também, na sequência de casos recentes de maus-tratos e negligência infantis. O CSO tem vindo também a desenvolver actividades de âmbito comunitário, nomeadamente com o SATPR. É realizada uma reunião mensal em que estão presentes diversos elementos da comunidade e alguns do CSO que acompanham crianças e famílias em risco. Citando a Organização Mundial de Saúde (1985), Cardoso (1990:37) refere que as crianças são um dos grupos populacionais mais susceptíveis a influências, com repercussões directas para a sua saúde, competindo aos técnicos de saúde compreender e procurar meios eficazes para controlar esses factores.

Através do estudo do risco em crianças é possível detectar situações onde a intervenção é necessária, e ajustar os programas de saúde existentes, quer no apoio a famílias problemáticas, disfuncionais, incapazes de lidar com crianças, ou famílias em pobreza extrema, mal informadas, incapazes de acederem aos serviços de saúde ou de apoio social (Alves e Catrampona, 2003:14).

A estratégia de intervenção segundo o grau de risco permite organizar e planear os cuidados de saúde, de modo a que, embora assegurando cuidados a todos, se privilegiem aqueles que, por terem maior grau de risco, têm maiores necessidades de cuidados. Desta forma, será então possível estabelecer prioridades, mobilizando os escassos recursos existentes na comunidade para dar resposta às situações mais problemáticas. Durante as reuniões mensais do SATPR, analisa-se cada caso individualmente propondo-se estratégias para o futuro daquela criança/família. Estas reuniões permitiram-me desenvolver, técnicas de comunicação, com produção de um discurso pessoal fundamentado, considerando as diferentes perspectivas dos problemas de saúde com que me deparei. Assim ao longo do estagio desenvolvi uma consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos relacionados com a criança e sua família, como enunciado no RGMENP (UCP-ICS/ESPS, 2009:4-5).

A Vacinação

O principal objectivo dos cuidados de saúde primários é a promoção da saúde e a consulta de enfermagem de SI assume assim grande importância. O enfermeiro como membro integrante da equipa multidisciplinar colabora na avaliação e acompanhamento do desenvolvimento da criança. As suas intervenções são importantíssimas tal como na promoção do cumprimento do

Plano Nacional de Vacinação, na orientação para adopção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos de risco em cada estadio de vida da criança.

Em relação à vacinação, este programa ainda encontra-se em fase de reestruturação, contudo algumas vacinas já tem sido administradas no CSO. Foi assim que senti necessidade de informar os utentes acerca desta nova actividade através da realização de um panfleto. Neste abordei conteúdos acerca do programa de vacinação e da importância do seu cumprimento de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (Anexo VIII). Durante as consultas de SI foi minha prática comum disponibilizar materiais de acordo com as necessidades identificadas. Assim fiz uma selecção de artigos que incidissem em temas abordados nas consultas de enfermagem SI, tais como vacinação, alimentação, cuidados de higiene, promoção de saúde de estilos de vida saudáveis, uso de camaras expansoras para crianças com sinais de dificuldade respiratória (Anexo IX), ... Com esta informação e organização do Manual de Enfermagem pretendo que os futuros colegas que venham a ser integrados nesta consulta, ou queiram desenvolver-se profissional ou pessoalmente nesta área, possam usufruir do trabalho elaborado por mim bem como da pesquisa bibliográfica efectuada, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, dando resposta ao enunciado no RGMENP (UCP-ICS/ESPS, 2009:4-5) e também descrito no Decreto-Lei nº437/91 onde no artigo 7º, ponto 3, refere-se na alínea g): “*responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem (...)*”.

As Notícias de Nascimento

As Notícias de Nascimento surgem para dar continuidade da qualidade dos cuidados à mãe/família e recém nascido. Esta informação é feita através do envio por fax para os CS, após o nascimento. Foi detectada uma grande quantidade de noticias de nascimento incompletas sem dados importantes o que impediam o acompanhamento de algumas famílias. Assim surge a oportunidade em actualizar e trabalhar no protocolo sobre as Notícias de Nascimento. Após contacto telefónico com as utentes que seguiram toda a sua gravidez no CSO, actualizei a informação relativamente ao 3º e 4º trimestre de 2009 e o 1º e 2º trimestre de 2010. A vantagem da notícia de nascimento ser enviada logo após o parto é facilitar uma programação mais adequada e atempada da visita domiciliária que pode ser realizada pelo SATPR. Ao actuar nesta área o meu contributo foi importante na medida em que permitiu a continuação de cuidados de saúde à família bem como na identificação das necessidades da mesma. No futuro o CSO ao realizar esta actividade de forma sistemática poderá localizar e quantificar as necessidades em termos de saúde da mãe e recém-nascido.

Elaboração do Manual de Procedimentos do Carro de Urgência no CSO

Perante a existência de um serviço de urgência de apoio à comunidade, muitos são os casos de entrada de crianças no CSO/CATUS em situação de emergência/urgência. A não uniformização relativamente a procedimentos de actuação neste tipo de situações faz com que os elementos da equipa solicitem o apoio do INEM para o transporte do utente para o serviço de urgência hospitalar. O carro de urgência é um equipamento essencial para a actuação

imediate em situações de urgência e emergência tais como a reanimação cardiorespiratória. Os profissionais de saúde envolvidos, além do treino em Suporte Básico/Avançado de Vida deverão estar familiarizados com o manuseamento, distribuição do material e fármacos existentes no carro. Ao constatar esta realidade, actualizei todo o carro de urgência (terapêutica, material e informação para utilização do mesmo). Elaborei um manual de procedimentos, que tem como objectivo orientar as acções de enfermagem e clarificar dúvidas relativamente à utilização e manutenção do carro de urgência (Anexo X).

Um olhar sobre o meu percurso no CSO...

As consultas em que participei activamente, despoltaram as dificuldades inerentes ao processo de comunicação. Consciencializei-me da necessidade de permitir que o outro interlocutor tenha o tempo necessário para expor o seu ponto de vista e na gestão do silêncio inerente à comunicação. Esta dificuldade, poderá estar relacionada com características pessoais, contudo considero que actualmente tenho uma maior percepção deste processo de comunicação.

Enquanto enfermeiros devemos estar envolvidos com empenho em todo o processo, atentos não só à comunicação verbal/não verbal com os nossos interlocutores, aceitando-os como seres individuais. Esta evolução deveu-se às minhas reflexões, às leituras efectuadas acerca desta tematica e às partilhas de sentimentos com o enfermeiro orientador durante o contacto com as diferentes crianças e suas famílias ao longo das consultas de enfermagem de SIP.

Como estudante penso ter incorporado a reflexão na e sobre a minha prática, de forma crítica, assim como também fazer uma avaliação acerca da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas. Numa perspectiva académica avançada o estudante deve desenvolver competências, nomeadamente o auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

A criança devido à sua especificidade e unicidade requer por parte da enfermagem uma atenção e dedicação especial, como é referido no Programa-Tipo de Actuação (2002:5) *“a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços”*. As intervenções de enfermagem realizadas nesta consulta baseiam-se nas capacidades e nos conhecimentos que permitem ao enfermeiro avaliar situações de forma a planear, de um modo abrangente, os cuidados a prestar não só à criança mas também à família, como nos refere Meleis, citado por Basto (2005:26) *“as interações enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção («processo de enfermagem») e a enfermeira utiliza algumas acções («terapêutica de enfermagem») para promover, recuperar ou facilitar a saúde («saúde»).”*

Este estágio também promoveu o desenvolvimento de competências como EESIP que permitam contribuir para a promoção da parentalidade. O tema promoção da parentalidade, enquadra-se na filosofia de cuidados, pela capacidade de compreender as necessidades dos pais em lidar com as dúvidas que surgem no quotidiano. É fundamental o enfermeiro intervir junto da família, pois de acordo com as alterações ocorridas na vida do casal, resulta a necessidade de adaptação intra e interpessoais para as quais o casal necessita de orientação e apoio por parte da equipa de saúde.

Assim desenvolver competências, passa por um processo analítico e criativo, sendo os factores chave para uma formação contínua. A partilha de experiência induz-nos à reflexão, só assim, se poderá fomentar a motivação para implementar mudanças. De acordo com Chiavenato (1992:592), “(...) a motivação é o desejo de exercer altos níveis de esforço em direcção a determinados objectivos.” No decorrer deste estágio, ocorreram situações que serviram para consolidar ideias, sentimentos pessoais, reflexo de um desejo com objectivo de evoluir.

A acção do EE como regulamentado no Decreto-Lei nº 122/2011 D.R. 2ª Série nº 35 diz-nos que, a sua acção incide na procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adopção de comportamentos potenciadores de saúde. Estes ao estarem motivados irão desenvolver estilos de vida saudáveis, os quais estão interligados a comportamentos de vida diária que preconizam saúde e bem estar. A família é o espelho onde se projecta a criança constitui os seus alicerces.

A intervenção de enfermagem em pediatria deve contemplar não só as necessidades sentidas e apresentadas pela criança mas também as da família pois, como refere Jorge (2004:10), “a família impõe-se como referência fundamental quando se pensa em cuidados pediátricos”.

Como enfermeira a desempenhar actividades a nível profissional em contexto hospitalar, e face à minha pouca experiência profissional, no contexto de cuidados de saúde primários a realização deste estágio de Enfermagem de SI e Pediatria Comunitária possibilitou a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e a obtenção de novas competências e novas realidades do cuidar. Por tudo isto, considero que foi uma mais valia no desenvolver das minhas intervenções junto da criança e seus acompanhantes. Priviligiei o desenvolvimento das minhas competências para identificar necessidades e realizar diagnósticos de enfermagem. Tentei responder em situações complexas e/ou risco diversificando as minhas actividades, na consulta de enfermagem de SI e outros programas do CS.

2.2 - MÓDULO II

Para este módulo, procurei inicialmente e à semelhança das experiências anteriores, uma adequação das estratégias, aos meus objectivos, necessidades formativas, e às limitações e contingências impostas pelo contexto. Assim, pretendi:

*** desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada à criança/família, a nível do internamento hospitalar promovendo um adequado acolhimento.**

2.2.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria

2.2.1.1 – Breve Caracterização do Serviço

A Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPED) é uma unidade recente, está englobada no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do HSM, equipada com alta tecnologia, destinada ao atendimento de situações emergentes e complexas. A UCIPED é constituída por

6 Unidades, uma das quais individualizada destinada a situações de isolamento e por uma Unidade de Intermédios com 2 unidades.

A equipa de enfermagem é comum a ambos os sectores (SUP e UCIPED), funcionando num esquema de rotatividade, cuja duração está ainda em fase de ajuste; é dotada de 46 enfermeiros, divididos em quatro equipas com horário rotativo (7/8 enfermeiros por equipa), havendo uma equipa de enfermeiros de horário fixo. O método de trabalho em vigor em ambos os sectores é o individual. O rácio enfermeiro/criança, na UCIPED é de um para 2/3 crianças. A distribuição do utente pediátrico doente por turno é efectuado pelo enfermeiro chefe da equipa tendo em conta a continuidade dos cuidados.

Na UCIPED está ainda sediado o Serviço de Transporte Pediátrico (SAVPED), que em colaboração com o INEM, assegura o transporte de crianças em estado crítico de saúde dos hospitais distritais para as diferentes cinco UCIPED de Lisboa. A equipa de enfermagem do SAVPED é assegurada pelos Enfermeiros que têm experiência de trabalho na UCIPED.

A avaliação do desempenho é efectuada através de uma entrevista com o enfermeiro chefe, tendo como base o relatório crítico de actividades e as normas e critérios da instituição em relação a cada uma das categorias profissionais.

Ambos os sectores recebem todos os utentes com idades compreendidas entre os 0 e 15 anos + 364 dias, não existindo área residencial de eleição, assim como o utente pediátrico com mais de 15 anos portador de doença crónica e seguido na consulta de pediatria da instituição.

As crianças internadas na UCIPED dão entrada directamente do SUP, de outros serviços do Hospital ou de outras instituições. Quando houver estabilidade hemodinâmica e a situação clínica não exigir internamento de Cuidados Intensivos, a criança será transferida para um piso de internamento de pediatria ou para a instituição de origem.

2.2.1.2 – Diagnóstico de situação VS Situação problemática

Numa primeira análise, alguns testemunhos ajudaram a definir os problemas:

“... estamos habituados a tratar primeiro da criança e por vezes a família fica em último lugar...”

“... às vezes o trabalho é tanto que só queremos deixar tudo pronto e feito para a criança ... quando chega a altura de falar com os pais debitamos uma lista de regras que eles devem ter em conta enquanto permanecerem na UCIPED”.

“... não existe um guia de acolhimento dirigido aos pais...”

Segundo o Dec-Lei nº437/91, no art 7, ponto 3, na alínea c) *“Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, (...) as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (...) e introduzir as medidas correctivas (...) necessárias”*, assim como aluna exerci a supervisão do exercício profissional, na minha área de actuação como uma competência da futura EESIP.

Estudei o contexto da acção para definir o problema sentido pela equipa, passivo de ser total ou parcialmente solucionado.

2.2.1.3 – Descrição e Análise Crítica das Actividades Realizadas

Estava disposta a compreender os factores, que dificultavam as atitudes dos enfermeiros face às crianças e respectivos pais acolhidos na UCIPED, promovendo a sua aproximação. O que queria esclarecer e de certa maneira modificar, não era um objectivo pessoal, mas de toda a equipa, na medida em que muitos aceitavam, que o seu comportamento não seria o mais adequado. Assim foi feito um levantamento das opiniões dos enfermeiros face ao problema sentido.

Reuni com as enfermeiras chefe, responsável, coordenadora da UCIPED e com o enfermeiro orientador de estágio para a validação do meu projecto, definição do problema, clarificação das acções a desenvolver no terreno, explicitando o meu interesse na área do acolhimento e humanização dos cuidados à criança e família justificando a sua pertinência e solicitando o seu parecer sobre a temática que foi aceite.

De seguida informei a equipa de enfermagem da UCIPED de modo a obter a sua cooperação e colaboração ao seu nível de intervenção. A mesma mostrou reciprocidade e disponibilidade, não colocando qualquer obstáculo à sua realização, prontificando-se a colaborar no que fosse possível, o que viabilizou à partida a continuidade do projecto.

Posteriormente informei a Direcção de Enfermagem, da intenção e da necessidade em realizar um projecto na área do acolhimento, como também partilhei o interesse e pertinência da temática, justificando a sua escolha, obtendo a sua autorização e colaboração. Foi da opinião da equipa de enfermagem, que analisando as práticas, se criariam condições, para que algumas mudanças fossem possíveis.

O Acolhimento numa UCI: Projecto de Intervenção

Estava assim em condições de partilhar e envolver a equipa de enfermagem, na temática do projecto a que me propunha. A primeira etapa consistiu na explicação à equipa do tema e a sua pertinência. Através de muitas conversas informais com os colegas e uma observação atenta de atitudes e comportamentos, que me pareceram dignos de reflexão e intervenção. Foi-lhes transmitido, que além de ser um projecto académico, tinha também como objectivo, a reflexão conjunta de problemas sentidos e vividos no serviço por todos de modo a se encontrarem estratégias para os ultrapassar. Foi feita sistematicamente nas passagens de turno durante duas semanas, reforçando-se o aspecto importante de que o projecto não seria pertença de ninguém em particular, mas sim de toda a equipa. Estava em jogo a qualidade de cuidados, que queríamos ver prestada às crianças e aos pais, e a consciência de que isso só dependia de nós enfermeiros.

As conversas informais, travadas com os enfermeiros, tinham por finalidade criar espaços de reflexão, relativos ao funcionamento no quotidiano dos cuidados prestados.

Nesta actividade, reforcei sempre que, a reflexão de aspectos particulares da prática era o ponto de partida para a mudança e transformação de atitudes e comportamentos, constituindo um momento formativo por excelência. Deste modo, foi possível que, os enfermeiros não só compreendessem as intervenções que realizavam e praticavam, como reconhecessem o

sentido e a intencionalidade que as suportava. Partindo de um pressuposto de qualidade elaborarei um projecto de estudo sob o tema “**O acolhimento numa Unidade de Cuidados Intensivos: Percepção dos Pais**” (Anexo XI) para que no futuro possa contribuir para a melhoria efectiva dos cuidados de enfermagem prestados. Reuni informações necessárias, para complementar a prática diária, servindo como documento facilitador e instrumento de consulta na gestão dos cuidados prestados. Para dar viabilidade ao projecto descrevi a implementação de actividades. Como estratégia para alcançar o objectivo do estudo, optei por construir um pequeno questionário, que será pedido aos pais o seu preenchimento, com a finalidade de conhecer a sua opinião na área do acolhimento, sendo-lhes explicado o objectivo dos mesmos, sendo esclarecidas dúvidas. Assim foi minha intenção ao construir este instrumento de trabalho, tal como enuncia o Dec-Lei nº437/91, no art 7, ponto 3, na alínea j) onde é referido: “*Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem*”.

Relativamente á aceitação do projecto, foi positiva na sua maioria, considerando de grande interesse reflectir e participar neste processo de mudança bem como consideraram e assumiram, na sua maioria a necessidade de intervir e perceber, por que agimos de uma forma inconsciente, quando acolhemos a criança e família no serviço. Julgo ter iniciado um processo de envolvimento com os enfermeiros nesta temática, assim como, sempre que foi oportuno realcei a importância dos aspectos formativos na mudança de atitudes e comportamentos da equipa. O interesse manifestado pelos colegas do serviço abria portas à continuidade do projecto.

A preocupação de apropriação do problema por toda a equipa, cria a necessidade de elaborar um Guia de Acolhimento para a criança/família internada na UCIPED, com o objectivo de sensibilizar os pais e profissionais para a importância do acolhimento e que constitui sobretudo um instrumento de orientação e informação sobre o serviço. A elaboração deste guia partiu da reflexão realizada face às questões colocadas pelos pais no momento da admissão e que em meu entender, revelaram por vezes dificuldades na falha de comunicação e/ou compreensão da informação cedida. A UCIPED recebe inúmeras crianças de diversas culturas, pelo que foi realizado o mesmo Guia de Acolhimento em português noutras línguas (Anexo XII).

Elaboração de vídeo formativo: A Humanização de Apoio à Criança na UCIPED

A formação em serviço, constitui um dos aspectos focado pelos enfermeiros de referência como bastante importante e encorajador à mudança.

A apresentação do tema, abriu portas à reflexão da equipa, que sem esforço sentiu necessidade de falar sobre a necessidade actual. Estávamos perante um contexto de trabalho capaz de mobilizar os recursos necessários, para a mudança de atitudes e de comportamentos. A desmotivação de alguns elementos da equipa de enfermagem, parece ser uma das razões para não mobilizar determinados conhecimentos e adoptar atitudes facilitadoras, mesmo sabendo que esses conhecimentos e atitudes seriam mais dignificantes para a nossa afirmação como profissionais de saúde e ajudariam mais o utente. O intuito foi o

de desenvolver competências e melhorar os cuidados de enfermagem à criança e aos pais. Assim surge a oportunidade de realizar uma formação sobre “**A humanização de apoio à criança na UCIPED**”. Como preparação para esta actividade, realizei um suporte teórico sobre a temática (Anexo XIII).

Elaborei um vídeo com o objectivo de ser projectado na sala de espera com informação pertinente acerca do acolhimento e sobre a humanização dos cuidados à criança e família na UCIPED. A criança mesmo hospitalizada, tem direito a ter acompanhamento da sua família, a ser amada, acarinhada, amparada, podendo a hospitalização ser encarada como um momento de resiliência, tendo também a família o direito a crescer e desenvolver-se. Os dispositivos de informação são um óptimo contributo para criar espaços de reflexão análise e discussão. Acredito que a partilha de vivências e a verbalização das mesmas poderão melhorar qualidade dos cuidados por nós prestados.

Formar não é mais do que um processo deliberado de modo a que seja um veículo onde uma pessoa aprende e cresce moral e intelectualmente a partir de situações anteriormente planeadas e que proporcionam ao indivíduo experiências e vivências, que são úteis ao seu crescimento e ao desenvolvimento das suas potencialidades.

Qualquer estratégia de mudança deverá passar pela formação, devendo esta ser baseada nas dificuldades e necessidades sentidas na prática profissional, porque só assim se consegue passar de uma situação actual para uma situação que se pretende. O EE deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, actuando como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais (Dec-Lei nº122/2011, no Anexo V ponto D2.2.1). Na verdade, a profissão de enfermagem exige actualização de conhecimentos adquiridos na formação de base, que necessitam de permanente actualização. Assim, a formação em serviço surge como estratégia de actualização para melhorar a qualidade dos cuidados na UCIPED e na área da humanização. Com apresentação deste vídeo procurei de certa forma também criar condições que proporcionem conforto e bem estar, em meio hospitalar, aos pais/acompanhantes das crianças em situação de internamento, contribuindo assim para minimizar, o mais possível, o stress da hospitalização.

A humanização segundo Mezomo (2001) refere que no hospital significa tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e à salvaguarda dos seus direitos fundamentais. Este autor considera um hospital humanizado na sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se ao seu serviço e garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. Acreditei que este vídeo seria uma intervenção importante em questão de humanização dos cuidados em pediatria, uma mais valia para a enfermagem, para as crianças e para os pais/acompanhantes, representando a imagem profissional do serviço.

Humanizar, pressupõe uma relação entre o enfermeiro e a pessoa, mais estreita e preocupada em considerar todos os aspectos da pessoa e da sua dimensão enquanto doente.

Adoptando a ideia de Chaves e Martines (2003) para o contexto da enfermagem pediátrica, humanização deve ser salientada dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar que

dedica atenção integral à criança e família. A família é fundamental para o desenvolvimento da pessoa em sociedade e por isso é importante manter e facilitar a comunicação e a presença da família junto da criança hospitalizada. A presença dos pais, durante o internamento, evita que a criança sofra o trauma da separação, proporcionando-lhe afecto e segurança que só estes podem dar, atenuando assim, a interrupção da continuidade do quotidiano.

Conforme reconhece a Carta da Criança Hospitalizada, no ponto 2, uma criança hospitalizada tem o direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado. Na UCIPED do HSM, um dos pais/acompanhante da criança pode permanecer as 24h no serviço, existindo junto de cada cama um cadeirão que lhe permite descansar. Também o Decreto-Lei nº26/87, 13 Janeiro, *“considera a justeza de dar aos pais de crianças internadas condições mínimas de conforto e assistência que lhes permitam desempenhar cabalmente a missão, prioritariamente humanitária, mas também terapêutica, já que se comprova que a sua presença é um estímulo importante para a recuperação das crianças.”*

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005), artigo 89º, o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados e isso implica o dever de contribuir para que o ambiente seja propício ao desenvolvimento e bem estar da pessoa, sendo esta o foco da acção e da atenção holística que lhe é dedicada respeitando a sua individualidade face aos outros.

Segundo Vieira (2006) cuidar do ambiente com objectivo de proporcionar conforto aos que recebem os cuidados de enfermagem é além de um objectivo um dever.

Esta área do acolhimento e humanização parece-me serem temas que correspondem e traduzem alguma inquietação inicial e por outro lado corresponde aquilo a que a moderna literatura tem enfatizado no que concerne à hospitalização pediátrica.

Um olhar sobre o meu percurso na UCIPED...

A apresentação do todo este projecto à equipa de enfermagem só fez sentido porque houve um desejo de mudança, constituindo um motor propulsor, para uma longa caminhada cujo horizonte seja melhorar as práticas diárias.

Um acolhimento será bem sucedido, se firmado, num ponto basilar: a interacção adequada a uma situação específica entre o enfermeiro e criança/família.

Muitas dificuldades, de personalidade e de comportamento, têm advindo do facto dessa interacção ter falhado: muitas crianças, que passaram por uma hospitalização, têm demonstrado comportamentos problemáticos em situações posteriores.

Acredito, que o enfermeiro é um dos factores primordiais, para que o internamento seja problemático ou não, pois depende do primeiro contacto, o início de uma relação de ajuda. No início do momento do internamento o enfermeiro vai ter a oportunidade, de iniciar uma relação de empatia. Este momento vai determinar os comportamentos das crianças/família durante todo o internamento até à alta. Segundo Hesbeen (2000:67) são *“(...) a atenção particular prestada por uma enfermeira ou um enfermeiro a uma pessoa e os seus familiares ou a um grupo de pessoas com vista a ajudá-los na sua situação utilizando por concretizar essa ajuda,*

as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem, inscrevem-se assim numa acção interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras fazem, dentro das competências, para prestar cuidados às pessoas”.

Considero que este projecto fomentou a uniformização do desempenho profissional dos enfermeiros. Este estágio permitiu falar da prática bem como a partilha de experiências e competências, o que só por si, já permite melhorar a qualidade dos cuidados. A continuidade de cuidados, a prática baseada na investigação e a actualização, parece-me ser um problema dos nossos dias, sobretudo para as pessoas que trabalham “isoladas”. Em termos pessoais e profissionais, esta actividade foi bastante gratificante, por ter influenciado positivamente a articulação da teoria com a prática.

Durante o decurso deste projecto tentei “apoiar-me” nalguns enfermeiros que de uma maneira ou de outra estão relacionados e manifestaram vontade de intervir com o tema do “acolhimento”. O relato das suas experiências e vivências com a temática em questão ajudaram-me a desenvolver algumas das minhas capacidades relacionais, aceitando as diversas sugestões, que foram surgindo assim como reflecti sobre a minha actuação.

O facto de o ter efectuado este estágio em contexto de trabalho permitiu que fosse ultrapassada a fase de integração na equipa, tendo sido recebida sem levantamento de qualquer constrangimento. Contudo, apesar de a equipa rodar pelo SUP e pela UCIPED, eu nos últimos 5 anos prestei cuidados com mais frequência no SUPED, pelo que considero que aqui muito teria de reaprender e consolidar novos conhecimentos para me sentir mais à confiante na prestação de cuidados, bem como, na interiorização do meu trabalho, como futura EESIP à equipa de saúde.

Reflecti em conjunto com o enfermeiro orientador sobre as actividades efectuadas e sobre o papel que poderá/deverá ter o EESIP na UCIPED. Considero essenciais atitudes relativamente: à comunicação (com a equipa, crianças e familiares), postura, acolhimento, formação em serviço, participação na gestão do serviço e prestação de cuidados diferenciados. Agi de forma autónoma, coerente e sistematizada, propondo as acções sem ser forçada e tentando integrar os outros elementos da equipa nas acções sempre que possível.

Ao efectuar o estágio em contexto de trabalho traz a dificuldade acrescida em se conseguir distanciar e colocar no papel do estudante, considero que o consegui fazer.

Tentei mobilizar e aprofundar conhecimentos que me permitissem melhorar a prestação de cuidados à criança e família, de acordo com a complexidade das situações que foram surgindo, tentando incluir a criança/família como parceiros nos cuidados, estabelecendo prioridades no que concerne às actividades a desenvolver e atendendo aos recursos disponíveis. Prestei maioritariamente cuidados a crianças com os mais diversos diagnósticos, o que foi facilitado por a UCIPED ser uma unidade de referência da capital do país, que recebe frequentemente crianças a nível nacional. Colaborei ainda com os colegas na prestação de cuidados às restantes crianças/famílias, tendo em vista a continuidade de cuidados. Partilhei informações (orais e escritas), tentando investir numa comunicação técnica coerente e adequada, necessária para a eficácia dos cuidados.

As situações emotivas e críticas são mais frequentes neste contexto de práticas, considerando no entanto que as consigo gerir, sentindo o apoio da equipa para o efeito, que muitas vezes utiliza como estratégia a discussão das situações críticas e sentimentos, nas passagens de turno. Discuti ainda com o enfermeiro orientador outras situações, menos críticas, e possíveis formas de intervenção. Considero que ao longo deste estágio tive atitudes e comportamentos adequados ao contexto, aceitando a responsabilidade pelas acções e cumprindo os princípios éticos e legais inerentes ao código deontológico da profissão.

2.3 – MÓDULO III

Para este módulo, pretendi ***desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada à criança/família, promovendo um adequado acolhimento na UCIN***

2.3.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria

2.3.1.1 – Breve caracterização do Serviço

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) está integrada na área organizacional de saúde da mulher e criança, que se localiza na ala norte do HSM, no Piso 7.

Desde a sua inauguração em 1955, o serviço foi sofrendo algumas alterações na sua estrutura física e organizacional, a nível de recursos materiais, com a aquisição de mais e melhores equipamentos, a nível das técnicas realizadas e relativamente à preocupação dos profissionais quanto à humanização dos cuidados prestados ao recém-nascido (RN) e sua família.

A UCIN procura dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a RN, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região Sul e também dá apoio aos PALOP.

A Unidade de Neonatologia tem capacidade para receber sobretudo RN provenientes da Sala de Partos do HSM e ainda, bebés transferidos pelo INEM, das mais diversas proveniências.

Este serviço tem como objectivos gerais cuidar dos RN que necessitam de cuidados especiais e/ou intensivos; apoiar os pais e família dos RN e incentivar a sua permanência junto deles; procurar que os pais façam parte integrante da equipe de prestação de cuidados, com o objectivo da preparação para a alta do RN; procurar a colaboração integrada de uma vasta equipe multidisciplinar para a prestação de cuidados ao RN.

Como unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admite RN com as mais variadas situações, sendo as causas mais frequente a prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória/asfixia neonatal, risco infeccioso (infecção perinatal), icterícia (hiperbilirrubinémia), anomalias congénitas (que normalmente requerem cirurgia – cardiopatias), vigilância de alterações metabólicas e de síndrome de abstinência.

Este serviço é uma unidade polivalente, com capacidade total de 20 berços/incubadoras, distribuídos por uma UCI e uma Unidade de Cuidados Intermédios, procurando dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a RN que necessitem de cuidados.

Para além de se destinar ao tratamento intensivo a RN que necessitam de um nível de intervenção diferenciada e constante, a unidade assume-se também como local de aprendizagem para os técnicos de saúde.

A equipa de saúde é constituída por enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica e também dão apoio à UCIN a especialidade de Psicologia, Assistente Social, Reabilitação, Fisioterapia e Terapeuta da Fala para os bebés que ainda não tem autonomia alimentar, motivo que prolonga a duração dos internamentos.

No que se refere à equipa de enfermagem, ela é constituída por 5 equipas com horário rotativo (6 enfermeiros por equipa), cujos elementos são distribuídos mensalmente pelos diferentes sectores. O método de trabalho em vigor é o individual e de equipa, ou seja o enfermeiro presta os cuidados globais aos RN que lhe são atribuídos, e sempre que possível, o mesmo enfermeiro cuida do bebé durante o seu internamento, de modo a permitir uma relação privilegiada com a família. Em termos de rácio enfermeiro/doente, na Unidade de Cuidados Intermédios este é de 1 para 6, e na UCI é de 1 para 2/3 bebés.

Existe uma grande preocupação por parte da equipa de enfermagem, por manter uma actualização dos seus conhecimentos. Quando surgem temas que suscitem o interesse da Equipa de enfermagem, é determinada a discussão desses temas no próprio serviço, sobretudo através de conversas informais.

A equipa de enfermagem está empenhada na humanização dos cuidados ao RN e sua família, verificando-se como principais preocupações:

- * o **acolhimento e integração dos pais na equipa de saúde;**
- * condições físicas da unidade adequadas para os pais;
- * a dor no RN: medidas não farmacológicas e farmacológicas;
- * o impacto do ambiente no desenvolvimento do RN;
- * planeamento e organização dos cuidados ao RN: comunicação interpessoal;
- * recursos humanos: rácio enfermeiro/doente;
- * recursos materiais e espaço da unidade;
- * ética em neonatologia: viabilidade, futilidade/encarniçamento terapêutico, comunicação e relações inter-profissionais e com os pais.

2.3.1.2 – Diagnóstico de situação VS Situação problemática

As UCIN's foram criadas para dar resposta ao crescente número de bebés que nasce prematuramente, com baixo peso ou com necessidades especiais (doença, perturbação grave, risco de vida).

Ao acompanharem o seu bebé nestas unidades, os pais deparam-se com um ambiente muito próprio, hiperactivo e algo assustador, onde aliada a toda a componente tecnológica, se integram as mais sofisticadas intervenções médicas, de enfermagem e técnicas, para combater a imaturidade e a “doença” que significa uma ameaça à vida (Carpenter, 2006).

Segundo Thelan, Davie, Urden e Lough (1996) frequentemente os pais do RN ficam bloqueados quanto ao que dizer ou fazer, podendo ficar de tal modo perturbados, que não conseguem aproximar-se do seu filho.

Durante o estágio na UCIN, constatei que a realidade vai de encontro ao transmitido pelos autores atrás mencionados. Perante tal facto, a temática sobre o acolhimento numa UCIN, foi pertinente, adequado às necessidades e uma mais valia para este serviço de pediatria. Recentemente foi realizado um estudo na UCIN, por uma enfermeira do serviço, que realizou entrevistas aos pais para tomar conhecimento das vivências dos mesmos no momento da transferência dos bebés da UCIN para a enfermaria/domicílio. Na análise do conteúdo das entrevistas realizadas, os pais apontaram o acolhimento como lacuna do serviço, referindo que a ausência da apresentação dos elementos da equipa de saúde, do espaço físico da UCIN e das respectivas normas da unidade. Assim direccionei a minha actuação para uma abordagem à família, nos procedimentos relacionados com o acolhimento de modo a diminuir o medo e a ansiedade perante o facto do seu bebé encontrar-se internado.

2.3.1.3 – Descrição e Análise Crítica das Actividades Realizadas

Inicialmente validei a pertinência e exequibilidade dos meus objectivos traçados, junto das enfermeiras chefe, responsável e orientadora do estágio. Considerando as limitações impostas pelo tempo de estágio, propus desenvolver as minhas actividades, partindo do acompanhamento e prestação de cuidados à criança e família, identificada pela equipa como uma situação complexa, por especial vulnerabilidade manifestada por dificuldades no exercício do papel parental.

Um novo Guia de Acolhimento para a UCIN

Após a apresentação do tema às mesmas assim como a alguns elementos da equipa de enfermagem, esta ideia foi de imediato “acarinhada” e incentivada a ser colocada em prática. Sensibilizada a equipa multiprofissional, esta rapidamente se consciencializou da importância da actualização de um Guia de Acolhimento. A sua finalidade é transmitir algumas linhas orientadoras, que serão uteis para os enfermeiros e sobretudo para os pais, permitindo adquirir informação, conhecer a UCIN e permitir a uniformização dos cuidados de enfermagem. O facto de este ser uma mais-valia para a UCIN, mas principalmente por ter uma grande importância para a dinâmica familiar, traz vantagens, tais como:

- * contribuir para diminuir o medo e a ansiedade;
- * desmistificar ideias preconcebidas, pois houve expectativas que se criaram durante a gravidez relativamente ao bebé;
- * desenvolver os pais nos cuidados, pois quanto mais cedo puder participar, mais positivamente envolvido se tende a tornar;
- * proporcionar o vínculo precoce entre os pais e o RN;
- * maximizar as competências parentais;

- * sistematizar e uniformizar alguma informação/ensinos importantes realizado pelos enfermeiros da UCIN para a aquisição de competências parentais e como prestadores de cuidados;
- * facilitar a integração dos pais na UCIN contribuindo para uma estadia confortavel, agradável e mais positiva.

Deste modo considero que, o empenho que coloquei neste Guia de Acolhimento (Anexo XV), assim como a motivação que consegui transmitir à equipa de enfermagem, foram impulsos fundamentais para o desenvolvimento de competências como futuro EESIP, no sentido de “saber gerir uma situação profissional complexa”, dando ênfase, não apenas ao conjunto do saber, saber fazer ou saber ser/estar, “mas na capacidade de os mobilizar e conjugar, respondendo a novas situações” (Le Boterf citado por Rey, Carette, Defrance e Kahn, 2005:22).

Para a elaboração do guia, senti necessidade de efectuar uma pesquisa bibliográfica sobre temas que, juntamente com a enfermeira orientadora e alguns elementos da equipa de enfermagem da UCIN, consideramos relevantes, designadamente: os pais/família do RN hospitalizado, a UCIN, principais stressores para o bebé, vinculação pais/bebés, o aleitamento do RN, direitos e deveres legais dos pais, ... Todos estes contributos foram indispensáveis para a construção e elaboração do guia.

Após a preparação do texto e selecção das fotografias, o conteúdo foi organizado de forma a ter uma apresentação gráfica agradável e ser de fácil compreensão para os pais.

Para que o guia possa ser implementado na UCIN, torna-se necessário ser submetido à apreciação de todos os elementos da equipa de enfermagem para eventuais alterações. Neste sentido, deixei um exemplar a cada equipa de enfermagem, para que em conjunto possam fazer uma análise ao seu conteúdo, procedendo posteriormente a eventuais rectificações.

A concretização deste objectivo permitiu-me desenvolver, como futura EESIP, competências de criatividade (criando um produto original/imaginativo) e persuasão, no sentido de ajudar e influenciar positivamente a equipa de enfermagem a valorizar e a efectuar a preparação dos pais ao RN hospitalizado e, dessa forma, minimizar o medo/ansiedade. Desenvolvi ainda a prática de responsabilidade, planeamento e organização.

Como formador, uma área à qual o EESIP deve dar especial realce, contribuí para assegurar o desenvolvimento das competências necessárias à mobilização dos saberes e saber-fazer, como meio essencial para operar a mudança e alcançar o aperfeiçoamento pessoal e profissional. Tal como refere Mendes citado por Martins e Franco (2004:7) “*Formar-se significa antes de mais, crescer, e se é inquestionável a presença da formação em todas as facetas da vida, a nível profissional é condição sine qua non para a valorização e aumento de competências da pessoa*”.

Desta forma, a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem da UCIN sobre a preparação da elaboração do guia, contribuiu para o desenvolvimento de competências face às suas experiências individuais/profissionais.

Como continuidade ao meu trabalho, propus à equipa, no futuro, colaborar com a mesma na tradução do mesmo guia mas em outras línguas ao constatar que os pais das diferentes crianças internadas na UCIN são de várias nacionalidades.

Prestação de Cuidados na UCIN

Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família internada na UCIN foi uma actividade colocada em prática desde o início do estágio. Considerando o internamento do bebé uma interrupção no processo de vinculação, a equipa de neonatologia tem que promover a vinculação pais-bebé, proporcionando aos pais oportunidades para visitar, pegar e comunicar com o seu bebé.

Cuidar em pediatria tem de envolver os pais, eles são os melhores cuidadores do seu filho, pelo que as tendências de novas práticas do cuidar devem acompanhar a mudança.

Tornar os pais parceiros nos cuidados, é da competência dos enfermeiros fomentando uma relação de partilha de competências com a família e a criança. Os pais quando devidamente incentivados são os melhores aliados na prática do cuidar.

A nível da estrutura funcional/metodologia de organização dos cuidados de enfermagem, esta visa um cuidar individualizado, onde o método de trabalho usado é o método individual. Os enfermeiros baseiam a sua actuação em princípios científicos, apoiada em fundamentos teóricos, nomeadamente na filosofia de Nancy Roper adoptada pela instituição, empenhando-se no cuidar individualizado, incentivando e orientando os pais no sentido da sua participação e autonomia dos cuidados. Esta equipa preocupa-se em manter-se permanentemente actualizada, acompanhando o avanço tecnológico e os dados obtidos nas actuais investigações. É dada especial ênfase à preparação do RN/família para a alta, entendendo-se esta estratégia como a melhor forma de os ajudar a lidar com a situação que pode ser particularmente stressante, o regresso a casa. As necessidades afectivas dos pais constituem outra das preocupações desta equipa, pelo que é facilitado a visita de outras pessoas significativas. A continuidade dos cuidados constitui igualmente uma prioridade, pelo que é dada especial ênfase ao rigor dos registos de enfermagem. Penso que o facto de este serviço ser constituído por uma equipa em que a grande maioria dos enfermeiros podem ser classificados como peritos, que segundo Benner (2001:58) são enfermeiros com enorme experiência, compreendem agora de maneira intuitiva cada situação e apreendem directamente o problema sem se perderem num leque de soluções e diagnósticos, é uma mais valia em termos de qualidade de cuidados, ensino/aprendizagem.

O envolvimento dos pais nos cuidados ao RN internado numa UCIN não pode ser imposto. A parceria tem de assentar no desejo dos pais em participar, ou seja, deve ter em conta os cuidados em que querem participar, o que exige uma avaliação individualizada de cada mãe e pai.

A prestação de cuidados é inerente às funções de qualquer profissional, nomeadamente no que concerne ao EE, como possuidor de uma formação específica e estruturada em SIP, que lhe permite dar resposta em situações de cuidados de maior complexidade, com maior

autonomia. O cuidar em Enfermagem resulta, desta forma, da interacção de diferentes saberes, entendendo-se por saber "(...) a utilização de capacidades adquiridas das formas mais diversas." (Basto, 2005:17).

Se a gravidez é um período de crise, a ansiedade de ter um filho numa UCIN, com as incertezas de prognóstico associadas frequentemente a este estado, vão necessariamente, criar momentos de grande tensão e sofrimento para a mãe e família do RN, pelo que o papel do EESIP transcende a assistência à criança, para cuidar também os pais. Estes precisam sentir a presença seguradora de um profissional experiente, que os incentive a ter contacto com o seu filho, mas que ao mesmo tempo os oriente na medida e forma correcta de manter esse contacto. Em Pediatria há que salientar que o utente identifica-se com a díade (pais/filhos), pelo que, mais do que considerarmos cada criança como um ser único, é também necessário alargar essa unicidade aos seus pais, que têm um papel importante nos cuidados prestados ao filho.

Ao longo de todo o estágio, foram prestados cuidados de enfermagem globais e especializados ao RN/família, permitindo desenvolver destreza, capacidades, competências e saberes. A abordagem à família era ponto fulcral de actuação. Nunca descurando a filosofia dos cuidados centrados na família, reconhecendo esta como uma constante na vida da criança e que os serviços e o pessoal técnico devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar as suas forças e competências. Envolvendo-os como os principais prestadores de cuidados ao seu bebé. Preconizamos que, cada família deverá ter um acompanhamento onde se promova a estabilidade, tendo em conta a situação vivenciada e as suas necessidades. Penso, que com o decorrer dos dias, fui conseguindo, com a família que ficou ao meu cuidado. Conseguindo, manter uma relação de empatia e de ajuda. Nunca esquecendo, incentivando e aconselhando estratégias para promoção do processo de vinculação da tríade (pai/mãe/RN).

Apesar do tempo de estágio ser curto, passei pelas três salas proporcionado diversas experiências. O acompanhamento proporcionado por uma EESIP (anexo XVI) permitiu-me reconhecer a importância do seu papel nas situações de grande complexidade e reflectir na prática de enfermagem, que, tal como afirma Nunes (2004:37), "*tem como essência e especificidade o cuidado ao ser humano, de forma única e sentida, caminhando com o outro, centrando-se na pessoa e ajudando a encontrar a luz ao fundo do túnel*".

Concomitantemente com a prestação de cuidados, acompanhei a enfermeira orientadora nas suas funções de EESIP, especificamente, na gestão da equipa de enfermagem, equipa de auxiliares de acção médica, pedidos à farmácia, apoio/supervisão dos cuidados e esclarecimento de dúvidas.

Considero que a existência de uma EESIP em todas as equipas, deveria ser uma realidade, uma vez que os profissionais de saúde só modificam comportamentos se tiverem consciência da necessidade de mudança. O aprofundar dos conhecimentos em pediatria permite do meu ponto de vista essa tomada de consciência. O enfermeiro especialista deve ser um agente de mudança, sendo o modelo de actuação na prestação de cuidados (Hockenberry, 2006).

Segundo Williams (1999:11), “Cada RN chega a este mundo rodeado por um família (...)” pelo que “trabalhar com crianças implica trabalhar com os seus pais, especialmente com sentimentos e atitudes”, Schmitz (1989:188).

Como futura EESIP, devo valorizar as relações interpessoais, na tentativa de sermos capazes, como nos refere Hesbeen (2007:117), de “ir ao encontro do outro, tecer laços de confiança e de caminhar com ele no âmbito de um projecto de cuidados significativo”.

Elaboração da acção de formação: Desenvolvimento e os cuidados a ter com o bebé nos primeiros 3 meses de vida

Com o aproximar do momento da alta a ansiedade dos pais voltava. O medo do desconhecido, o medo de cortar o cordão que o RN/família estabeleceu ao longo de um prolongado internamento com os diferentes elementos da equipa de saúde, iria agora ser separado.

De repente os pais colocavam questões tais como “ e se lhe acontece alguma coisa, ..., vocês agora não estão lá ...”, “... se acontecer isto, o que devemos fazer ...”. Dúvidas e uma infinidade de perguntas são colocadas pelos pais nesta altura. Na UCIN a alta/transferência destas crianças é sempre que possível programada atempadamente, para que os pais preparem o domicílio para receber o RN.

A preparação para a alta tem como finalidade ajudar a família a desenvolver competências que lhes permitam cuidar da criança de forma autónoma. Os ensinamentos são abrangentes, doseados de modo progressivo, com linguagem simples e ajustada ao nível de compreensão dos pais. No final, a informação é validada para avaliar até que ponto a informação foi assimilada. Por vezes a ansiedade não deixa que esta informação seja interiorizada de uma forma calma e muito natural. Assim surgiu naturalmente a oportunidade para fazer uma acção de formação dirigida aos pais com o tema “**Desenvolvimento e os cuidados a ter com o bebé nos primeiros 3 meses de vida**” com o objectivo de maximizar as competências parentais no processo de vinculação a qual foi apresentada a um pequeno grupo de pais que estava presente (Anexo XVI).

Foi proporcionado um momento: de formação, de promoção da saúde, de aprendizagem, de ajuda na aquisição de competências parentais, bem como de elevação dos seus níveis de confiança e auto-estima. Os ganhos em saúde foram uma realidade, como se pode comprovar na avaliação da actividade. Em suma foram desenvolvidas estratégias que ajudaram os pais a desenvolver competências necessárias ao exercício do seu papel. Tal só foi possível, face ao conhecimento profundo da pessoa – RN/pais – aos processos de vida e problemas de saúde neste ciclo de vida e ao desenvolvimento e aprofundamento de competências científicas, técnicas e humanas especializadas no presente campo de intervenção.

Para a sua realização, foi necessária abertura, reflexão, ponderação e preparação. Também exigiu de mim um aprofundamento e fundamentação dos temas abordados e por outro lado um discurso que permitisse os pais acompanharem as temáticas abordadas.

A avaliação da sessão foi realizada após o término da mesma, por escrito e de forma anónima. Os itens foram avaliados maioritariamente em bom e muito bom. A enfermeira orientadora

verbalizou de imediato que a sessão e os seus conteúdos tinham sido de todo pertinentes e que a mesma tinha sido conduzida de forma muito interessante.

Promover o aleitamento materno nas mães com RN internados na UCIN, foi uma das actividades mais interessantes que surgiu muito naturalmente sem estar previamente programado.

Apesar do aleitamento materno ser um tema amplamente estudado, os dados revelam que grande parte das mães desiste precocemente da amamentação. Mais de 90% dos RN têm alta da maternidade a amamentar, no entanto durante o primeiro mês de vida algumas mães abandonam o aleitamento materno, por falta de apoio após a alta (Ferreira, 2006).

O facto do RN estar afastado da mãe, pode comprometer o estabelecimento e manutenção da amamentação, pelo que é um tema pertinente e actual.

Ao aperceber-me da verdadeira realidade do aleitamento do RN pela primeira vez, o interesse por esta experiência surgiu muito naturalmente.

Tal implicou uma reflexão sobre o papel do EESIP em iniciativas de qualidade, que visem a melhoria dos padrões dos cuidados. A mudança de práticas implica uma permanente actualização dos conhecimentos, pelo que a minha formação pessoal sobre esta temática teve um papel importante na concretização deste objectivo.

O sucesso do aleitamento materno é uma das preocupações dos profissionais, no entanto, nem sempre estes vão de encontro às necessidades das mães, partindo do pressuposto que os conhecimentos foram adquiridos durante a gravidez ou no puerpério. Os bebés prematuros necessitam de uma atenção peculiar, sendo necessário avaliar individualmente a capacidade de sucção e deglutição assim como a coordenação de ambos.

A revisão de literatura sobre esta temática, permitiu-me actualizar conhecimentos e também o facto de as enfermeiras da equipa terem muita experiência nesta área. Procurei seguir as directrizes da OMS e da experiência do terreno que foram extremamente enriquecedores bem como o protocolo existente na UCIN.

Pela importância da temática, promover o aleitamento materno no RN internado achei pertinente abordar este tema no Guia de Acolhimento.

Esta actividade permitiu consolidar com a equipa de enfermagem os conhecimentos adquiridos através da sua enriquecedora experiência e pesquisa bibliográfica efectuada. Saliento também que este tipo de iniciativas dá visibilidade à nossa profissão e também contribui para a definição das competências do EESIP. Aperfeiçoei também o espírito crítico, flexibilidade, o auto-controle e o sentido de organização bem como competências a nível de gestão, responsabilidade e comunicação assertiva.

Considero que a mobilização das actividades e dos recursos foram os adequados para dar resposta aos objectivos.

Um olhar sobre o meu percurso na UCIN...

Apesar de todo o empenho pessoal, considero a neonatologia *um mundo* que no pouco tempo de estágio se torna impossível dominar. Contudo, de acordo com o objectivo a que me propus este foi possível de concretizar com êxito.

Um estágio constitui um importante momento de aprendizagem, que permite não só aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do nosso percurso, como também partilhar o nosso saber e experiências com outros profissionais, enriquecendo desta forma a nossa prática com novas experiências e competências pessoais e profissionais.

De acordo com Vara (1996:44) “ (...) *“possuir características pessoais, como sejam a capacidade de escuta e de diálogo a par de uma formação psicológica que lhe permita desenvolver atitudes indispensáveis à satisfação das necessidades da criança e família. Estas competências devem ser adquiridas a partir da formação de base e também através de actividades de formação permanente.”*

A concretização deste estágio permitiu-me mais uma vez reflectir sobre o papel de EESIP como elemento de referência para a equipa, pelo que a qualidade dos cuidados prestados de grande complexidade ao RN/família não podem ser só considerados pelo facto de saber-fazer mas também pelas acções de humanização dos cuidados prestados não só ao bebé como à família.

Este percurso constituiu um momento de aprendizagem, com mobilização de conhecimentos adquiridos no contexto teórico, e que foram enriquecidos com situações práticas, onde foram desenvolvidas competências que nos permitem prestar cuidados de qualidade ao utente pediátrico e família. A partilha de experiências, com os profissionais da área, é sem dúvida, algo que promove e favorece um enriquecimento pessoal e profissional.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do presente relatório, cada acividade reflectida e contextualizada traduz o que considero ter tido impacto significativo, no agir profissional enquanto EESIP.

Esta trajectória foi centrada na área do acolhimento em pediatria, temática de interesse pessoal/profissional e de grande pertinência na actual conjectura dos cuidados de saúde, em particular nos cuidados de enfermagem, como tentei demonstrar, pelos ganhos em saúde que podem advir das intervenções de enfermagem. O acolhimento, sendo transversal a todos os contextos, foi trabalhado nas suas diferentes vertentes.

Na minha opinião, é fundamental que o EESIP, para além de desenvolver competências técnico-científicas, desenvolva competências relacionais e comunicativas porque, se estas não estão presentes no mesmo momento, não é possível humanizar os cuidados a prestar à família. Lazure (1994:10) refere “(...) *independentemente do campo de actuação da en^f, tanto o cliente como a família têm o direito de esperar ou mesmo exigir que a relação de ajuda seja a base do exercício de enfermagem*”. Uma vez que o cuidar inicia-se na relação, é imprescindível obter uma visão mais alargada e específica do cliente e do meio ambiente, onde cresce, intervindo em todos os níveis de prevenção e promoção da saúde, na identificação de situações de risco físico e emocional.

Este processo foi potenciador do desenvolvimento de competências específicas do EESIP, das quais se destaca o acolhimento, a humanização e parceria de cuidados, com tudo o que isso implica na adequação à individualidade daquela criança/família na sua circunstância particular. Não foi fácil fazer sentir que o acolhimento, sendo uma prática diária, por vezes estava esquecido. Penso no entanto ter plantado mais umas sementes para fazer crescer este trabalho.

Estas competências resultam das leituras, reflexões, partilha de experiências e aprendizagens produzidas não só pela teoria apreendida, como também pelo processo auto-formativo. O percurso pessoal e profissional que surge desta forma é único, resultado da reflexão e análise da nossa prática e do que deverá e poderá ser mudado.

A maturidade profissional é algo que se vai adquirindo ao longo dos anos de exercício que permite a cada profissional construir ou modificar a forma de estar na profissão. Acredito que ser competente implica o saber e o saber fazer, envolvendo-os numa forma pessoal de ser e estar na Enfermagem, interligando todos os saberes e dando-lhes uma imagem particular.

Assim, as competências e conhecimentos conduzem à compreensão de que cada sujeito de cuidados é um ser único que possui “(...) *quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.*” (OE, 2004), os quais devem ser considerados para uma prestação de cuidados individualizada e de excelência.

De acordo com os graus de competências de Benner (2005), o EE, considerado como enfermeiro perito, deverá possuir “*um conhecimento perceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que lhes permite prestar um cuidado individualizado e numa perspectiva holística*”, sendo que, o EESIP tem

como função principal um cuidar mais abrangente e pormenorizado da criança/família, com vista ao seu total bem-estar, assegurando a satisfação das necessidades. O título de EE certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Este deverá ser capaz de demonstrar níveis elevados de julgamento clínico, bem como uma adequada capacidade de tomada de decisão. Para isso terá que ser portador de um conjunto de competências relativas a um campo de intervenção, neste caso e ESIP. Como é referido por Vieira (2007), ser enfermeiro “(...) *continua a ser uma profissão exigente, para qual é necessário uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio, e capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com as outras pessoas.*”

Realço o facto da temática escolhida ter sido pertinente e aceite pelas equipas de enfermagem dos vários serviços. Ao salientar factos importantes na área do acolhimento, contribui para de forma inequívoca para sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de minimizar os medos e ansiedades dos pais no momento da admissão, e, assim, melhorar os cuidados de enfermagem que se pretende atinjam a excelência. A humanização da prestação destes cuidados passa por criar condições que promovam o seu desenvolvimento e pela valorização da sua família como principal prestadora de cuidados.

As minhas expectativas eram grandes e as actividades que tive oportunidade de realizar foram gratificantes, sentindo que a minha experiência como aluna e também como profissional. O trabalho desenvolvido nestes estágios foi partilhado e reconhecido pelas diferentes equipas como um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

Ao elaborar este relatório sinto que me encontro na recta final de mais uma etapa do meu percurso de aprendizagem e percurso profissional. Surgem sentimentos de prazer, satisfação e até de algum orgulho pessoal, pela perspectiva de uma nova forma de estar, mais enriquecida por todas as experiências vividas. Ao longo das diferentes etapas deste percurso fui adquirindo novos conhecimentos e aperfeiçoando outros que me fizeram crescer, criando novas competências tanto pessoais como profissionais.

Como sugestões de mudança a nível pessoal e profissional, quero continuar a melhorar a qualidade dos cuidados ao utente pediátrico com vista à valorização pessoal e profissional contribuindo assim para o enriquecimento de conhecimentos e aperfeiçoamento do meu desempenho.

Considero a comunicação e a formação prioridades constantes tendo consciência desse facto ao longo do meu desenvolvimento pessoal/profissional, pois sendo a enfermagem uma ciência em constante evolução implica uma actualização permanente que por si só justifica a delimitação do saber por áreas específicas.

Visto o tema acolhimento ser um contexto que enfatizei nesta fase do meu percurso à qual dedico especial atenção ao longo do meu percurso profissional pretendo continuar a desenvolver competências porque reconheço que a intervenção do enfermeiro nesta área só produzirá ganhos em saúde, se for uma prática eficaz e com alto nível de qualidade.

Actualmente faço parte da equipa do acolhimento no serviço. Este grupo de trabalho tem como objectivo reformular e uniformizar procedimentos relativos a esta prática.

Penso que é importante continuar a analisar e a reflectir sobre o que se faz e o que se deve fazer, de modo a criar novas atitudes e formas de agir que tenham como fim principal o bem-estar da criança/família.

Em síntese, desejo que o meu propósito se constitua um motor à continuidade das actividades propostas no seio da prestação de cuidados, pelo seu enfâse em garantir e elevar o nível de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e sua família.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA - **Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa** - Fundação Calouste Gulbenkian. Braga: Editorial Verbo, 2001. - 2 vol.; 26 cm. ISBN 972-22-2046-2

ALS H, GILKERSON L. - **The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants**. Sem Perinatol, 1997; 21:178-189

ALVES, Cecília; CATRAMONA, Sandra – **Risco infantil e vigilância de Saúde: Estudo exploratório num Centro de Saúde**. Lisboa: [s.n.], 2003. p.12-80. Monografia do Ano Complementar de Formação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo.

AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana - **Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. 178p. ISBN978-972-54-0212-2

BARROS, L. - **Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003

BASTO, Marta Lima – Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. Vol.23, nº1 (Janeiro/Junho 2005), p.25-41. ISSN 0870-9025

BENNER, Patrícia - **De Iniciado a Perito**. 1ª ed., Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-97-x.295p.

BOTERF, G Le - **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3ªed., São Paulo: Editora Artmed, 2003

BRAZELTON, T. B. – **Dar atenção à criança: para compreender os problemas normais do crescimento**. Mem Martins: Terramar, 1992.

BRAZELTON, T. B. – **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 7ª ed. Lisboa: Presença, 2004

BRITO, I. - **O acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital**. In Instituto de Apoio à Criança. 1ªed. Lisboa: IAC, 2006. p33-34

BUSQUETS, S. M. - **Aspectos psicológicos en la acogida del paciente al hospital.** Todo hospital, 1991. p17-75

CARDOSO, A. B. M. R; PINTO, P. J. - **Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem.** Nursing, 2002. p11-14

CARDOSO, Manuel; [et al] – Vigilância e problemas de saúde de crianças não inscritas num centro de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Lisboa. Ano VIII, nº1 (Janeiro/Março 1990). p.37-47. ISSN 0870-9205

CARPENTER, B. – **The impetus for family-centred early childhood intervention.** Child: Care, Health and Development: The Multidisciplinary Journal. Vol 33, nº 6, 2006. p.664-669

CASEY, Anne – **Partnership nursing: influences on involvement of informal cares.** Journal of Advanced Nursing. Blackwell Science Vol.22, nº6, 1995. p.1058-1062

CASEY, Anne – **Development and Use of Partnership Model of Nursing Care.** In: GLASTER, E. A.; TUCHER, A. – **Advances in Child Health Nursing.** London: Scutari , 1993p.185-193

CASTRO, C. - **Saber escutar para saber cuidar.** Nursing, 2002. 162 (14), 20-22

CASTRO, L. Barbosa e RICARDO, M. Manuel - **Gerir o Trabalho de Projecto.** Lisboa: Texto Editores, 2002. ISBN – 9789724717258

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – **Missão institucional.** Lisboa, 2008. Disponível em: <http://www.hsm.minsaude.pt/Inicio/MissãoeValores/tabid/1635/Default.aspx>

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL - **Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.** Lisboa, 2010. Disponível na Internet: <http://www.chlc.min-saude.pt/>

CHIAVENATO, Idalberto - **Recursos Humanos.**(Edição Compacta).2ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0777-0.

CHIAVENATO, Idalberto – **Introdução à teoria geral de administração.** 4ª ed., São Paulo: McGraw-Hill, 1993. 920 p. ISBN 0-07-450068-6

COLLIERE, Marie Françoise. **Cuidar a primeira arte da vida - Da prática das Mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 2ª ed., Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-53-3. 440p

COLLIERE, Marie Françoise. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses, 1989. ISBN 972-95420-0-7

COMISSÃO NACIONAL DA SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE (2008) – **O Enfermeiro e os cuidados de saúde à criança e adolescente**. Revisto a 12/02/2008, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt>

CONFERÊNCIA SOBRE REGULAÇÃO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1, 4-6 Dezembro 2008 – **Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.

CONSELHO DE ENFERMAGEM - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa ISSN 1646-2629. nº18 (Setembro 2005), p.39-42;

CURRY, S. - **Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente em UCI**. Nursing, 1995. 94, 26-30

DAVIES, Carolyn – **Ele não é mais o meu bebé**. Nursing:Lisboa, 1(4), Maio. 1998. p.37-41. ISSN 0871-6196.

DECRETO DE LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto. **Lei de Bases da Saúde**. Diário da República 1ª Série. Nº195 (24-08-90), p.3452-3459.

DECRETO DE LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro. **Conteúdo funcional do Enfermeiro Especialista**. Diário da República - I - serie A

DECRETO DE LEI n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. **Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista**. Diário da República - II serie

DECRETO DE LEI Nº 161/96 de 4 de Setembro. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Diário da República - I - serie A

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril de 98. **Estatuto da ordem dos Enfermeiros**. Diário da República -I - serie A

DECRETO-LEI nº 147/99. **Lei de Protecção de crianças e Jovens em risco** Diário da República I Série A. 204 (99-09-01) 6115 - 6132.

DECRETO-LEI nº 196/2005 de 12 de Outubro de 2005. **Missão para os cuidados de Saúde Primários**. Diário da república I-Serie - B

DESGAGNÉ, serge et al. – **L’approche collaborative de recherche en éducation: un rapport nouveau à établir entre recherché et formation**. Revue des sciences de l’education, 16:1(2001)33-64.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Saúde Infantil e Juvenil – Programa-Tipo de Actuação. Orientações Técnicas 12**, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 2.ª ed., Lisboa: DGS, 2005 ISBN 972-675-084-9.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Crianças e Jovens em Risco. Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2007.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Maus Tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Documento Técnico**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2008.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Acção de Saúde para Crianças e Jovens em risco. Projecto de relatório**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Agosto 2009.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Acção de Saúde para Crianças e Jovens em risco. Relatório Intercalar**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Abril 2010.

FELIX, Mª Carmo; TEIXEIRA, Ana; PONTES, Fátima – **Acolhimento do utente nas unidades de adultos do CHF**. Nursing. Lisboa, Vol.6, nº72. 1994. p.9-16

FERREIRA, C. - **A realidade do aleitamento materno**. Nursing, 2006. 209, 10-16

FILLIOZAT, Isabelle - **A inteligência do coração: rudimentos de gramática emocional**. Lisboa: Pergaminho, 1999. - 295 p. ; 23 cm. ISBN 972-711-123-8

FORMAMIER, M. - **Guide de l’hospitalization de enfants: le concept d’accueil ou comment former les futures professionnels à l’accueil**. France: APACHE, 2000

GAMEIRO, J. - **Voando sobre a psiquiatria - Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea**. Porto: Edições Afrontamento, 1992

GOMES-PEDRO, João [et al] – **Prematuridade e Desenvolvimento**. Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. n.º 5. vol. 28 (Setembro/Outubro 1997). p. 405-410. ISSN 0301-147X.

GOMES-PEDRO, João – **Viver Numa Unidade de Cuidados Especiais Rara Recém-Nascidos – Um Risco, Uma oportunidade**. In: Seminário de Neonatologia, I, Porto. Neuropatologia Neonatal: Certezas e Incertezas. [S.l.]: [s.n.], 1997.

GOMES-PEDRO, João e outros – **A Criança e Família no Século XXI**. Lisboa: Dinalivro e Paterson March Ltd, 2005. ISBN: 972-576-395-5.

GOMES-PEDRO, João – **O Ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais**. In GUIMARÃES H. e outros. Nascer Prematuro. Um Manual para os Pais dos Bebés Prematuros. Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2007. p.77-79.

GOMES-PEDRO, João e outros – **Bebé XXI: Criança e Família na viragem do Século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. ISBN: 972-31-0664-7.

GONÇALVES, M. J. **O acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital**. In Instituto de Apoio à Criança. 1ªed. O bebé, a criança e o adolescente no hospital. Lisboa: IAC, 2006.

GONÇALVES, Ilda; SERRANO, Teresa – **desenvolvimento de competências na formação de enfermeiros. O uso de “Portfolio” na formação complementar em contexto de prática**. In Os Portfólios Reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. 1ª edição, Porto: Idália Sá-Chaves, Porto Editora, 2005. ISBN 972-0-34737-6.

GUIMARÃES, Hercília e outros – **Intervenção Precoce**. In: Nascer Prematuro. Um Manual para os Pais dos Bebés Prematuros. Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2007. p.147-148. 27

HESBEEN, Walter - **Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures. Lusociência, 2000. 201.p. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter - **Qualidade em Enfermagem – pensamento em acção na perspectiva do cuidar**. Loures. Lusociência, 2001

HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; WINKELSTEIN – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2006. 1303 p. ISBN 978-85-352-1918-0.

HOSPITAL DE SANTA MARIA EPE - **Regulamento Interno do Hospital de Santa Maria, EPE.** Lisboa, 2005. Disponível na Internet: www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/regulamentos/04_06_12.10_regulamento_interno.pdf

HOSPITAL DE SANTA MARIA EPE – **Departamento da Criança e da Família.** Lisboa, 2008. Disponível na Internet: hsm.minsaude.pt/CentroHospitalar/Organização/EstruturaOrganizacional/AcçãoMédica/DepartamentodaCriançaedaFamília/ServiçodePediatria/tabid/1079/Default.aspx

HUCKABAY, L. M. D.;TILEM-KESSLER, D. - **Patterns of parental stress in PICU emergency admission.** Dimens Crit Care Nurs, 1999. 18 (2), 36-42.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – Sector de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança – **Legislação – Criança, Adolescente e Saúde: Legislação.** 1ª ed. Lisboa: IAC – Instituto de Apoio à Criança, 2002. ISBN 972-8003-18-8.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – **Norma portuguesa 405-1.** Lisboa: Monte da Caparica: IPQ, 1995. 49 p.

JASPER, Melanie – **begining reflective practive.** Foundations in nursing and ealth care. United Kingdom: Nelson thomes, 2003. ISBN – 07487 7117 4.

JORGE, Ana Maria – **Família e hospitalização da criança:** (re) pensar o cuidado em enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. 191 p. ISBN 972-8383-79-7.

KURCGANT, Paulina [et al] – **Administração em Enfermagem.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1991. 236 p. ISBN 85-12-12-470-9.

LAZURE, H. - **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem.** Lisboa: Lusodidacta, 1994.

MALHEIRO, I. - **Humanizar o atendimento à criança em ambulatório hospitalar.** In IAC, *Reflectir as práticas para melhorar o desempenho: Direitos da criança* (25-29). Lisboa: IAC, 2000

MANO, Maria J. – **Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais.** Revista Referência. N.º 8 (Maio 2002), 53-61.

MARÇAL, Teresa Oliveira – **Das necessidades da criança e jovem às competências do Enfermeiro especialista: Uma perspectiva de desenvolvimento profissional**. Conferência proferida no I encontro de enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria. Europarque – Santa Maria da Feira em 2 de Junho 2006. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/upload/File/sedeinformacao/eventos/Encontro%20de%20Saude%20Infantil%20e%20%20Pediatria%20-%202006.pdf> 6-12-200822.21.

MARÇAL, T. - **A criança e o espaço nos serviços de saúde**. In Instituto de Apoio à Criança (1 Ed.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (35-36). Lisboa: IAC. (2006).

MARINHEIRO, Providência – **Enfermagem de Ligação**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002, ISBN: 9789728717162.

MELEIS Afaf, [et al.] (2000) – **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory**. *Advances in Nursing Science*. Aspen Publishers, Inc. 23 (1) (September 2000) 12-28.

MARINHEIRO, Providência Pereira - **Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos do domicílio**. Coimbra: Quarteto, 2002. 150 p. ; 23 cm. ISBN 972-8717-16-4

MEZOMO, J.C. - **Gestão da Qualidade na Saúde**. Barueri-SP, Brasil: Editora. Manole Lda, 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004 b). Direcção Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Volume II – Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. ISBN 972-675-110-1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente – **O Enfermeiro e os Cuidados de Saúde à Criança e Adolescente**. Lisboa: Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – **Rede de Referenciação Materno-Infantil**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal – **Organização Perinatal Nacional. Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal**. Lisboa: Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente – **O Enfermeiro e os Cuidados de Saúde à Criança e Adolescente**. Lisboa: Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente, 2008a. 29

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente – **Carta Hospitalar de Pediatria – Documento em discussão**. Lisboa: Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente, 2008b.

MOLEIRO, A. - **Humanizar o atendimento à criança**. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1991

NEWTON, M. S. - **Family-centered care: current realities in parent participation**. *Pediatric Nurse*, 2000. 26 (2), 164-168.

NUNES, L. - **A especificidade da enfermagem**. In Neves, M. C. P. & Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.

OLIVEIRA, C.; PEDROSA, A.A.; CANAVARRO, M.C - **Gravidez, Parentalidade e Mudanças. Stress e Adaptação nos Processos de Transição para a Parentalidade. Stress e Bem Estar**. Lisboa: Climepsi, 2005

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro, Decreto Lei n.º 104/98, de 21 de Abril**. Lisboa, 1998.. Disponível na Internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/codigodeontologicoEnf.pdf>

ORDEM dos ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadroesQualidade.pdf

ORDEM dos ENFERMEIROS – **Competências dos Enfermeiros Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompetenciasEnfCG.pdf

ORDEM dos ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Desenvolvimento Profissional -Individualização das especialidades em Enfermagem Fundamentos e proposta de sistema.** Ordem Dos Enfermeiros, Lisboa. ISSN 1646-2629. Suplemento da revista nº26 (Junho 2007), p. 9-20

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **A Protecção de Crianças.** Enunciado de posição. [Em Linha]. 15 de Março de 2007. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ORDEM dos ENFERMEIROS – **Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Caderno Temático: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem,** 2009, p.10-23

OSÓRIO, Luiz O. – **Família hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 91p. ISBN 85-7307-205-9.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – **O mundo da criança.** 8ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001. 707p. ISBN 972-773-069-8.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos - **Desenvolvimento humano.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2000. ISBN 85-7307-646-1.

PEIXOTO, José e outros – **Viabilidade.** In: MOLEIRO, Agostinho e outros. Consensos em Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Neonatologia, 2004. [Acedido a 2 de Abril 2009]. Disponível na internet: <http://www.lusoneonatologia.net/usr/files/publications/ff13c5881751fe6f1b9c3f32f005d7fd.pdf>.

PEGACHA, Marta - **Mudar uma imagem: que atitudes de enfermagem?** In: Servir/prop. Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde; Lisboa. - 47:4 (Julho-Agosto 1999), p.199-202

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociências, 2005. 633p. ISBN 972-8383-84-3

PIRES, A. Ramos – **Qualidade, sistemas de gestão de qualidade.** 2ªed. Lisboa: edições Sílabo, 2000. 447p. ISBN:972-618-219-0.

PORTUGAL. Assembleia Nacional - **Constituição da República Portuguesa.** Coimbra: Edições Almedina, 2007. 227 p. ISBN 978-972-40-3291-7

PORTUGAL, Alto Comissariado da Saúde – **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente: 2004-2008**. 1ª ed. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009. ISBN 978-989-96263-0-0.

PORTUGAL, Direcção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação técnicas nº12**. 2º ed. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2002. 48p. ISBN 972-675-084-9

PORTUGAL, Ministério da Saúde Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (2005) **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação**. Lisboa: DGS

PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Plano nacional de saúde 2004/2010 – volume I - prioridades** [Em Linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. [Consult. 28 Abr. 2009]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns-vol1.pdf>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Vacinação**. [Em Linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006. [Consult. 10 Mai. 2009] Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/>>

PRAZERES, Vasco – **Saúde dos Adolescentes. Princípios orientadores**. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 1998. 60p. ISBN 972-9425-61-2

RELVAS, A. P. ALARCÃO, M. – **Novas Formas de Família**. Coimbra: Quarteto, 2002.

RELVAS, P. – **O ciclo vital da família, perspectiva sistémica**. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento, 1996

REY, B.; CARETTE, V.; DEFRANCE, A.; KAHN, S. - **As competências na escola, aprendizagem e avaliação**. Vila Nova de Gaia: Gailivro, 2005

RODRIGUES, Joana – **Eis-me aqui: um caminho de abertura ao outro com um desejo de autonomia e de liberdade**. Nursing. (Novembro 2008), p.20-24.

RODRIGUES, L.; DIOGO, P. - **Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da criança e na sua capacidade de enfrentar a doença e a hospitalização**. *Servir*, 2002. 50 (1), 12-20.

RODRIGUES, Manuel Alves – **Planeamento, heteroavaliação e autoscopia na formação de educadores de Saúde**. Referência. ISBN 0874-0283. Nº4 (Maio 2000). 5-15.

SÁ, Eduardo – **Psicologia do feto e do bebé**. 3ª ed. Lisboa: Fim de Século, 2003. ISBN 972-754-195-X

SÁ, Eduardo - **A maternidade e o bebé**. Lisboa: Fim de Secúlo, 1997. ISBN 972-754-096-1

SANTOS, Elvira; FERNANDES, Ananda – **Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada**. Referência. N.º 11 (2004), p. 59-62. [Acedido a 25 Maio de 2009]. Disponível na Internet:

http://esenfc.pt/esenc/rr/index.php?id_website=3&d=&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2064&id_rev=5&id_edicao=10

SANTOS, Maria Adelina B.C.L. - **Avaliação do Desempenho e Projecto Profissional, Revista Enfermagem**. Lisboa, nº9, 2ª série, Janeiro/Março, 1998

SÃO JOÃO DE DEUS, Ordem Hospitaleira – **Carta de Identidade da Ordem Hospitaleira de São João de Deus**. Lisboa: Artes Gráficas Lda, 2000, 248p

SCHIMITH, M. D., LIMA, M. A. D. S. - **Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família**. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2004. 20 (6) ,1487-1494.

SCHMITZ, E.M.; [et.al] – **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Livraria Athneu, 1989

SCOTT, L. D. - **Perceived needs of parents of critically ill children**. *J. Soc Pediatr Nurses*. (1998). 3 (1), 4-12

SILVA, Abel Paiva – **Enfermagem Avançada: Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina**. *Revista Servir*. ISSN 0871-2379. 55:1 (2007) 11-20

SILVA, Daniel M.- **Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem**. *Millenium on-line*. Revista do ISPV n.º 26 (2002). [Acedido a 27 de Março de 2009]. Disponível na Internet: www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_24.htm

SILVA, Isília Aparecida - **Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. vol 34, nº 4 (Dezembro 2000), p.362-369. ISSN 0080-6234

SILVA, Ricardo N. Moreira – **Cuidados Voltados para o Desenvolvimento do Bébé Pré-Termo. Uma abordagem prática**. [S.l.]: [s.n.], 2006. [Acedido a 20 de Abril de 2009]. Disponível na Internet: <http://www.procuidados.com.br/>. 31

SOUSA, Paulino; FRADE, Marta; MENDONÇA, Denisa – **Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi.** Acta Paulista Enfermagem. Vol 18, nº4 (2005), p.368-381.

SOUSA, Paula e SOUSA, Paulino (2007) – **Bases para o desenvolvimento de Parcerias de Cuidados em pediatria:** Uma revisão da Literatura. Revista de Enfermagem Oncológica. Nº 40, Ano 10, p.11-21.

UNICEF - **Amamentar o seu Bebê: Informação importante para mães novas.** [Em Linha]. [Consult. 28 Mai. 2009]. Disponível em WWW:<URL:http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfyb_portuguese2.pdf>

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Guia de estágio do Curso De Mestrado Em Enfermagem De Natureza Profissional:** Área De Especialização Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria, Lisboa: Universidade Católica Editora, Instituto de Ciências da Saúde, 2009

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE – **Mestrado Em Enfermagem De Natureza Profissional. Regulamento Geral.**

VARA, Lília – **Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico.** Revista Portuguesa de Enfermagem. Agualva-Cacém. 1996. n.º 1, p.5-52. ISSN 0873-1586

VARANDA, Rosa – **Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.** Leiria: [s.n.], 2009.

VASCONCELLOS, Thereza – **Promoção do desenvolvimento nos recém-nascidos.** A Ponte. Nº 21 (2005), p. 4-6. [Acedido a 13 de Maio de 2009]. Disponível na Internet: <http://www.hsfxavier.min-saude.pt>.

VIEIRA, Isabel; DIOGO, Luís; ARSÉNIO, Paula – **Acolhimento do doente com cirurgia programada.** Separata Científica CHC. Vol.2, nº8. 2000. p.76-79.

VIEIRA, M. - **Representações da Humanização de Cuidados de Enfermagem.** Revista de Formação Contínua em Enfermagem INFORMAR, 2006. nº37, 38-41

VIEIRA, Margarida -**Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência.** Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2007.155p. ISBN972-54-0146-8

VILELAS, J. - **Investigação: o processo de construção do conhecimento**. (1 Ed). Lisboa: Edições Sílabo, 2009

WILLIAMS, Rhea – **Dinâmica familiar da gravidez**. In BOBACK, Irene – Enfermagem na maternidade. 4ªed. Camarate. Lusociência, 1999. p.115-124

WILLIAMS, Rhea – **Dinâmica familiar após o nascimento**. In BOBACK, Irene – Enfermagem na maternidade. 4ªed. Camarate. Lusociência, 1999. p.467-480

WONG, Donna L. – **Whaley e Wong. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p. ISBN 85-277-0506-0

ANEXOS

ANEXO I - Caracterização dos Locais de Estágio



Caracterização dos Locais de Estágio

A percepção da dinâmica e funcionamento de uma unidade de saúde é essencial para uma prestação de cuidados humanizados, na vertente prática e relacional. É fulcral uma identificação de limitações/obstáculos no que concerne a recursos físicos e humanos, e adoptar estratégias para as ultrapassar. Nesta óptica é relevante a efectivação de uma caracterização dos serviços onde se desenrolou o estágio, como aspecto pertinente, para uma correcta avaliação das necessidades dos diferentes locais, bem como um conhecimento das actividades desempenhadas em cada um. Permite também uma análise da realidade vivenciada. Como complemento à descrição feita no relatório, este documento contempla a descrição da estrutura física, dinâmica/funcionamento dos serviços onde estagiei, bem como os recursos humanos existentes.

1 - Centro de Saúde de Odivelas – Extensão Sede/CATUS

1.1 – Caracterização do CENTRO DE SAÚDE DE ODIVELAS (extensão sede)

O Centro de Saúde de Odivelas (CSO) insere-se na Região de Saúde e Vale do Tejo, foi criado nos anos 70 com a criação de várias extensões de acordo com as necessidades da comunidade: a Sede (onde funciona o atendimento de urgência - CATUS – dias úteis das 18h-24h nos fins de semana e feriados das 10h-22h) é também neste local que o Centro de Saúde (CS) é gerido em termos financeiros, recursos humanos e materiais; extensão de Olaio, Nampula (unidade de atendimento a jovens dos 11 aos 24 anos), Caneças, Póvoa de Santo Adrião, Quintinha, Odivelas A, Ramada e uma unidade denominada Convenção composta por quatro médicos sem atendimento de enfermagem, que foi criada para minimizar a falta de atendimento dos utentes sem médico de família.

Existe na extensão Odivelas-Sede algumas parcerias no atendimento de consultas de especialidade com programação semanal (cirurgia vascular, ortopedia, reumatologia, nutrição, endocrinologia), de acordo com o protocolo existente com os Hospitais de Santa Maria, Pulido Valente e Maternidade Alfredo da Costa.

O CSO é chefiado por uma enfermeira especialista em saúde comunitária que desempenha funções de chefia, as restantes extensões são coordenadas por enfermeiros responsáveis que na maioria são especialistas. O CSO, estabelece no plano de actividades de enfermagem de acordo com o Decreto-lei nº 60/2003, que cria a Rede de Cuidados de Saúde Primária como promotora da saúde, prevenindo a doença, gerindo os problemas de saúde agudos, crónicos tendo em conta a dimensão holística do indivíduo/família e comunidade onde se insere.



A Extensão de Odivelas-Sede abrange as freguesias da Ramada e Odivelas, tendo cerca de 9326 utentes inscritos, dos quais 3046 sem médico de família atribuído. Conta com uma equipa de: 4 médicos, 1 enfermeiro (EESIP e coordenador da extensão) a tempo inteiro e 1 enfermeira três vezes por semana, 2 administrativos, 1 auxiliar de apoio e vigilância e 1 segurança. As actividades de enfermagem são programadas e elaboradas semanalmente pelo enfermeiro coordenador da extensão de acordo com as marcações em agenda.

As actividades de enfermagem existentes no CSO são: Saúde Infantil (SI), Saúde Materna (SM), Planeamento Familiar (PF), Saúde de Adulto (SA), Vacinação que se encontra em fase de reestruturação pois até à data estiveram muito tempo suspensas.

Em parceria com o Centro Hospitalar Norte, EPE, encontra-se a funcionar as consultas de várias especialidades, nomeadamente, Endocrinologia, Ortopedia (Adulto e Infantil), Cirurgia Vasculuar e Reumatologia. Tem ainda protocolo com Hospital de Santa Maria (HSM), Hospital Pulido Valente (HPV) e Maternidade Alfredo da Costa (MAC).

A consulta de enfermagem de SIP actualmente funciona diariamente, a sua calendarização é feita de acordo com o programa tipo de actuação preconizado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) bem como o plano de actividades de enfermagem elaborado para atingir os objectivos propostos, de forma a contribuir para o desenvolvimento harmonioso e bem estar da criança família.

Existe um protocolo com a MAC para o atendimento do recém-nascido até a um mês de vida (1ª consulta), consultas de urgência até o 1º mês de vida e para crianças com alterações de desenvolvimento psicomotor, em virtude de não existir um pediatra no CS. No momento da realização do rastreio das doenças metabólicas é preenchido um impresso, denominado “Notícias de Nascimento” com informações da gravidez, parto, revisão do puerpério e do recém-nascido.

A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem converge para o método individual, tal como refere Frederico & Leitão (1999, p.162)¹ o método individual *“favorece a relação (...) Facilita um conhecimento mais profundo (...) Sendo este cuidado como um todo cujas necessidades não podem ser fraccionadas.”* Este método, embora evidencie a individualização dos cuidados, contribui também para uma maior satisfação do utente, bem como do enfermeiro, o que valoriza a avaliação dos cuidados de enfermagem, contudo exige do pessoal de enfermagem maior conhecimento nos respectivos programas.

¹ Frederico, M. & Leitão, M.A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra



1.2 - Programas de Saúde, funcionamento e circuito de atendimento

O CSO organiza-se por programas de intervenção, dos quais se destacam a Saúde Infantil, Intervenção Comunitária, e Saúde Materna e Planeamento Familiar. Outras áreas de intervenção disponíveis são a Consulta da Diabetes e Hipertensão, a Ginecologia e Obstetrícia, a Sala de Tratamentos e Injectáveis, entre outros.

O acesso ao CS é feito através da inscrição no CSO. A partir desta altura, o utente recebe o cartão de utente, passando a poder usufruir de todos os serviços que o CS disponibiliza, nomeadamente, consultas de enfermagem e medicina de clínica geral.

Para aceder a uma consulta médica, o utente pode marcar uma consulta para o seu médico de família. Utentes em situações urgentes ou sem médico de família podem recorrer à Consulta de Atendimento Complementar, que funciona das 8:00 às 18:00.

No que diz respeito às consultas de SI, SM e Planeamento Familiar, estas funcionam segundo um horário próprio, estando sempre disponível o atendimento de enfermagem. Porém, porque cada médico de família tem um horário próprio, sempre que este marca uma consulta para um seu utente, tenta fazê-lo dentro do horário disponibilizado pelas consultas de enfermagem.

Em relação à vacinação, este programa ainda se encontra em fase de reestruturação, contudo algumas vacinas já têm sido administradas no CSO. O atendimento na Sala de Tratamentos e Injectáveis é feito mediante a apresentação da guia de tratamentos emitida pelo médico, ou sempre que constitua uma situação de urgência, segundo avaliação do enfermeiro. Funciona das 8:30 às 13:00 e das 14:00 às 17:30.

Existe uma equipa de prestação de cuidados continuados/paliativos no domicílio, que funciona de 2ª à 6ª feira das 8:00 às 20:00, e aos fim-de-semana e feriados, de forma programada em doentes necessitados de cuidados imprescindíveis. Os utentes admitidos no Programa de Cuidados Continuados podem ter acesso a ele através da avaliação de necessidade por parte da equipa de enfermagem, ou por avaliação e prescrição médica, através da emissão de uma guia de tratamento pelo médico de família.

Existem várias formas da equipa de Cuidados Continuados tomar conhecimento dos utentes que necessitam deste apoio, porém, frequentemente existe um contacto entre o hospital e o enfermeiro do CS. Também os Centros de Dia ou outros parceiros da comunidade, bem como qualquer vizinho ou familiar desta pessoa, se pode dirigir ou contactar o CS para reportar estas situação.



O CSO tem vindo também a desenvolver actividades de âmbito comunitário, nomeadamente a Saúde Infantil. O Projecto Integrado Intervenção Precoce de Odivelas, actualmente é conhecido como Serviço Acção Técnica Prevenção e Risco (SATPR) em que prevê as actividades preconizadas pelo Programa-Tipo da Direcção Geral de Saúde, projectos específicos de promoção de saúde, entre outras dinamizações envolvendo outros parceiros sociais. As actividades são executadas de forma regular e continua ao longo do ano. Os objectivos da equipa multidisciplinar são:

- Prevenir situações de risco ou problemas de saúde que possam comprometer o bem-estar da população infantil e respectiva família

1.3 – Circuito da Criança/Família

Os Centros de Saúde são unidades integradas, polivalentes com o objectivo primordial de melhorar o nível de saúde da população, devendo dirigir a sua acção para o indivíduo, a família e a comunidade. Estas acções iniciam-se desde o primeiro dia de vida e prolongam-se pelas diversas etapas de vida, de forma a proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade, individualizados e humanizados.

A acção do enfermeiro especialista como regulamentado no Decreto-Lei nº 457/91. D.R. I Série A (91/11/08) diz-nos que, a sua acção incide na promoção de saúde e prevenção da doença na criança/família, proporcionando-lhe um desenvolvimento harmonioso ao longo da vida. Estes ao estarem motivados irão desenvolver estilos de vida saudáveis, os quais estão interligados a comportamentos de vida diária que preconizam saúde e bem estar. A família é o espelho onde se projecta a criança constitui os seus alicerces. De acordo, com Osório (1996:16), família é

“ (...) uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos e relações pessoais - aliança(casal), filiação(pais/filhos) e consanguinidade(irmãos) – e que a partir dos objectivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhes condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais”.

A via de admissão da criança ao CS poderá processar-se de diferentes formas, nomeadamente pelas notícias de nascimento (enviadas pelo Serviço de Obstetrícia dos diversos hospitais), contacto directo da família, Programa de Vacinação ou Saúde 24.



O primeiro contacto habitualmente é realizado durante os primeiros dias de vida para para avaliação do peso, efectivar o Rastreio das Doenças Metabólicas e eventual início da primovacinação, assim como, a inscrição no CS. Em simultâneo faz-se a primeira Consulta de Enfermagem. A administrativa marca a primeira consulta de Vigilância de Saúde (a primeira consulta da vida), a realizar pelo médico de família ou no caso de não ter médico atribuído, por um dos dois clínicos que têm a incumbência de atender os utentes sem médico de família. Posteriormente procede-se à calendarização das consultas de vigilância de Saúde como consta no Programa de Saúde infantil e Juvenil. A pediatra do CS observa crianças que lhe são referenciadas, pelos colegas de Medicina Geral e Familiar.

2 – Hospital de Santa Maria

O ser humano é eminentemente um ser social, não vive isoladamente mas em interacção continua. Devido às suas limitações, os seres humanos cooperam uns com os outros formando organizações para alcançar objectivos. Estas organizações, enquanto empresas promovem a saúde, previnem e curam a doença. O Hospital de Santa Maria (HSM) é um hospital que apresenta como grandes objectivos a qualidade e a diferenciação, procurando assumir-se como um centro hospitalar de referência, dispendo de um alargado leque de serviços especializados, com um elevado enfoque no ensino e investigação médica, o que garante a sua permanente actualização e as condições de inovação, centrando a sua actividade para a qualidade dos serviços prestados.

O HSM nasceu da necessidade de dotar Lisboa de um novo pólo hospitalar, devido ao aumento populacional na década de 30/40, e à evidente saturação dos Hospitais Civis de Lisboa, tendo o Governo delegado no Professor Francisco Gentil a criação de um novo Hospital-Faculdade, que substituisse o HSM como o mais moderno Centro Médico, de Assistência, Ensino e Investigação. Foi concebido, em 1938, pelo arquitecto alemão Hermann Distel, e iniciada a construção em 1940. Foi oficialmente inaugurado em 1954, tendo sido caracterizada como sendo uma das maiores obras do Estado Português de todos os tempos. Ao longo destes mais de 50 anos de actividade, o Hospital consolidou-se como grande instituição de prestação de cuidados, de formação de profissionais e de investigação científica. O Serviço de Pediatria foi inaugurado em Dezembro de 1954, e constitui o maior Serviço do Hospital. A vertente assistencial, a nível do Internamento e Consulta Externa, desenvolveu-se desde a abertura do serviço. Em 1963 é feita a separação do Banco de Urgências Externas do Banco Central. Em 2006 houve alteração no modelo de gestão, com adopção da



empresarialização e em 2007 foi aprovada a criação do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) - através da fusão do HSM com o Hospital Pulido Valente (HPV) - dotando-o de um único conselho de administração. Contudo continua a ser considerado o Hospital Geral, Central e Universitário de Lisboa.

Actualmente, o HSM dispõe de diversas consultas de especialidades médicas e cirúrgicas, uma urgência central, uma urgência pediátrica, e uma urgência de obstetria e ginecologia. Tem aproximadamente um total de 120 camas distribuídas por unidades pediátricas especializadas (Neonatologia, Gastrentologia, Infeciologia, Nefrologia, Unidade Puridisciplinar, Cirurgia, Pneumologia, Cuidados Intensivos da Urgência Pediátrica e Sala de Observação - SOPed).

A sua área de influência estende-se à zona metropolitana de Lisboa e a toda a região sul do país, pelo que, para além de servir directamente a população abrangida pelas instituições acima descritas, recebe doentes provenientes de numerosos hospitais distritais.

2.1 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria

O estágio decorreu na UCIPED do CHLN EPE – HSM, tendo tido a duração de 8 semanas. Trata-se de um SUP de um hospital central, que engloba a UCIPED, sendo a equipa de enfermagem comum aos dois sectores. Os serviços assumem-se também como local de aprendizagem para os técnicos de saúde.

2.1.1 - Estrutura física do SUP

O SUP é um serviço recente, sujeita recentemente obras de beneficiação e alteração da sua estrutura. O sector da Urgência Pediátrica é constituído pelas seguintes salas:

- > Salas de Espera (1 e 2);
- > Sala de Triagem;
- > Sala de Reanimação;
- > Sala de Aerossóis e Arrefecimento;
- > Gabinetes médicos (são 4, um designado de “Gabinete de Apoio ao Adolescente”, destinado ao adolescente);
- > Sala de Tratamentos;
- > Balcão do Administrativo do Serviço;
- > Zona de limpos;
- > Zona de sujios;
- > Sala destinada ao acondicionamento de consumo clínico (KamBam);
- > Sala de reunião médica;



- > WC (duas para o pessoal e duas para os utentes das quais, uma tem só chuveiro para utilização dos utentes);
- > Rouparia;
- > Copa;
- > Sala de Observação (SO - com 6 unidades, e que incorpora uma Sala de Trabalho).

A Urgência Pediátrica tem em funcionamento o Sistema ALERT, que informatiza por completo os episódios de urgência e permite realizar os registos e pedidos de exames. O transporte de produtos analíticos é efectuado por transporte em sistema de vácuo (Besidróglio) que esta situado no corredor junto ao Balcão do Administrativo.

2.1.2 - Estrutura física da UCIPED

A UCIPED é uma unidade recente, equipada com alta tecnologia, destinada ao atendimento de situações emergentes e complexas. A UCIPED é constituída por 6 Unidades, uma das quais individualizada destinada a situações de isolamento e por uma Unidade de Intermédios com duas unidades. Engloba ainda:

- > Sala dos pais/acompanhantes (com WC);
- > Gabinete Chefe de Serviço;
- > Gabinete Médico;
- > Copa;
- > WC para pessoal;
- > Rouparia;
- > Gabinete Enf.^a Chefe;
- > Vestiários;
- > Zona de sujos;
- > Farmácia;
- > WC para crianças;
- > Sala destinada ao acondicionamento de consumo clínico (KamBam);
- > Sala de trabalho.

Tem uma porta que dá passagem para outros serviços, como o de imagiologia e serviço de medicina física e reabilitação.



Desde 2004 que o serviço está informatizado e utiliza o sistema informático PICIS² para para registo integral do processo do doente e registos. Todas as unidades de doentes têm computadores próprios, ventiladores e monitores de sinais vitais.

2.1.3 – Recursos Humanos

A equipa de Enfermagem é comum a ambos os sectores/serviços, funcionando um esquema de rotatividade, cuja duração está ainda em fase de ajuste; é dotada de 46 Enfermeiros, divididos em quatro equipas com horário rotativo (7/8 Enfermeiros por equipa), havendo uma equipa de Enfermeiros de horário fixo. O horário praticado pelos enfermeiros é o de 35/40 e 42 horas semanais. O método de trabalho em vigor em ambos os sectores é o individual. No SUP os postos de trabalho estão assegurados da seguinte forma: Sala de triagem – um Enfermeiro, Sala de tratamentos e sala de reanimação – um Enfermeiro, Serviço de Observação Pediátrico (SOPED) – dois enfermeiros. O rácio Enfermeiro/criança, na UCIPED é de um para duas/três crianças. A distribuição do utente pediátrico doente por turno é efectuado pelo enfermeiro chefe da equipa tendo em conta a continuidade dos cuidados.

Na UCIPED está ainda sediado o Serviço de Transporte Pediátrico (SAVPED), que em colaboração com o INEM, assegura o transporte de crianças em estado crítico de saúde dos hospitais distritais para cinco Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas: UCIPED do CHLN EPE – HSM, do Hospital D. Estefânia, do Hospital Fernando da Fonseca, do Hospital Garcia de Horta e do Hospital Distrital de Faro. A equipa de enfermagem do SAVPED é assegurada pelos Enfermeiros que têm experiência de trabalho na UCIPED.

O quadro de pessoal é composto por Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais.

A avaliação do desempenho é efectuada através de uma entrevista com o enfermeiro chefe, tendo como base o relatório crítico de actividades e as normas e critérios da instituição em relação a cada uma das categorias profissionais.

2.1.4 – Caracterização das Crianças

Ambos os sectores recebem todos os utentes com idades compreendidas entre os 0 e 15 anos + 364 dias, não existindo área residencial de eleição, assim como o utente pediátrico com mais de 15 anos portador de doença crónica e seguido na consulta de pediatria da instituição.

² Picis é um sistema informático que permite a entrega rápida e sustentada dos resultados clínicos, financeiros e operacionais nas unidades de cuidados



A UCIPED é Unidade de Referência de Trauma da zona Sul do País, e uma Unidade com apoio de todas as especialidades em contexto pediátrico, pelo que a variedade de situações é muito variável. Existe ainda uma grande rotatividade de utentes.

As crianças que permanecem internadas têm o direito a acompanhamento pelos pais durante 24 horas por dia (ambos ao pais durante o dia e 1 um dos pais durante a noite).

De acordo com os vários estádios de desenvolvimento infantil (Hockenberry, 2006), poder-se-á caracterizar os utentes pediátricos do serviço como:

Lactentes – de 1 mês de vida até aproximadamente 12 meses. Este período caracteriza-se por um rápido desenvolvimento motor, cognitivo e social.

Primeira infância – de 1 a 6 anos de idade. Este período estende-se desde que a criança se consegue mover de pé até à sua entrada na escola. Caracteriza-se por intensas actividades e descobertas. É um período de acentuado desenvolvimento físico e da personalidade. Nesta fase as crianças adquirem a linguagem e estabelecem as relações interpessoais.

Segunda infância – dos 6 aos 11 anos. Frequentemente denominada de “idade escolar”. Nesta fase a criança encontra-se mais direccionada para o exterior ao grupo familiar e para as relações com os seus pares.

Adolescência – dos 11 aos 18 anos. É considerado como um período de transição da infância para a vida adulta, que se inicia com a puberdade e se estende até ao final da maturação dos caracteres sexuais. Está presente uma rápida mudança das características como o aparecimento dos pêlos, a alteração das formas, do tom de voz, entre muitas outras. O adolescente centra-se sobre a sua própria identidade ao invés de procurar nos seus pares.

Ao longo do internamento é permitida e incentivada a permanência dos pais e/ou pessoa significativa junto da criança. Durante o dia e até às 23 horas o acompanhante pode ser substituído por um outro familiar, com idade igual ou superior a 18 anos. À noite é permitida apenas a presença de um dos pais, exceptuando alguns casos pontuais.

2.1.5 – Circuito percorrido pela criança do internamento à transferência/alta clínica

O utente pediátrico é inscrito no SUP através do Serviço Administrativo, aguardando na sala de espera 1 pela chamada do enfermeiro para sala de Triagem. Se estiver acompanhado por mais do que um familiar ou pessoa significativa, estes devem aguardar na sala de espera 2 (contentor exterior).



Em situação clínica instável, perigo de vida ou acompanhada pelos bombeiros/INEM/CODU, ou por profissionais de outras instituições, o utente entra directamente no SUP, enquanto é realizada a inscrição, habitualmente por um dos familiares.

Após observação de enfermagem na sala de triagem é encaminhado para os diferentes sectores do serviço/instituição, de acordo com o protocolo de triagem, de forma a garantir a segurança/qualidade dos cuidados.

O Serviço de Urgência Central (SUC) recebe o utente pediátrico politraumatizado ou vítima de trauma *minor* mas com ferida aberta. No SUC é realizada triagem de Manchester sendo o utente encaminhado para o SUP após observação médica pela ortopedia e/ou cirurgia e realização dos meios complementares de diagnóstico necessários. É então observado pelo enfermeiro da sala de triagem que o encaminha para os gabinetes de observação médica.

O utente pediátrico oriundo do Serviço de Urgência Básica (SUB) de Santo António dos Cavaleiros - Loures, já recorre ao SUP com triagem de Manchester efectuada, não havendo necessidade de nova inscrição nos serviços de saúde. Vem para observação por pediatra, realização de meios complementares de diagnóstico e tratamento, seja por situação clínica instável ou esclarecimento de diagnóstico.

Em caso de necessidade de internamento, a criança poderá ficar no SOPED, num piso de internamento ou na UCIPED, de acordo com o estado clínico e a existência de vagas.

As crianças internadas na UCIPED dão entrada directamente do SUP, de outros serviços do Hospital ou de outras instituições. Quando houver estabilidade hemodinâmica e a situação clínica não exigir internamento de Cuidados Intensivos, a criança será transferida para um piso de internamento de pediatria ou para a instituição de origem.

2.1.6 – Regime de Visitas

Trata-se de unidades muito específicas, com grande afluência e rotatividade crianças, pelo que para facilitar o funcionamento dos serviços, controlo de infecção hospitalar, assegurar o máximo repouso e uma rápida recuperação da criança internada são apenas permitidas a presença dos pais ou familiares significativos (duas pessoas), não havendo possibilidade de visitas, excepto em situações específicas como internamentos prolongados ou crianças em fase terminal. Estas visitas esporádicas estão dependentes das actividades desenvolvidas pelas equipas Médicas e de Enfermagem. É realizado um acolhimento aos familiares, tendo em consideração atitudes de disponibilidade, simpatia, e compreensão das necessidades da família, visando o seu bem-estar e da criança. Contudo tem-se verificado que nem sempre a informação acerca das normas do serviço são interiorizadas pelos acompanhantes.



2.1.7 – Articulação com os serviços de apoio

São vários os serviços que prestam apoio ao processo terapêutico das crianças internadas na unidade:

- > Laboratório;
- > Radiologia;
- > Serviço social;
- > Serviço religioso;
- > Farmácia;
- > Medicina física e de reabilitação;
- > Serviço de aprovisionamento;
- > Psicologia.

2.2 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria

2.2.1 – Caracterização da UCIN do HSM

A UCIN está integrada na área organizacional de saúde da mulher e criança, que se localiza na ala norte do HSM, no Piso 7.

Desde a sua inauguração em 1955, o serviço foi sofrendo algumas alterações na sua estrutura física e organizacional, a nível de recursos materiais, com a aquisição de mais e melhores equipamentos, a nível das técnicas realizadas e relativamente à preocupação dos profissionais quanto à humanização dos cuidados prestados ao RN e sua família.

A UCIN procura dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a RN, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região Sul. Dá também apoio aos PALOP.

A Unidade de Neonatologia tem capacidade para receber sobretudo RN provenientes da Sala de Partos do HSM e ainda, bebês transferidos pelo INEM, das mais diversas proveniências.

Como unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admite recém-nascidos com as mais variadas situações, sendo as causas mais frequente:

- ☒ Prematuridade
- ☒ Síndrome de dificuldade respiratória/asfixia neonatal
- ☒ Risco infeccioso (infecção perinatal)



- œ Icterícia (hiperbilirrubinémia)
- œ Anomalias congénitas (que normalmente requerem cirurgia – cardiopatias, malformações, ...)
- œ Vigilância de alterações metabólicas (mais frequente, a diabetes)
- œ Vigilância de síndrome de abstinência

A unidade era denominada de Alto Risco, encontrando-se dividida em duas salas denominadas de Alto Risco 1 e Alto Risco 2. Mediante as situações clínicas das crianças, estas eram colocadas na respectiva sala. Cada sala estava organizada por boxes e tinha a sua própria equipa quer de enfermagem, quer médica. Mais tarde, o serviço sofreu algumas alterações na sua estrutura física e organizacional, e em 1989 abre como UCERN (Unidade de Cuidados Especiais ao RN) e posteriormente como UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais).

Situação actual

Este serviço é uma unidade polivalente, com capacidade total de 20 berços/incubadoras, distribuídos por uma UCI e uma Unidade de Cuidados Intermédios. Procura dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a RN que necessitem de cuidados, que pertencem às áreas abrangidas pelo HSM.

Como qualquer UCI, o serviço caracteriza-se por dispor de meios humanos e materiais altamente especializados para o efeito.

Para além de se destinar ao tratamento intensivo a RN que necessitam de um nível de intervenção diferenciada e constante, a unidade assume-se também como local de aprendizagem para os técnicos de saúde.

2.2.2 - Objectivos da Unidade de Neonatologia

Este serviço tem como objectivos gerais:

- œ Cuidar dos RN que necessitam de cuidados especiais e/ou intensivos;
- œ Apoiar os pais e família dos RN e incentivar a sua permanência junto deles;
- œ Procurar que os pais façam parte integrante da equipa de prestação de cuidados, com o objectivo da preparação para a alta do RN;
- œ Procurar a colaboração integrada de uma vasta equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados ao RN.



2.2.3 - Estrutura física

A unidade encontra-se situada no Piso 7, com acesso controlado, constituída por diversos espaços com características e finalidades variadas:

- œ **Unidade de Cuidados Intensivos** – esta unidade tem um total de 8 incubadoras, distribuídas por uma sala. Tem como doentes aqueles que se apresentem em estado crítico, admitidos directamente pelo Bloco de Partos, transportados pelo INEM e pelos serviços de urgência pediátrica e urgência de obstetria e ginecologia, que necessitem de vigilância continua e/ou ventilação mecânica. O progresso tecnológico é aqui evidente, demonstrado pela variedade de equipamento altamente sofisticado de apoio diagnóstico e tratamento. Cada unidade é composta por uma incubadora, monitor cardio-respiratório e dispõe de todo o material necessário para prestar cuidados de enfermagem ao RN;
- œ **Unidade de Cuidados Intermédios** – Com uma lotação de 12 berços/incubadoras, distribuídas por uma sala, esta unidade está destinada a receber o doente que vem da UCI, do Bloco de Partos e dos SUPed e urgência de obstetria e ginecologia, e que apesar do seu estado ser hemodinamicamente estável, vai continuar a necessitar de uma vigilância de forma a assegurar a continuação da evolução favorável do seu estado clínico.

A UCI e a UC Intermédios formam uma sala em “U”, tendo uma área comum para a preparação de terapêutica (em câmara de fluxo laminar) e para a elaboração dos registos.

- œ **Sala de Pré Saída** – É independente das outras unidades, situando-se à entrada do serviço. Tem capacidade para 5 berços e admite recém-nascidos, normalmente com peso superior a 1900 kg e principalmente para adquirirem autonomia alimentar;
- œ **Sala de Enfermagem** – É um local de referência para as reuniões de passagens de turno. Aqui encontra-se um instrumento de informação sobre todos as crianças do serviço (Quadro de Registo de Doentes).
- œ **Gabinete da Enfermeira Chefe** – É um local onde a Enfermeira Chefe realiza as reuniões com a Equipa de Enfermagem, para a avaliação dos cuidados de enfermagem.
- œ **Sala dos Médicos** – Local onde são realizadas as reuniões da Equipa Médica.
- œ **Copa de Leites** – Local onde são preparados os biberons de acordo com a prescrição médica (dá resposta a todos os serviços de Pediatria do HSM);
- œ **Sala do café** – Local destinado para a equipa de saúde tomar pequenas refeições, mas que também é utilizado pela equipa para a realização de reuniões com os pais das crianças internadas (uma vez por mês), formações, etc...
- œ **Arrecadação**- onde estão guardados os materiais mais utilizados na unidade;



- œ Casas de banho (uma para a equipa de saúde e outra para os pais)
- œ Espaço pequeno que utilizado como vestiário (pois dentro da unidade todo o pessoal utiliza farda própria do serviço).

2.2.4 - Constituição da Equipa de Saúde

Os recursos humanos da Unidade são constituídos por: médicos; enfermeiros, auxiliares de acção médica. Dão também apoio à Unidade, uma Assistente Social, duas Psicólogas, Enfermeira de Cinesiterapia respiratória, Fisioterapeuta e uma Terapeuta da Fala para os bebés que ainda não tem autonomia alimentar, motivo que prolonga a duração dos internamentos.

No que se refere à equipa de Enfermagem, ela é constituída por 5 equipas com horário rotativo (6 Enfermeiros por equipa), cujos elementos são distribuídos mensalmente pelos diferentes sectores. Cada turno é assegurado por 3 enfermeiros na UCI, 2 na Unidade de Cuidados Intermédios e 1 na Sala de Pré-Saída. O método de trabalho em vigor é o individual e de equipa, ou seja o enfermeiro presta os cuidados globais aos RN que lhe são atribuídos, e sempre que possível, o mesmo enfermeiro cuida do RN/criança durante o seu internamento, de modo a permitir uma relação privilegiada com a família.

Em termos de rácio Enfermeiro/doente, na Unidade de Cuidados Intermédios este é de 1 para 6, e na UCI é de 1 para 2/3.

Existe uma grande preocupação por parte da equipa de enfermagem, por manter uma actualização dos seus conhecimentos. Quando surgem temas que suscitem o interesse da Equipa de enfermagem, é determinada a discussão desses temas no próprio serviço, sobretudo através de conversas informais.

As passagens de turno são realizadas individualmente em cada sector junto das unidades dos recém-nascidos. A Enf.^a Chefe e a Enf.^a responsável (EESIP) assistem à passagem de turno na UCI e de Intermédios.

A equipa de enfermagem está empenhada na humanização dos cuidados ao RN e sua família, verificando-se como principais preocupações:

- œ O acolhimento e integração dos pais na equipa de saúde;
- œ Condições físicas da unidade adequadas para os pais;
- œ A dor no RN: medidas não farmacológicas e farmacológicas;
- œ O impacto do ambiente no desenvolvimento do RN;
- œ Planeamento e organização dos cuidados ao RN: comunicação interpessoal;
- œ Recursos humanos: rácio enfermeiro/doente;



- œ Recursos materiais e espaço da unidade;
- œ Ética em neonatologia: viabilidade, futilidade/encarniçamento terapêutico, comunicação e relações inter-profissionais e com os pais.

2.2.5 - Caracterização dos doentes

Os doentes são RN, regra geral residentes na área de abrangência do HSM. Trata-se de uma população cujos motivos de internamento mais frequentes são a prematuridade e o risco de infecção.

Como unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admite os RN com as mais variadas situações, prematuridade, risco de infecção, malformações congénitas que requerem intervenção cirúrgica, nomeadamente atresias do esófago, atresia anal, mielomeningocele, entre outros. São RN que permanecem durante todo o internamento na unidade, com a possibilidade de acompanhamento dos pais durante 24 horas por dia. A sua proveniência é em maior número do Bloco de Partos.

2.2.6 - Circuito percorrido pelos doentes do internamento à transferência

O internamento do RN na unidade é previamente proposto, discutido e acordado entre os clínicos do serviço de origem e os da unidade (quando possível). Atendendo ao número de vagas existentes e à especificidade dos cuidados prestados, desde que reúna os critérios de admissão e haja vaga na unidade, o RN é admitido. No entanto, em caso de emergência, mesmo não havendo vaga, enquanto existirem ventiladores que não estejam a ser utilizados, a criança é admitida. É dado especial ênfase ao momento da recepção do doente na unidade. É função tanto do enf^o como do médico, avaliar rapidamente e objectivamente a situação clínica do RN, definir prioridades e actuar sempre numa atitude calma, confiança e disponibilidade. No momento da admissão é também realizado o acolhimento à família (sempre que o estado da criança o permita).

Sempre que possível, e perante prematuros com menos de 30 semanas de idade gestacional, gravidezes gemelares e RN com complicações graves, o médico neonatologista e a enf^a da unidade dirigem-se à sala de partos para receber o bebé, sendo posteriormente transferido para a unidade através da incubadora de transporte.

Logo que a situação clínica do RN o permita, procede-se à transferência para a Unidade de Cuidados Intermédios, onde se mantém uma constante vigilância médica e de enfermagem, fundamental para a evolução favorável do seu estado de saúde. Caso não hajam intercorrências, mantendo-se o RN estável em termos hemodinâmicos, tem alta ou então procede-se-á à sua transferência para outro serviço do hospital ou para o hospital de



residência dos pais. Quando a transferência é feita, são fornecidos ao enf^o que recebe o doente, informações sucintas relativas à evolução do estado do RN, de forma a permitir a continuidade dos cuidados prestados. Se o doente for transferido para outro hospital, acompanham o doente a carta de transferência médica e de enfermagem. Quando o RN tem alta para o domicílio é sempre referenciado ao centro de saúde da área de residência, sendo enviada a respectiva carta de alta de enfermagem pelo correio e/ou realizado contacto telefónico.

2.2.7 - Regime de visitas e informações clínicas

Na Unidade é dado especial destaque ao estabelecimento da relação precoce entre o RN e a sua família. O regime de visitas é assim muito flexível. Assim, os RN podem ter a companhia dos pais 24 horas por dia, sete dias por semana. Os irmãos, do bebé, com mais de 2 anos podem fazer uma visita rápida das 14h às 19h. De Outubro a Março, os irmãos entre os 2 e os 10 anos não podem entrar devido à maior ocorrência de infecções respiratórias nas crianças. Quanto a outras visitas, devem ser combinadas previamente com os pais e a com a equipa de enfermagem para que se tome uma decisão conjunta, sempre de acordo com a situação do bebé, contexto familiar e das actividades desenvolvidas pelas equipas Médicas e de Enfermagem.

Tal como os doentes, também os familiares apresentam necessidades específicas no que diz respeito ao seu bem estar. Disponibilidade, simpatia, e compreensão são necessidades que se devem procurar satisfazer. Desta forma privilegia-se a realização de um acolhimento personalizado aos familiares dos doentes, o mais precocemente possível.

2.2.8 - Articulação com os serviços de apoio

São vários os serviços que prestam apoio ao processo terapêutico dos doentes internados na unidade:

- œ Laboratório – São realizadas colheitas de sangue para análises de rotina pelos médicos, de acordo pensem ser necessárias;
- œ Exames complementares de diagnóstico – Os RN realizam geralmente todos os exames no serviço, excepto Ressonância Magnética, Tomografia Axial Computorizada e por vezes Radiografias com contraste;
- œ Serviço social – Perante casos de índole social, procede-se ao contacto da Assistente Social;
- œ Apoio religioso – Existe um capelão da religião católica no Hospital. No entanto, se o doente se identificar com outra religião, é facilitada a presença do pároco;



- ☉ Farmácia – O sistema utilizado no serviço é o tradicional, mediante o preenchimento das requisições uma vez por semana;
- ☉ Serviço de aprovisionamento – No início de cada mês são fornecidos ao serviço os materiais pedidos (sempre em menor número que o pedido, de acordo com a enfª responsável);
- ☉ Fisioterapia e Cinesiterapia – O seu apoio é fundamental para a prevenção, tratamento e na recuperação dos RN.

2.2.9 - Principais problemas com que o serviço se debate

Os principais problemas com que este último se debate são:

- ☉ Défice em termos de recursos humanos (enfermeiros e auxiliares de acção médica);
- ☉ Espaço físico reduzido e não adaptado às necessidades, pelo que seria necessário:
- ☉ Sala com casa de banho para os pais poderem relaxar;
- ☉ Sala ampla para arrumação de material específico da unidade;
- ☉ Sala para o pessoal;
- ☉ Vestiário para o pessoal;
- ☉ Sala para as mães poderem tirar o leite com privacidade;
- ☉ Boxe de isolamento para crianças com problemas infecciosos, morte entre outros.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – Missão institucional. Lisboa, 2008. Disponível em: <http://www.hsm.minsaude.pt/Inicio/MissãoeValores/tabid/1635/Default.aspx>

HOSPITAL DE SANTA MARIA EPE - Regulamento Interno do Hospital de Santa Maria, EPE. Lisboa, 2005. Disponível na Internet: www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/regulamentos/04_06_12.10_regulamento_interno.pdf

HOSPITAL DE SANTA MARIA EPE – Departamento da Criança e da Família. Lisboa, 2008. Disponível na Internet: [hsm.minsaude.pt/CentroHospitalar/Organização/EstruturaOrganizacional/AcçãoMédica/DepartamentodaCriançaedaFamília/ServiçodePediatria/tabid/1079/Default.aspx](http://www.hsm.minsaude.pt/CentroHospitalar/Organização/EstruturaOrganizacional/AcçãoMédica/DepartamentodaCriançaedaFamília/ServiçodePediatria/tabid/1079/Default.aspx)



ORDEM dos ENFERMEIROS – **Competências dos Enfermeiros Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. Disponível na Internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompeticenciasEnfCG.pdf

ORDEM dos ENFERMEIROS – **Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Caderno Temático: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem**, 2009, p.10-23

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – **O mundo da criança**. 8ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001. 707p. ISBN 972-773-069-8.

PORTUGAL, Ministério da Saúde Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (2005) **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação**. Lisboa: DGS

PORTUGAL, Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Vacinação**. [Em Linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006. [Consult. 10 Mai. 2009] Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/>

ANEXO II – Reflexão: “*O Brincar...*”

O Brincar ...

Quando pensamos em crianças invade-nos o pensamento o brincar, o brinquedo, o jogo e a espontaneidade. De acordo com Maluf (2008)¹, está comprovado que as actividades lúdicas são importantes para o desenvolvimento das potencialidades humanas das crianças, proporcionando-lhes condições adequadas ao desenvolvimento físico, motor, emocional, cognitivo e social. Logo, as actividades lúdicas e o jogo estão intimamente ligados com aprendizagem. Parafraseando Vygotsky (1987)², as pessoas não nascem como um copo vazio, elas são formadas de acordo com as experiências às quais são submetidas.

Neste sentido, torna-se importante estimular e ensinar as crianças a adoptar estilos de vida saudáveis e comportamentos seguros. O brincar constitui uma necessidade básica da criança, que surge nos primeiros dias de vida e se desenvolve durante todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento. De acordo com a Organização das Nações Unidas³, citada por Ferland (2006)⁴, o brincar é um direito fundamental reconhecido pela convenção dos direitos da criança.

Segundo Hockenberry (2006)⁵, através do brincar a criança aprende o que mais ninguém lhe pode ensinar. Aprende sobre si própria o que pode fazer, como relacionar-se com as coisas e como se adaptar às regras impostas pela sociedade. Toma conhecimento do seu mundo e de como lidar com esse ambiente de objectos, tempo, espaço, estrutura e pessoas. Nas brincadeiras, a criança pratica continuamente o complexo processo de viver, de comunicar e de se relacionar com as outras pessoas.

São varios os benefícios das actividades lúdicas (Maluf, 2008): assimilação de valores, aquisição de comportamentos; desenvolvimento de diferentes áreas do conhecimento; aprimoramento de habilidades e socialização. Por outro lado, estão incluídas neste processo várias actividades, como por exemplo: desenhar, brincar, jogar, contruir colectivamente e ler. Assim, além de proporcionarem uma sensação de poder num mundo concebido para os adultos, as brincadeiras tornam-se fonte de gratificação e contribuem para reforçar a sua auto-estima (Ferland, 2006). Funcionam, também como o embrião a partir do qual vão

¹ Maluf, A.C. – actividades lúdicas para educação infantil. Conceitos, orientações e práticas. Petrópolis:editora Vozes. 2008

² Vygotsky, L.S. – Pensamento e Linguagem. São Paulo. Martins Fontes, 1987.

³ United Nations - Declaration of the rights of the child. Official Records of the General Assembly. New York: United Nations; 1959.

⁴ Ferland, F. – Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida (1Ed.) Lisboa: Climepsi Editores, 2006

⁵ HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; WINKELSTEIN – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2006. 1303 p.



surgir as capacidades para os comportamentos e estilos de vida saudáveis em adulto, referem Valeriano e Diogo (2001)⁶.

O brinquedo é um recurso facilitador da intervenção de enfermagem. O brincar é importante à criança e a equipa de saúde deve reconhecer essa necessidade, propiciar meios para a sua realização e incorporá-la de forma sistemática na assistência diária. Se esta necessidade não for ultrapassada, poderá ocasionar distúrbios comportamentais que levam ao não favorecimento do desenvolvimento e crescimento saudáveis da criança.

A prestação de cuidados em enfermagem à criança, independentemente do contexto em que esteja a ocorrer, é algo abrangente. Além da execução adequada da técnica ou do domínio dos conhecimentos relacionados a determinada patologia, exige que a criança e a sua família sejam contempladas com um todo: atender às suas necessidades emocionais e estabelecer vínculos com ela e a família, saber compreendê-la, conforme a fase de desenvolvimento em que se encontra e, especialmente, quando a vivencia um processo de doença.

Têm sido adoptadas medidas em determinados serviços tal como a “Horta Pedagógica”. São iniciativas como esta, que têm obrigatoriamente de servir como exemplo, pois contribuem em várias vertentes para uma significativa qualidade de vida na área da saúde infantil.



Horta Pedagógica – Consulta Externa de Pediatria do HSM

É necessário num período crítico contagiar as crianças, com muita alegria e esperança, proporcionando uma verdadeira transformação do ambiente habitual provocando um

⁶ Valeriano, J. E Diogo, P. – O brincar: actividade de desenvolvimento e de adaptação à vida. *Servir*, 49:3 (2001) pp 110-116.



sorriso, calma, serenidade, como forma de recorrerem aos serviços de saúde infantis e pediátricos.

Nessa perspectiva, o brincar aparece como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos, entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras, e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis (Mitre, 2000)⁷. Para que isto aconteça é necessário reconhecer que cada criança apresenta uma cultura lúdica, cultura essa que é formada a partir da interiorização de regras provenientes do seu meio social (Brougère, 2002)⁸. Dessa forma, o brincar surge como uma possibilidade de modificar o quotidiano das idas aos consultórios, serviços de saúde infantis e pediátricos até mesmo durante os internamentos, pois produz uma realidade própria e singular, entre o mundo real e o mundo imaginário, fazendo a criança transpor as barreiras da doença e os limites de tempo e espaço.

O reconhecimento da importância do brincar também se encontra registrado na Carta da Criança Hospitalizada, que refere que *“As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem, de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.”* (Carta da Criança Hospitalizada)⁹.

A promoção do brincar nos serviços de saúde pode facilitar a continuidade da experiência de vida da criança. Para que o seu desenvolvimento não bloqueie, o lúdico ajuda-a na compreensão do que ocorre consigo e a liberar temores, tensões, ansiedade e frustração; promovendo satisfação, diversão e espontaneidade e possibilita participar activamente. Para os enfermeiros, o brincar é um instrumento de intervenção e uma forma de comunicação, possibilitando detectar a singularidade de cada criança. As crianças quando brincam, exercitam a sua criatividade e liberdade, transformam o real em imaginário e esta capacidade sempre estará. Os enfermeiros devem adquirir habilidades que facilitarão a assistência, ajudando no processo saúde-doença, por reconhecerem que o acto de brincar num serviço de saúde infantil/pediátrico é um factor que motiva uma maior interacção na relação enfermeiro-criança, subsidiando uma assistência requalificada, de natureza global e integral. A busca pela *humanização* do espaço hospitalar prevê o respeito, o estímulo e o resgate da dimensão saudável da criança, que muitas vezes pode ser traduzida pelo brincar.

⁷ Mitre RM - *Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar*. Rio de Janeiro: 2000

⁸ Brougère G - *A criança e a cultura lúdica. O brincar e suas teorias*. São Paulo: 2002

⁹ Carta da Criança Hospitalizada - *humanização dos serviços de atendimento à criança*. Instituto de Apoio à Criança. Lisboa : IAC, 2000

ANEXO III - Questionário realizado aos pais no Centro de Saúde de Odivelas

Questionário aplicado aos pais, nas consultas de Saude Infantil e Saude Materna, com o intuito de conhecer quais as suas necessidades relativamente à area de SIP

Questionário

Idade do acompanhante: ____ Habilitações literárias: _____

Profissão: _____

Relação de parentesco com a criança: _____

Idade da criança: ____

Recorre mais vezes ao Centro de Saúde de Odivelas:

- CATUS
- Consulta de Saude Infantil

Necessidades de Formação:

- Alimentação/Aleitamento materno
- Higiene/ Saúde Oral
- Sono (Hábitos de sono, rituais de adormecimento, cama e quarto próprios, posição de deitar)
- Hábitos intestinais e cólicas
- Desenvolvimento, Temperamento e Relacionamento
- Acidentes, Prevenção e Segurança
- Sinais e sintomas que justifiquem recorrer aos Serviços de Saúde
- Conduta face a sinais e sintomas comuns (febre, choro, obstrução nasal, dificuldade respiratória, vômitos, diarreia, obstipação, entre outros)
- Vacinação/Reacções às vacinas
- Estilos de vida saudáveis (brincar, passear, dormir, desenhar, hábitos televisão, rituais de adormecimento)
- Vida na creche, ama ou outros atendimentos diurnos
- Outros:

Obrigado pela Colaboração

ANEXO IV – Acção de Formação no CSO sobre febre, traumatismos cranio-encefálicos,
vómitos, diarreia e desidratação

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS 1

Febre na Criança


Ânia Balça
Orientação = Enf^o Nelson Viegas =

12/08/12

FEBRE

"A febre é um poderoso engenho que a natureza trouxe ao mundo para derrotar os seus inimigos"

THOMAS SYDENHAM



2

FEBRE

A febre tem valor como sinal de doença e não como doença em si própria

(DS,2004)

```

    graph LR
      A[Estímulos Internos  
· Infecção] --> B[Alteração centro termo-regulador  
(hipotálamo)]
      B --> C[Elevação temperatura corporal]
  
```

Febre ≠ Hipertermia

3

FEBRE ≠ HIPERTERMIA

AUMENTO DA TEMPERATURA

HIPERTERMIA	FEBRE
<ul style="list-style-type: none"> Aumento produção calor ou do calor ambiente Redução da capacidade de dissipar calor 	<ul style="list-style-type: none"> Alteração do ponto de fixação hipotalâmico para nível mais elevado

4

TERMORREGULAÇÃO

A regulação da temperatura corporal resulta, em cada instante, do equilíbrio entre a produção de calor (**termogénese**) e a perda de calor (**termólise**)



CENTRO TERMORREGULADOR (CTR)
(situado no hipotálamo anterior)

12/08/12
5

CTR - CONSTITUIÇÃO

- **Termóstato** - monitor contínuo da temperatura em vários locais do organismo; codifica se há necessidade de aumentar, diminuir ou manter a produção de calor
- **Ponto de fixação** - determina o valor da temperatura corporal que deve ser atingido

12/08/12
6

CTR - CONSTITUIÇÃO

- **Centro de ganho de calor**
 - **fase de termogénese sem calafrio** - aumento do tónus muscular; aumento da actividade metabólica e alterações de comportamento (ex: procura de agasalho, de um abrigo, uso de ar quente exalado)
 - **fase de calafrio** - contracções involuntárias dos músculos esqueléticos (tremores generalizados)
 - **redução das perdas de calor** - supressão da actividade das glândulas sudoríparas; vasoconstrição cutânea

12/08/12
7

CTR - CONSTITUIÇÃO

- **Centro de perda de calor**
 - diminuição do tónus muscular
 - aumento da actividade das glândulas sudoríparas
 - vasodilatação marcada dos vasos cutâneos
 - alterações de comportamento (ex: uso de roupas leves e procura de fontes de frio)

12/08/12
8

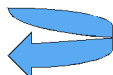
ETIOLOGIA

- Infecções - causa mais frequente
- Doenças inflamatórias - doença de Crohn; pancreatite aguda; hepatite
- Doenças oncológicas
- Reações de hipersensibilidade medicamentosa
- Alterações psicológicas - emoções (ansiedade/stress)

• Etiologia evidente



TRATAR



Atenção: a maior parte das situações infecciosas nas crianças não justificam o uso de antibióticos

12/08/12

CRIANÇA COM FEBRE

• Etiologia não evidente

Sinais de Gravidade:

- Prostração
- Gemido
- Sonolência
- Má perfusão periférica



Sem Sinais de Gravidade:

- Tratamento sintomático
- Reavaliar após 48h
- Alertar para sinais de alarme

12/08/12

10

CLASSIFICAÇÃO DA FEBRE

• Temperatura central normal = 37°C/38°C

• Variações

- Idade
- Actividade física
- Refeições
- Ritmo circadiano
 - + elevada entre 17 - 19h
 - + baixa entre 2 - 4h



Sub-Febril
(37,5°-38°)



Febre Moderada
(38,1°-39°)

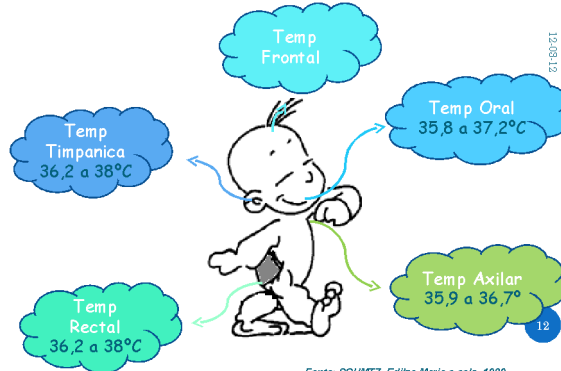


Febre Alta
(>39°)

12/08/12

1

AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA



12/08/12

12

Fonte: SCHMITZ, Edilza Maria e cols, 1999.

COMO AVALIAR A TEMPERATURA



TEMP. ORAL

- falsos resultados
- é perigosa em pediatria
- em circunstância alguma deve ser utilizada



TEMP. AXILAR

- resultados fiáveis
- $0,5^{\circ}\text{C}$ < temp. oral
- 1°C < temp. rectal
- exige colaboração
- aplicável > 5ª de idade
- avaliação durante 5 minutos com axila bem seca

12-08-12

13

COMO AVALIAR A TEMPERATURA



TEMP. RECTAL

- técnica recomendada para as crianças + novas (até 3-4 anos)
- termómetro deve ser introduzido suavemente de 3 a 5 cm na ampola rectal, previamente lubrificada, durante 3 min (evitar lesões da mucosa rectal, nomeadamente perfuração do recto)
- $> 1^{\circ}\text{C}$



TEMP. TIMPÂNICA

- técnica não invasiva
- avaliação rápida (5 segundos)
- canal auditivo externo limpo
- tamanho do espéculo adequado à idade

12-08-12

14

COMO AVALIAR A TEMPERATURA



TEMP. FRONTAL

- falsos resultados
- disco para colocar na testa durante 15'

12-08-12

15

O QUE AVALIAR?

- Duração
- Valor
- Modo Avaliação

Temperatura

- Cefaleias
- Rigidez nuca/ Dor cervical
- AP / AF convulsões febris

Neuro-muscular

- Coloração/perfusão cutânea
- Exantema
- Petéquias/ Sufusões
- Sinais desidratação

Pele

- Gemido
- SDR
- Calafrio
- Prostração
- Mau estado geral

Outros Sinais/sintomas

12-08-12

16

GRUPOS ETÁRIOS



(RN) - Episódios febris pouco frequentes
- Microrganismos maternos e Imaturidade SI
- Bacteriemia Grave



(28d - 2M) - Episódios febris frequentes
- Microrganismos meio ambiente
- Identificação do agente e respectivo tratamento



(2-24M) - Episódios febris frequentes
- Incidência meningite bacteriana
- Bacteriemia oculta
- Identificação do agente e respectivo tratamento



(Após 24M) - Tratamento de acordo com necessidades e desenvolvimento estado-ponderal

17

12-08-12

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Fase de "ataque" ou "fase do frio"

- 👉 elevação da temperatura corporal até ao valor determinado pelo ponto de fixação
- 👉 polipneia e taquicardia - por aumento do metabolismo
- 👉 a criança sente frio
- 👉 tremores/calafrios - por aumento da actividade muscular
- 👉 pele fria e pálida - por vasoconstricção dos capilares cutâneos
- 👉 a criança não transpira - por supressão da actividade das glândulas sudoríparas
- 👉 anorexia
- 👉 mal estar geral - cansaço, prostração

18

12-08-12

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Curso da febre - a temperatura corporal atinge a temperatura fixada e permanece aumentada

- 👉 pele e mucosas quentes e secas
- 👉 Polipneia
- 👉 Taquicardia
- 👉 anorexia, náuseas e vômitos
- 👉 irritabilidade ou prostração

19

12-08-12

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Fase de declínio - a temperatura corporal diminui atingindo o valor normal

- 👉 a criança sente calor
- 👉 sudorese marcada - por aumento da actividade das glândulas sudoríparas
- 👉 pele quente e ruborizada - por vasodilatação dos capilares cutâneos

20

12-08-12

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

12/08/12

História da febre

- 👤 idade da criança
- 👤 outros sintomas associados
- 👤 padrão da febre, duração (o que foi feito e se surtiu efeito; valorizar se temperatura > 2 dias)
- 👤 alteração nos hábitos da criança
- 👤 experiência febris anteriores (como reage a criança quando tem febre?)

21

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

12/08/12

Medidas Gerais

- 👤 Desagasalhar ou agasalhar?
 - Na subida térmica - agasalhar
 - Na defervescência - desagasalhar
- 👤 Banho tépido (se t.ax 40-41°C) (discutível)
- 👤 Hidratação oral

22

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

12/08/12

Tratamento

- 👤 administração de antipiréticos (avaliação periodicamente da temperatura- 30/60 minutos)
- 👤 realização de arrefecimento corporal - despir a criança; friccionar a pele com compressas molhadas em água tépida; banho não superior a 20 min, com intervalos de 2 horas
- 👤 realização de arrefecimento ambiental

NOTA: o álcool está contra-indicado no arrefecimento pelo perigo de intoxicação e de hipotermia

23

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

12/08/12

Promover a hidratação/nutrição - oferecer líquidos e alimentos:

- 👤 à temperatura ambiente
- 👤 fraccionadamente
- 👤 do agrado da criança
- 👤 sem insistência
- 👤 dieta adequada - evitar ingestão calórica excessiva e reduzir a ingestão proteica

24

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Promover o Conforto

- favorecer o repouso
- temperatura ambiente confortavelmente fresca
- durante as diferentes fases do processo febril (tapar a criança, mas não hiper agasalhar; despir a criança)

Controle da Infecção

- colheita de produtos para análise - identificar agente
- promover isolamento, se necessário
- administração de antibiótico
- ensino à criança e pais

25

12/09/12

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Despiste de Complicações

- desidratação
- convulsões

Reduzir a ansiedade da criança e dos pais

Preparação para a Alta

- ensino sobre o modo de actuar no domicílio
- ensino sobre a administração do AB e dos antipiréticos

26

12/09/12

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA PARA A FEBRE

Paracetamol

- 10-15mg/kg/dose
- Cada 4-6h, até 5 tomas nas 24h

Ibuprofeno

- 5mg/kg/dose
- Cada 6-8h

Ácido acetilsalicílico

- Não indicado como antipirético em crianças < 12^a (Síndrome de Reye)

EVITAR
ALTERNÂNCIA
DE
ANTIPIRÉTICOS

27

12/09/12

SINDROME REYE

É um processo inflamatório progressivo a nível cerebral e hepático e pode causar a morte.

Afecta normalmente crianças e adolescentes de etiologia desconhecida

Está estabelecida uma relação entre a administração de ácido acetilsalicílico (aspegic, aspirina) a crianças com febre, devido a situação de gripe ou varicela a esta complicação grave

Conselho: controlo da febre deve ser feito com paracetamol quando não há diagnóstico preciso

28

12/09/12

O QUE DIZER? ... AOS PAIS



Sinais e Sintomas

- Pele fria/Pele quente
- Palidez/Cianose
- Calafrios
- Sudorese
- ↑FC e ↑FR
- ↓DU
- Sede



Antipiréticos

- Av. temperatura antes toma
- Doses Recomendadas → Peso
- Intervalo mínimo
- Efeitos colaterais

12-08-12

29

O QUE DIZER? ... AOS PAIS



Arrefecimento Físico

- Antipiréticos previamente
- Retirar roupa gradualmente
- Água tépida (2-4º abaixo Tcorporal)
- Movimentos circulares - ↓ temperatura central



Diminuição do Apetite

- Avaliação
- Gostos criança
- Dieta leve
- Hidratação com líquidos

12-08-12

30

O QUE DIZER? ... AOS PAIS

Prevenir Consequências Febre

Desidratação

Convulsões Febris

Adm. líquidos

Explicar

Manter calma

Lateralizar
Não prender movimentos

Av. temperatura

Adm. Antipirético

Adm. Anticonvulsivantes se já medicado

SUPed

31

12-08-12

QUANDO RECORRER AO SUPED

- 🔦 Se a febre tiver mais do que 3-5 dias de evolução
- 🔦 Presença sinais preocupantes
- 🔦 Em lactentes com menos de 3 meses
- 🔦 Se a febre for muito elevada e/ou não ceder aos antipiréticos
- 🔦 Se for indicação do médico assistente ou houver necessidade de realizar MCDT's

12-08-12

32

Perguntar	Avaliação/ Observação	Actuação	Triagem
<ul style="list-style-type: none"> Qual a duração Qual o valor máximo Modo de avaliação Resposta aos antipiréticos (eficácia e intervalo de apirexia) Sinais e sintomas associados Vacinação recente 	<ul style="list-style-type: none"> Valor da temperatura Sinais e Sintomas preocupantes: <ul style="list-style-type: none"> Pele: má perfusão cutânea, petéquias, sufusões e sinais de desidratação Neuromuscular: rigidez da nuca e antecedentes pessoais de convulsões febris Outros: Temperatura que não cede aos antipiréticos, gemido, sinais de dificuldade respiratória e prostração/mal estar geral 	<ul style="list-style-type: none"> Administração de antipiréticos Se febre presente ponderar a administração de antipiréticos Utilizar antipirético conforme peso e antipirético anteriormente administrado Validar antipirético mais adequado à situação clínica Arrefecimento <ul style="list-style-type: none"> Se febre presente Associado a terapêutica antipirética 	<ul style="list-style-type: none"> Urgente <ul style="list-style-type: none"> Criança com idade inferior ou igual a 6M Presença de sinais e sintomas preocupantes Não Urgente com Supervisão <ul style="list-style-type: none"> Febre presente e/ou difícil de ceder aos antipiréticos Reavaliar ao fim de 30 minutos se administração de antipirético ou subida térmica Não Urgente <ul style="list-style-type: none"> Sem febre presente

12/08/12

URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Traumatismo Craneano na Criança

= Ânua Balça =



34

TRAUMATISMO CRANEANO

12/08/12

- Trauma é uma das principais causas de morte na infância e adolescência.
- O Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) responde por 75 a 97% dessas mortes

Traumatismo Craniano (TCE)

Qualquer processo patológico que compromete o couro cabeludo, crânio, meninges ou cérebro como resultado de uma força mecânica

35

TRAUMATISMO CRANEANO

12/08/12

- "Um dos maiores problemas de saúde pública nos EUA, Europa e outros países desenvolvidos"
- "Antes dos 15 anos, metade das mortes devidas a traumas são de lesões no crânio (EUA)"
- "Entre as crianças que não morrem, existe uma percentagem significativa que apresenta dificuldades comportamentais e de aprendizagem"

Faria, 2006

36

"Estima-se que 80% das crianças com traumatismo grave, tem necessidades educacionais especiais ou necessitam modificações no seu ambiente educacional nos dois anos após o acidente"

Leikman, 2001

"... 61% dessas crianças desenvolve uma nova perturbação psiquiátrica nesse espaço de tempo, apresentando, na sua maioria, comportamentos de desinibição e socialmente inadequados"

Shaffer, 1995, citado por Leikman, 2001

37

TCE - grande incidência até à idade de 6 anos

52% ocorrem no 1º ano de vida

Causas

- Desenvolvimento incompleto
- Curiosidade / exploração

Efeito do TCE depende:

- Do objecto traumatizante
- Força do impacto
- Cabeça em movimento ou não

38

ANATOMOFISIOPATOLOGIA

Lesão Cerebral Primária

Resultado impacto directo no tecido cerebral

Moderada - Sem dano neurológico ou ligeiro

Grave - Grande dano dos tecidos

Lesões focais

Contusões, hematomas ou avulsões

39

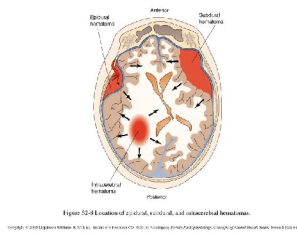
As contusões decorrem de aceleração e desaceleração atingindo preferencialmente a região frontal e temporal, ou por traumatismo directo por fractura com afundamento

Os hematomas intracranianos podem ser epidurais, subdurais ou intraparenquimatosos

40

Hematomas Intracranianos

- Epidurais
- Subdurais
- Intraparenquimatosos



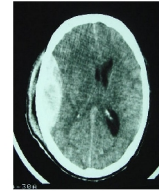
41

12/08/12

anatomia humana - sistema nervoso central

Hematoma Epidural

É a coleção sanguínea situada entre a dura-máter e o crânio



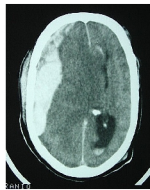
42

12/08/12

anatomia humana - sistema nervoso central

Hematoma Subdural

É uma coleção sanguínea entre a dura-máter e o cérebro



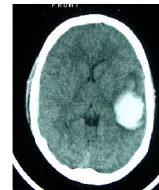
43

12/08/12

anatomia humana - sistema nervoso central

Hematoma Intraparenquimatoso

É uma hemorragia em que há um volume de sangue dentro do parênquima cerebral



44

12/08/12

anatomia humana - sistema nervoso central

As avulsões hipofisárias do nervo craniano e rupturas pont o medulares, são lesões focais mais raras

12-08-12

Lesões difusas

Edema cerebral, lesão axonal difusa e hemorragias punctiformes

45

Lesão Cerebral Secundária

Relaciona-se a qualquer dano causado ao SNC após o trauma inicial HIC, isquémia, edema, infecção

12-08-12

46

Factores que podem causar Lesão Cerebral Secundária

- Hipotensão arterial
- Hipoxémia
- Hipertensão intracranina
- Hiper-capnia ou hipocapnia
- Distúrbios da glicémia
- Distúrbios de sódio
- Hipertermia
- Crises convulsivas

12-08-12

A prevenção e correcção destes factores são as medidas mais eficazes no doente com TCE

47

Classificação do TCE

Aberto

Há exposição (rompimento) da Dura-Máter ou parênquima

Fechado

12-08-12

48

Gravidade do TCE

- TCE leve: ECGL* -15 a 14
- TCE moderado: ECGL* -13 a 9
- TCE grave: ECGL* -8 a 3

*ECGL - Escala de Coma de Glasgow

12/08/12

49

Escala de Coma de Glasgow

Actividade	Pontuação	Resposta	Resposta (Escala modificada para crianças)
Abertura dos olhos	4	Espontânea	Espontânea
	3	Ordem verbal	Ordem verbal
	2	Estímulo doloroso	Estímulo doloroso
	1	Não abre	Não abre
Verbal	5	Orientada	Balbucia
	4	Confusa	Choro irritado
	3	Palavras inadequadas	Choro à dor
	2	Sons incompreensíveis	Gemido à dor
	1	Não responde	Não responde
	6	Obedece a ordem verbal	Movimento espontâneo e normal
Motora	5	Localiza dor	Reage ao toque
	4	Flexão normal	Reage à dor
	3	Flexão anormal -decorticação	Flexão anormal -decorticação
	2	Extensão anormal -descerebração	Extensão anormal -descerebração
	1	Nenhuma	Nenhuma

50

TCE

- Como ocorreu?
- Há quanto tempo?
- Vômitos?
- Perda de consciência?
- Medicação?

12/08/12

51

INDICAÇÕES PARA RX / TAC

- Perda de consciência
- Escoriações / hematomas
- Ataxia
- Rinorréia / otorréia
- Cefaleias e vômitos

Atitude terapêutica mediante TCE Ligeiro / Moderado

Internamento para vigilância (24-48h)

12/08/12

52

Cuidados de Enfermagem no TCE

- Cabeceira a 30 graus;
- Cabeça na linha média;
- Monitorização CR, Sat O2 e TA
- Avaliação do estado de consciência
- Avaliação neurológica
- Observar hemorragias
- Vigiar sinais de infeção
- Hidratar
- Proporcionar ambiente calmo

12/08/12

53

Após alta voltar ao hospital se:

- Cefaleias
- Vómitos
- Rinorráquia / otorrquia
- Convulsões
- Alteração da sensibilidade ou mobilidade dos membros

12/08/12

54

Principais lesões nos TCE

> Lesões do couro cabeludo

- Escoriação
- Laceração
- Ferida Incisa
- Ferida Contusa
- Hematoma Epicraniano

12/08/12

55

Cuidados de Enfermagem nas lesões do couro cabeludo

- Rapar o couro cabeludo
- Lavar e desinfetar feridas com S.F./ Betadine
- Suturar / Steristrip
- Proteger a ferida com penso seco / pele plástica

RISCO - Infeção

12/08/12

56

➤ **Lesões do crânio**

- Fractura linear
- Fractura da base do crânio
- Fractura com afundamento

12-09-12

57

Fractura da base do crânio

Não visível ao RX

Sintomatologia

- Rinorragia / otorragia
- Rinorraquia / otorraquia
- Equimose peri-orbital
- Hematoma retroauricular (2º dia, equimose mastóide)
- Paralisia facial
- Perda de olfacto
- Cegueira
- Surdez

12-09-12

58

Fractura com afundamento

Há penetração de osso no tecido cerebral

Sintomatologia

- Assintomáticas
- Amnésia

Tratamento

- Vigilância do estado de consciência
- Intervenção cirúrgica para correcção da #

12-09-12

59

➤ **Lesões do cérebro**

- Concussão cerebral
- Contusão cerebral
- Laceração cerebral

12-09-12

60

Concussão

12-08-12

É causada por uma aceleração rotacional, provocada por um movimento súbito da cabeça, que vai induzir o movimento rotacional dos hemisférios cerebrais em redor do diencefalo, ocorrendo alteração da PIC

61

Sinais e sintomas da Concussão

12-08-12

- Perda de consciência, após trauma
- Amnésia (antes / após)
- Irritabilidade
- Cefaleias
- Vômitos

62

Contusão

12-08-12

Pode ser resultado de traumatismo directo do cérebro no local do impacto, deslocamentos violentos contra irregularidades ósseas, fragmentos ósseos sob traumas ou lesão por contra-golpe

Pequena - Défices focais
Maior - Hemorragia e edema
Grande - Efeito de massa

63

Sinais e sintomas da Contusão

12-08-12

- Perda de consciência
- Coma
- Hemiparésia
- Distúrbios visuais

64

Sinais de Contusão no tronco cerebral

- Coma profundo
- Descerebração
- Hiperventilação
- Hipertermia
- Depressão respiratória

12/08/12

65

Laceração

É lesão do tecido nervoso com perda da arquitectura anatómica.
É geralmente acompanhada a extensas fracturas com afundamento em ferimentos perforantes

- Pode ou não haver perda de consciência;
- O défice neurológico depende da zona de lesão

12/08/12

66

Sinais e sintomas da Laceração

- Perda de consciência
 - Coma
 - Hemiparesia
 - Distúrbios visuais
- Deterioração progressiva

Tratamento

Dependente do local, tamanho e situação clínica da criança

12/08/12

67

Complicações do TCE

- Hematoma epidural
- Hematoma subdural
- Edema cerebral
- Hipertensão intracraniana

12/08/12

68

Edema cerebral

Ocorre devido à acumulação de líquido excessivo dentro do tecido cerebral, sendo causa de deterioração neurológica progressiva, fazendo com que haja aumento da PIC que se torna incontrolável. Qualquer manuseio pode acelerar o aumento dessa PIC

12/08/12

69

Posturas motoras anormais acompanham aumentos da PIC

Descorticação: flexão das extremidades superiores e extensão com rigidez das inferiores

Descerebração: extensão de todas as extremidades com pronação dos membros superiores

12/08/12

70

Sinais de alerta de possível aumento da PIC e de Herniação

- Perda de 2 pontos na Escala de Coma de Glasgow
- Pupilas não reactivas ou lentas
- Desenvolvimento de hemiplégia ou hemiparésia
- Fenómeno de Cushing

12/08/12

71

Ações para Controlo da PIC

Postura no leito

- Cabeça em posição neutra (sem lateralizações), com a cabeceira do leito elevada a 30 graus

Ventilação mecânica

- Manter oxigenação adequada ($SO_2 > 95\%$)
- Manter $PaCO_2$ entre 30 e 40 mmHg
- Evitar a hiperventilação empírica
- As aspirações do tubo traqueal devem ser precedidas da administração de Lidocaína

12/08/12

72

Estudos efectuados em vítimas de TCE grave têm demonstrado uma redução significativa do fluxo sanguíneo cerebral logo nas primeiras horas após o trauma, com valores aproximando-se dos associados à isquémia. O uso de hiperventilação neste cenário só iria agravar ainda mais as lesões isquémicas

A hiperventilação poderá ser utilizada para redução rápida da herniação cerebral (anisocória ou midríase súbitas) ou Hipertensão Intracranéana Grave (PIC > 40 mmHg).

Equilíbrio hemodinâmico, hidroeletrólítico e metabólico

- Manter estabilidade hemodinâmica
- Prevenir o choque de modo a evitar lesões secundárias por hipotensão

"Estudos têm demonstrado que o registo de um único episódio de hipotensão está associado com o dobro da mortalidade e um significativo aumento da morbilidade no trauma de crânio grave"

- Utilizar soluções hipertónicas (SF, NaCl3%)

"Os doentes que receberam soluções hipertónicas tiveram menor necessidade de volume, necessitaram de menos intervenções para controle da PIC, tiveram menos complicações e melhor prognóstico"

- Monitorizar a Glicose
- Monitorizar o Sódio

12/08/12

"A glicose é um substrato essencial ao metabolismo cerebral, devendo evitar-se a hipoglicemia, no entanto o seu excesso, em condições de anaerobiose, como pode ocorrer em certas áreas encefálicas mal perfundidas, pode originar níveis elevados de lactato, contribuindo para o agravamento da lesão neuronal"

77

Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular

- Manter a criança devidamente sedada e sob analgesia efectiva

Controle e prevenção de episódios convulsivos

- Uso profilático de terapêutica anticonvulsivante

"A ocorrência de convulsões pode influenciar negativamente o prognóstico, face ao aumento ainda maior da pressão intracraniana, aumento da demanda metabólica cerebral, hipóxia e hipoventilação associadas"

12/08/12

78

Tratamento específico da Hipertensão Intracraniana

- Hiperventilação
- Administração de manitol e furosemida
- Drenagem de Líquor
- Descartar lesões de massa
- Evitar a hipertermia
- Craniectomia descompressiva

12/08/12

79

"Usada tradicionalmente como último recurso no controle da hipertensão intracraniana refratária, estudos recentes têm demonstrado que a craniotomia descompressiva é eficaz em reduzir a PIC, embora haja relatos de hemorragias e exacerbação do edema cerebral após sua utilização. A maioria dos estudos até agora realizados envolveu crianças, e os resultados relatados foram favoráveis"

12/08/12

80

Abordagem Inicial no TCE grave

- A (Airway): Manutenção das vias aéreas com controle da coluna cervical
- B (Breathing): Respiração e ventilação
- C (Circulation): Circulação com controle da hemorragia
- D (Disability): Incapacidade ou estado neurológico

81

12/08/12

A - Via Aérea

- Permeabilizar a Via Aérea
- TCE grave (ECGL < 8) - EET

Dificuldades: trismo, vômitos, h
coluna cervical alinhada



12/08/12

B - Respiração

- O₂suplementar
- Manter SatO₂ > 95%
- Se hipóxia persistir identificar e tratar todas as prováveis etiologias (ex: aspiração e pneumotórax)
- Utilizar a capnografia se disponível
- Ventilação assistida: 20 crpm para crianças e 25 crpm para RN

83

12/08/12

C - Circulação

- Tratar a anemia e a hipotensão
- Controlar as hemorragias

84

12/08/12

D - Estado neurológico

- Colocar colar cervical
- Avaliar estado de consciência
- Avaliar reacção das pupilas
- Observar movimentos oculares
- Observar resposta motora

12/08/12

85

Estado de consciência

- Sonolência
- Estupor
- Coma

Reacção das pupilas

- Miose
- Midríase
- Anisocória

Movimentos oculares

- Nistagmo
- Estrabismo

Respostas motoras

- Descorticação
- Descerebração
- Flacidez
- Hemiplegia

12/08/12

86

Abordagem no TCE grave

Avaliação dos parâmetros vitais

- FR
- TA
- Temperatura

Exames complementares de diagnóstico

- TAC
- RX
- RM
- EEG

Obtenção de acesso EV

- Controle analítico

Administração de terapêutica

12/08/12

87

Traumatismo Cervical

"Cerca de 5% dos doentes com trauma crânio encefálico, apresentam, também, uma lesão na coluna, e reciprocamente, 25% dos doentes com trauma de coluna têm, pelo menos, TCE leve"

ATLS 2000

12/08/12

88

•A lesão da coluna vertebral pode estar presente sem que exista lesão medular

•A possibilidade de causar lesão medular existe sempre

•A imobilização total da vítima ou a mobilização EM BLOCO devem ser mantidas até que sejam descartadas fracturas / luxações da coluna vertebral



12-09-12

Tratamento de traumatismo cervical

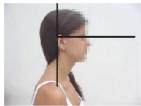
Abordagem da criança com Traumatismo Cervical

- Manter cabeça na posição neutra
- Colocar colar cervical adaptado à idade
- Pesquisar alterações neurológicas
- Não forçar movimentos
- Pesquisar assimetrias intervertebrais
- Exclusão ou não de lesão medular
- Vigilância de SV, dor e alterações do estado de consciência

12-09-12

80

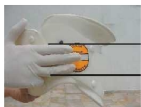
Escolha do Colar Cervical



Vítima com a cabeça em posição Neutra (com cervical alinhada)



Verificar a altura do pescoço (que corresponde a distância entre uma linha imaginária que passa pela borda inferior da mandíbula e outra que passa pelo ponto onde termina o pescoço e se inicia o ombro)



Verificar a altura (tamanho) do colar cervical.
Verificar qual o tamanho mais apropriado à vítima, do mesmo modo que se mediu o pescoço.

81

12-09-12

Tratamento de traumatismo cervical

Colocação do Colar Cervical



O primeiro elemento mantém o alinhamento e imobilização da Coluna Cervical, deixando livre o pescoço

O outro elemento, seguindo a regra prática de aplicação de cada tipo de colar, procede primeiro ao ajuste da frente do colar ao pescoço da vítima. De seguida, coloca a parte de trás do colar (base), ajustando-a

O primeiro elemento manterá sempre o alinhamento e imobilização segundo o eixo Nariz, Umbigo, Pés durante os movimentos que for necessário realizar de seguida com a vítima.

12-09-12

82

Tratamento de traumatismo cervical

Urgências Pediátricas 2

Enf^a Ânia Balça

Orientação = Enf^o Nelson Viegas =

Desidratação

= Urgências Gastrointestinais = CSO = Ânia Balça

Desidratação

- Perda excessiva de água e electrólitos (sódio, potássio e bicarbonato)
- Distúrbio electrólítico extracelular caracterizado por falta de correlação entre a ingestão e eliminação hídrica
- Quando as perdas não são compensadas ocorrendo um défice de água e electrólitos



Equilíbrio hídrico em lactentes

- Necessidade de H₂O
- Proporção - Crianças maiores e adultos - > ingestão e eliminação de líquidos - relação ao tamanho
- Maior vulnerabilidade nas alterações do equilíbrio hídrico e electrolítico
- Lactente > quantidade de líquido extracelular do que o adulto - até 2 anos
- Perda de água mais rápida e em > quantidade

Desidratação

1. Desidratação Isonatrémica

- ▣ Os défices de água e de electrólitos estão presentes em proporções equivalentes
- ▣ O sódio plasmático permanece dentro dos limites normais: 130 - 150 mEq/litro

Desidratação

2. Desidratação Hiponatrémica

- ▣ Déficit electrolítico excede o défice de água
- ▣ Líquido intracelular mais concentrado do que o líquido extracelular
- ▣ Água move-se do líquido extracelular - espaço intracelular - equilíbrio osmótico
- ▣ Concentração de Sódio < 130 mEq/litro

Desidratação

3. Desidratação Hipernatrémica

- ▣ Perda de água > a perda de electrólitos
- ▣ Líquido desloca-se do do espaço intracelular para compartimento extracelular
- ▣ Concentração plasmática de sódio > 150 mEq/litro

Desidratação

Graus de Desidratação

Desidratação Leve (5%)	•Palidez, turgor diminuído, mucosas secas, ↓ débito urinário, PA normal, pulso normal, fontanela anterior normotensa, lágrimas presentes
Desidratação Moderada (5 a 10%)	•Irritado, prostrado, pele acinzentada, turgor ↓, mucosas secas, olhos encovados, oligúria, PA normal/ hipotensão, taquicardia, fontanela anterior deprimida
Desidratação Grave (>10%)	•Sonolência, apatia, frio, cianose, pele marmoreada e seca, prega cutânea, mucosas secas/descoloradas, olhos encovados, oligúria accentuada/ anúria, hipotensão, taquicardia, fontanela anterior deprimida, sem lágrimas

Quadro 1 - Avaliação da extensão da desidratação

Nível de desidratação	Leve	Moderada	Grave
Perda de peso - lactentes	5%	10%	15%
% Perda de peso (24/48h) *	3-4%	6-8%	10%
Pulso	Normal	Levemente aumentado	Muito aumentado
Comportamento	Normal	Irritável com mais sede	Hiperirritável a letárgico
Sede	Normal	Moderada	Intensa, dificuldade beber
Membranas e mucosas	Húmidas	Secas	Muito secas
Olhos/Lágrimas	Normais/Presente	Olheiras/Diminuídas	Muito encovados/Ausentes
Fontanela anterior	Normal	Normal ou deprimida	Deprimida
Turgor cutâneo	Sem prega cutânea	Prega cutânea	Com prega cutânea
Densidade urinária	< 1,020	1,020 - 1,030, oligúria	> 1,030 oligúria ou anúria

* %perda peso = $\frac{\text{peso anterior} - \text{peso actual}}{\text{peso anterior}} \times 100$

Fonte: DGS, Wang

Desidratação

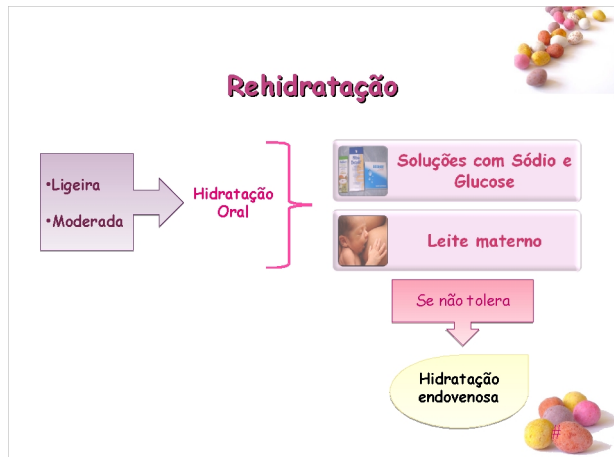
Diagnóstico

- História clínica
 - Quantificar tipo de perdas (vómitos, diarreia, queimadura, drenagem gástrica...)
- Observação física
 - Turgor cutâneo, hidratação mucosas, tensão da fontanela, estado consciência, pulso, PA, débito urinário, respiração, peso...
- Exames laboratoriais

Desidratação

Intervenção Enfermagem

- Sinais de desidratação
- Hidratação
- Reposição electrolítica (oral, endovenosa)
- Educação saúde



Reposição Electrolítica

· Dextrose 5% com Cloreto de Sódio 0,45%

Desidratação Hiponatrémica



· Criança irritada, sede intensa, taquipneia, astenia
· Dextrose 5% com Cloreto de Sódio 0,45%
· após 24h - Dextrose 5% com Cloreto de Sódio 0,3%

Desidratação Hipernatrémica



Vómitos

@Vômito - expulsão voluntária ou involuntária do conteúdo gastrointestinal, pela boca, acompanhado pela contracção dos músculos abdominais

@Regurgitação - (< 6m) têm por hábito *bolsar* leite enquanto se alimentam ou pouco depois da mamada, geralmente quando arrotam, e isto é considerado normal. Produz-se por uma ingestão de líquidos demasiado rápida que favorece que engulam ar ou uma das causas também pode ser o refluxo de ácido

@Vômito - expulsão forçada de conteúdo gástrico
@Náuseas, salivação, sudorese, palidez, taquicardia

náusea → ânsia de vomitar → vômito

■ Benigno, autolimitado
■ Vômito em jacto - conteúdo gástrico 50 a 120 cm da criança

Vómitos

Etiologia

- @ Infeciosa
- @ Doenças sistema nervoso central
- @ Gastroenterológica
- @ Ingestão de tóxicos/ medicamentos
- @ Metabólica
- @ Psicogénica
- @ Alérgica

Quadro II - Causas mais frequentes de vômito na idade pediátrica

Causas	1ª semana de vida	Após a 1ª semana de vida
Gastrointestinal	Atresia duodenal Atresia do jejuno Malrotação/volvo Duplicação intestinal Hérnia estrangulada Íleus meconial D. de Hirschsprung Atresia anal	Estenose do píloro Malrotação/volvo Invaginação D. de Hirschsprung Hérnia diafragmática Refluxo gastroesofágico Úlcera péptica Apendicite
Metabólica	Galactosémia Acidémia orgânica Hiperamoniémia Insuficiência adrenogenital	Acidémia orgânica Hiperamoniémia Doenças ciclo ureia Insuficiência adrenogenital Cetoacidose diabética Hipoglicémia cetótica Síndrome de Reye Uremia
Alimentar	Intolerância às proteínas do leite de vaca	Intolerância às proteínas do leite de vaca ou à lactose Doença celíaca Excesso alimentar

Fonte: DGS

Quadro II - Causas mais frequentes de vômito na idade pediátrica

(continuação)

Causas	1ª semana de vida	Após a 1ª semana de vida
Infecciosa	Qualquer infeção	Gastroenterite Hepatite aguda Infeção ORL (Faringoamigdalite) Pneumonia Infeção urinária Septicémia
Neurológica	Traumatismo de parto Hidrocefalia	Enxaqueca Traumatismo craniano Tumor do SNC Aumento da pressão intracraniana
Psicológica		Problemas relacionais D. comportamento alimentar
Outras		Vómitos cíclicos Enjoo do movimento Intoxicação medicamentosa Intoxicação por CO

Fonte: DGS

Vómitos

Diagnóstico

- @ História clínica
- @ Observação física
- @ Exames laboratoriais

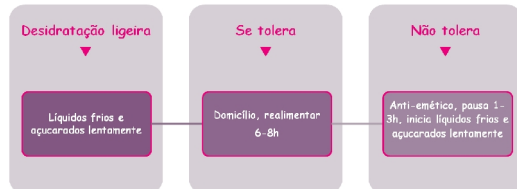
Vómitos

Intervenção Enfermagem

- @Idade
- @Peso
- @Sinais Vitais
- @Sinais de desidratação (características, tipo e grau)
- @Problemas associados

Vómitos

Intervenção Enfermagem



Vómitos

Intervenção Enfermagem



Vómitos

Referenciação à urgência hospitalar

- @Mau estado geral e sensação ou sintomatologia compatível com doença grave
- @Desidratação superior a 10%
- @Vómitos incoercíveis após tentativa de reidratação oral, vômitos acompanhados de sangue
- @Idade inferior a 3 meses
- @Necessidade de exames complementares

Diarreia



Diarreia

- Aumento da frequência das defecções e/ou diminuição da consistência das fezes, em relação aos hábitos normais da criança



Diarreia

- Aumento do nº de defecções com conteúdo hídrico aumentado como resultado de alterações do transporte de H_2O e electrólitos pelo trato gastrointestinal
- Perturbação da motilidade e da absorção intestinal
- Pode ser aguda ou crónica



Diarreia

Fisiopatologia

- Produção de enterotoxinas que estimulam a excreção de H_2O e electrólitos
- Invasão e destruição das células epiteliais do intestino
- Inflamação local e invasão sistémica por microorganismos



Etiologia

Quadro 111 - Diagnóstico diferencial da diarreia aguda infantil

Causa	Exemplo
Infecciosa	Entérica: viral, bacteriana, parasitária
Cirúrgica	Apendicite, invaginação, oclusão intestinal, s. intestino curto
Doença sistêmica	Endócrina (hipertiroidismo, ...), imunodeficiência
Medicamentosa	Antibióticos, colite pseudomembranosa
Inflamação	Doença intestinal inflamatória, d. Hirschprung
Alimentar	Alergia ou intolerância alimentar (lactose, proteínas do leite de vaca)
Mal absorção	Fibrose quística, doença celíaca
Vários	Toxinas
Idiopática	S. colon irritável

Diarreia

Distúrbios fisiológicos imediatos

- 1. Desidratação
- 2. Distúrbios ácido-base e com acidose
- 3. Choque - desidratação compromete as condições cardíocirculatórias

Diarreia

Distúrbios diarreicos

- Estômago e intestino - gastroenterite
- Intestino Delgado - enterite
- Cólon - colite
- Cólon e intestino - enterocolite

Diarreia

Disfunção Laboratorial ⇒ Desidratação

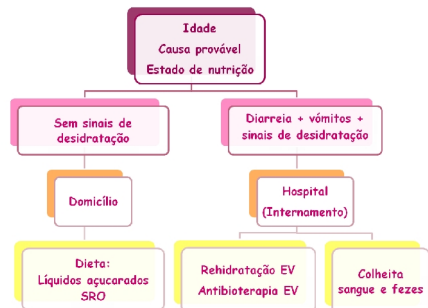
- Hematócrito ↑ pela perda de volume
- Ureia ↑ pela circulação renal reduzida
- Adiciona-se KCl quando a função renal está restabelecida

Diarreia

Diagnóstico

- História clínica (risco - idade, alimentação, estado nutricional, desidratação, sintomas associados)
- Observação física
- Exames Complementares

Tratamento



Diarreia

Intervenção Enfermagem

- Idade
- Peso
- Registo de nº de dejetões/características
- Sinais Vitais
- Sinais de desidratação

Diarreia

Intervenção Enfermagem

- **Despistar associações** - febre, vômitos, dor abdominal, otite, queixas urinárias, introdução novo leite/alimento, antibióticos
- **Observação abdominal** - presença/ausência de ruídos, dor, defesa à palpação, massas abdominais
- **Despistar sinais de desidratação**

Diarreia

Referenciação à urgência hospitalar

- Mau estado geral, agravamento do quadro clínico
- Diarreia com sangue ou febre alta
- Idade inferior a 3 meses
- Apresentar sinais de desidratação
- Duração superior a 3-4 dias
- Doença de base
- Família insegura



Gastroenterite

Gastroenterite

- Inflamação e infecção da mucosa do tubo digestivo do estômago e do intestino



Foto: UGS

Gastroenterite

- Idade
- Comum idade pediátrica
- < 5 anos - 2/3 episódios/ano
- Creches e jardins de infância - 5 episódios/ano

Gastroenterite

Etiologia

Quadro 1V - Etiologia da Gastroenterite (aguda nos países temperados)

Viral - 50 a 80%	Rotavírus Adenovírus Coronavírus Astrovírus Salmonella
Bacteriana - 5 a 10%	Escherichia coli Campylobacter jejuni Shigella
Outros - 1%	Giardia intestinalis Entamoeba histolytica Candida albicans

Gastroenterite

Diagnóstico Diferencial

- Infecção sistémica
- Infecção local
- Distúrbios cirúrgicos
- Doença metabólica
- Doença renal

Gastroenterite

Diagnóstico

- História clínica
- Observação física
- Exames Complementares:



Gastroenterite

Intervenção Enfermagem

- Idade
- Peso
- Colheita de dados : características da dor/localização, vômitos, diarreia, queixas urinárias, traumatismos
- Sinais Vitais
- Sinais de desidratação
- Auscultação abdominal

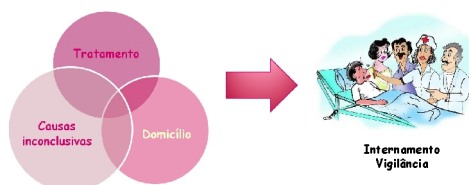
Gastroenterite

Tratamento



Gastroenterite

Tratamento



Gastroenterite

Dieta



- SRO ou Chá açucarado
- Água
- Creme de cenoura e batata
- Caldo de arroz com peito de frango
- Gelatina
- Banana, maçã cozida ou assada
- Bife grelhado com arroz, peixe cozido
- Tornada com pouca manteiga, bolacha de água e sal ou maria
- Iogurte natural ou com aroma de banana
- Diminuir leite - início com 1/3 da ingestão diária - restante SRO

Gastroenterite

Referenciação à urgência hospitalar

- Mau estado geral, agravamento do quadro clínico, sensação ou sintomatologia compatível com doença grave
- Presença de sangue nos vômitos e/ou diarreia, febre alta e mantida
- Idade inferior a 2 meses
- Apresentar sinais de desidratação
- Vômitos e/ou diarreia com duração superior a 3-4 dias
- Alterações comportamentais (sonolência, irritabilidade)
- Família insegura

Referências Bibliográficas

- Manual Merck – Biblioteca online - <http://www.manualmerck.net/?url=artigos%3Fid%3D278%26nr%3D1422>
- **Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica** - <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/006633.pdf>
- Alam NH, Ashraf H. Treatment of Infectious Diarrhea in Children. *Pediatr Drugs* 2003; 5(3): 151-65
- Ferreira AC, Brito MJ, Sardinha T, Machado J, Ferreira GC, Machado MC. Gastroenterite a *Shigella* na idade pediátrica. *Acta Pediatr. Port.* 2003; 34 (5): 333-337
- Hahn S, Kim Y, Garner P. Reduced osmolality oral rehydration solution for treating dehydration due to diarrhoea in children: systematic review. *BMJ* 2001; 323:81-85
- Mota, HC. Realimentação na Diarreia Aguda dos Lactentes – Uma Análise da Literatura. *Acta Pediatr Port* 1999; 4, vol 30: 313-15
- Oral Rehydration Salts (ORS). A joint UNICEF/WHO update. March 2002

Referências Bibliográficas

- <http://www.who.int/child-adolescent-health>
- Roy CC, Silverman A, Alagille D. Diarrheal disorders in Pediatric Clinical Gastroenterology - Mosby, 1995: 217-259
- MENDEZ, V. - Doença de Hirschsprung. In: **Gastroenterologia e Hepatologia em Pediatria**, p. 237-251, 2003
- 5. WYLLIE, R. - Distúrbios da Motilidade e Doença de Hirschsprung. In: **Tratado de Pediatria**, 16ª edição, p. 1124-1127, 200
- WHALEY, L. e WONG, D. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999
- WONG, D. et al. **fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª edição. EUA, 2005.

Referências Bibliográficas

- Behman, R.E.; Kliegman, R.M.; Jenson, H.B., eds. Nelson Textbook of Pediatrics – tradução brasileira. 16a edição. W.B. Saunders Company, 2002
- Hay Jr, W.W.; Hayward, A.R.; Levin, M.J.; Sondheimer, J.M., eds. Current Pediatric Diagnosis and Treatment – tradução brasileira. 16a edição. McGraw-Hill, 2004
- Strange, G.R.; Ahrens, W.R.; McQuillen, K.K.; Dobiesz, V.A.; Lee, P.; Prendergast, H.M., eds. Pediatric Emergency Medicine – Just The Facts. McGraw-Hill, 2004
- Mackway-Jones, K.; Molyneux, E.; Phillips, B.; Wieteska, S., eds. Advanced Paediatric Life Support – The Practical Approach. 3a edição. BMJ Books, 2001
- European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe.
- *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 46:S81-S122, 2008.
- www.uptodate.com

OBRIGADO PELA ATENÇÃO



ANEXO V - Norma de Procedimentos de Apoio à criança com febre, vômitos, diarreia e desidratação

Unidade Funcional de Saúde
Sede/Catus - ACES Odivelas



“Manual de Protocolos da Unidade Funcional de Saúde -
Sede/Catus - ACES Odivelas”

Trabalho Realizado Por:

Ânia Soraia Marinho Balça
(no âmbito da especialidade em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria da UCP)

Enfermeiro Orientador:

Nelson Viegas

Lisboa, Junho de 2010

SUMÁRIO

	<i>f.</i>
PROCOLOS DE PEDIATRIA	3
Norma de Procedimento de Apoio à criança com febre	4
Norma de Procedimento de Apoio à criança com vômitos	7
Norma de Procedimento de Apoio à criança com diarreia	10

ABREVIATURAS

CC – Centímetros cúbicos

CO₂ – Dióxido de carbono

E.T - Endotraqueal

E.V – Endovenoso

F.C – Frequência cardíaca

gr – Gramas

h – Hora

HTA – Hipertensão arterial

I.M – Intramuscular

I.O - Intraóssea

Kg – Kilogramas

m_{cg} – Microgramas

mg – Miligramas

min- Minuto

ml- Mililitros

Per Os – Per Os

Sat. O₂ – Saturação de oxigênio

S.C - Subcutânea

S.F – Soro Fisiológico

SNC – Sistema nervoso central

UI – Unidades internacionais

UFSO – Unidade de Funcional de Saúde – Sede/Catus – ACES de Odivelas

PROTOCOLOS DE PEDIATRIA

A avaliação e estabelecimento de prioridades deve ser feita baseada em protocolos que devem ser elaborados pelo pessoal médico e de enfermagem, permitindo deste modo que sejam salvaguardados todos os pontos presentes na Unidade de Saúde Funcional – Sede/Catus – ACES Odivelas. BLYTHIN (1989, p6) diz que os protocolos existem “para se relacionar os dados do protocolo de uma maneira individual” ... de cada vez que a criança é avaliada. Também devem ser elaborados e regularmente actualizados protocolos de actuação e intervenção terapêutica para as situações mais graves ou frequentes

Neste documento constam os protocolos previamente elaborados pela equipa médica e de enfermagem e que têm como finalidade orientar os profissionais de saúde a prestarem cuidados mais eficientes e seguros à população pediátrica.

De cada protocolo faz parte uma lista de sinais e sintomas e conseqüentemente intervenção do enfermeiro.

Fazem parte deste documento os seguintes protocolos:

- actuação em situação de febre
- actuação em situação de vômitos
- actuação em situação de diarreia



Unidade de
Saúde Funcional
– Sede/Catus –
ACES Odiveelas

Norma de Procedimento de Apoio à criança com febre

Data de entrada em vigor:	__/__/__
Revisão x	__/__/__
Próxima revisão:	__/__/__
Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Elaboração:	Enf ^o Ânia Balça (aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria da UCP) Orientadores: Enf ^a Nelson Viegas
Revisão:	Enfermeiro Chefe Director de Serviço
Aprovação:	Conselho de Administração

Norma: A assistência à criança/ jovem com hipertermia na USF/Catus é efectuada pelo enfermeiro

DEFINIÇÃO: Febre é uma elevação da temperatura corporal acima dos 38°C (axilar) ou 38,2°C (rectal) mediada por processo interno

SINAIS E SINTOMAS:

- Pele fria e pálida durante a subida térmica (vasoconstrição)
- Cianose periférica
- Calafrio
- Pele quente devido à vasodilatação
- Sudorese
- Aumento da frequência cardíaca
- Aumento da frequência respiratória
- Diminuição do débito urinário
- Sede
- Hipotonia, prostração
- Choro, irritabilidade, gemido ...

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO:

- Diminuir a temperatura corporal
- Hidratar

SITUAÇÃO CLÍNICA	INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO	JUSTIFICAÇÃO
<p>u Criança com temperatura axilar > 38°C</p> <p>Que fez antipirético há mais de 4 horas Que não fez antipirético</p> <p>Se a criança tem história anterior de convulsão, com temperatura axial > 39°C</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da temperatura axilar (3 a 5') ou rectal (1') • Administração de Paracetamol oral ou rectal: 15 a 30 mg/ Kg/ dose (oral) 30 mg/ Kg (1ª dose rectal). Supositório: 125 mg até 1 anos 250 mg até 5 anos 500 mg de 5 a 10 anos • Reavaliação da temperatura aos 30 minutos • Estimulação da ingestão de líquidos • Despir a criança (se começar com tremores) • Arrefecimento com banho tépido 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da temperatura corporal • Hidratação

<p>▼ Criança com temperatura que se mantém > 38°C (axilar) com antipirético há menos de 4 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se já fez Paracetamol, pode alternar com: <p>Ibuprofeno 10 mg/Kg/dose</p> <p>Nota: excepto em crianças asmáticas, com varicela, com alterações da coagulação ou outras doenças hematológicas</p> <p>Salicilato de Lisina: Dose= 1,8 x dose de Aspirina</p> <p>Ácido Acetilsalicílico: 10 a 15mg/Kg/dose</p> <p>> 6 Kg Ácido Acetilsalicílico 100mg Salicilato de Lisina 180mg</p> <p>> 16 Kg Ácido Acetilsalicílico 250mg Salicilato de Lisina 450mg</p> <p>> 30 Kg Ácido Acetilsalicílico 500mg Salicilato de Lisina 900mg</p> <p>Nota: excepto em crianças com Varicela</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimulação da ingestão de líquidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da temperatura corporal • Hidratação
<p>▼ Criança com temperatura axilar > 38°C com antipirético há menos de 4 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulação da ingestão de líquidos • Avaliação da temperatura de 1/1 hora <p>Registrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e Sintomas; • Avaliação da temperatura; • Actividades desenvolvidas; • Quantidades administradas; • Hora 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar a progressão da curva de temperatura



Unidade de
Saúde Funcional
– Sede/Catus –
ACES Odivelas

Norma de Procedimento de Apoio à criança com vómitos

Data de entrada em vigor:	__/__/__
Revisão x	__/__/__
Próxima revisão:	__/__/__
Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Elaboração:	Enf ^o Ânia Balça (aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria da UCP) Orientadores: Enf ^a Nelson Viegas
Revisão:	Enfermeiro Chefe Director de Serviço
Aprovação:	Conselho de Administração

Norma: A assistência à criança/jovem com vómitos na USF/Catus é efectuada pelo enfermeiro

DEFINIÇÃO: Vómitos é a expulsão forçada do conteúdo gástrico


SINTOMAS:

- Geralmente são acompanhados de náuseas, salivação, sudorese, palidez e taquicardia

OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO:

- Manter a Hidratação
- Prevenir a desidratação, a acidose e as alterações electrolíticas

<ul style="list-style-type: none">• Se desidratação é moderada/grave: Encaminhar de imediato ao médico <p>Registrar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vômitos – tipo, número, quantidade, características;• Líquidos ingeridos – quantidade e hora;• Micções – número, volume e características; <p>Sinais Vitais</p>	
---	--

 Unidade de Saúde Funcional – Sede/Catus – ACES Odivelas	<i>Norma de Procedimento de Apoio à criança com diarreia</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Elaboração:	Enf ^o Ânia Balça (aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria da UCP) Orientadores: Enf ^a Nelson Viegas
Revisão:	Enfermeiro Chefe Director de Serviço
Aprovação:	Conselho de Administração

<p>Norma: A assistência à criança/jovem com diarreia na USF/Catus é efectuada pelo enfermeiro</p>
<p>DEFINIÇÃO: Diarreia é o aumento do numero de dejecções ou a diminuição da consistência das fezes</p>
<p>SINTOMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geralmente são acompanhados de náuseas, salivação, sudorese, palidez e taquicardia
<p>OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter a Hidratação • Prevenir a desidratação e alterações do equilíbrio electrolítico

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO	JUSTIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do peso (registar peso anterior se possível) • Avaliação da temperatura (se necessário) • Avaliação da T.A. (se necessário) • Observação de sinais e sintomas de desidratação (ver protocolo anterior) <p>Se a criança só tem diarreia sem sinais de desidratação: - Soro de rehidratação oral</p> <p>Se a criança tem diarreia e vómitos sem sinais de desidratação: - Soro de rehidratação oral fraccionado</p> <p>Se a criança tem sinais de desidratação: - Soro de rehidratação</p> <p>Registar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fezes – número e características; • Vómitos – tipo, número, quantidade, características • Líquidos ingeridos – quantidade e hora; • Peso; • Sinais Vitais 	<ul style="list-style-type: none"> • Para controlo da situação • Avaliação de cetonúria • Evitar hipoglicemia e acidose • Rehidratar

ANEXO VI – Acção de Formação sobre a Criança Vítima de Maus Tratos

PLANO DA SESSÃO

Tema: Criança Vítima de Maus Tratos

Formadora: Ânia Balça – aluna da EESIP 2009/10 da Universidade Católica Portuguesa

Local: Sala de Formação do Catus/Sede Odivelas

Data: 8/Jun/2010 às 12h30

Destinatários: Equipa de Enfermagem da ACES Odivelas

Recursos utilizados: Computador

Objectivo: Apresentar, partilhar informação, aprofundar conhecimentos aos profissionais de enfermagem no âmbito dos maus tratos infantis. Apresentar estratégias de intervenção

PROGRAMA DA SESSÃO FORMATIVA

ETAPAS	CONTEUDOS PROGRAMATICOS	METODOL OGIA	RECURSOS DIDÁTICAS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação- Contrxtualização do tema- Objectivos	Expositiva	Data Show + Computador	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Definição de Maus Tratos- Direitos da Criança- Factores de Risco- Tipos de Maus Tratos e suas consequências- Acolhimento, Prevenção e Intervenção de Enfermagem à criança/adolescente vítima de Maus Tratos- Caso Clínico	Expositiva + Participativa	Data Show + Computador	40 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Síntese dos principais aspectos focados ao longo da sessão- Esclarecimento de dúvidas	Expositiva + Participativa	Data Show + Computador	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">- Questionário Auto-preenchimento anónimo	Participativa	Questionário Auto- preenchiment o anónimo	10 min



Criança Vítima de Maus Tratos

En^ª Ánia Balça
En^ª Nelson Viegas
USF Sede
ACES Odivelas

1 1

Criança Vítima de Maus Tratos

Caso Clínico

Criança de 4 anos de idade, raça caucasiana, sexo feminino, que recorreu à Urgência Pediátrica por aparente queda do duche e alopecia desde o dia anterior, segundo os pais.

A criança vinha na companhia dos pais.

Na triagem, através de observação superficial, constatou-se equimoses peri-orbitárias bilaterais, hematoma fronto-temporal extenso bilateral, ferida incisiva no mento e equimose na região dorsal, lesões que segundo a mãe foram provocadas por queda no duche, presenciada pelo pai. Segundo os pais após a queda a criança não apresentou qualquer tipo de lesões, alterações do estado de consciência ou de comportamento.

2 2

Referem que foi no dia posterior à queda que começaram a surgir os hematomas e equimoses.

Na realização de exame físico mais pormenorizado e rigoroso observou-se: edema e rubor muito acentuado na face, principalmente localizados na região fronto-temporal, com dor à palpação; hematoma na região peri-orbitária bilateral; lesões planas eritematosas e arroxeadas compatíveis com hematoma, da sacro até vértebra D10; lesões petequiais na região cervical e tórax.; hematomas na região de ambas omoplatas e cotovelos; petéquias nos lobos de ambos os pavilhões auriculares; e lesão eritematosa, aparentemente de pressão, na face anterior da coxa direita.

Durante a permanência na urgência a menina encontrou-se sempre em silêncio, queixosa e prostrada. Os pais mostraram-se sempre indignados e surpreendidos com as lesões apresentadas e questionaram-nos frequentemente acerca do diagnóstico da filha. Tanto a mãe como o pai mantiveram a história da queda até ao fim.

3 3

Esta criança foi observada por várias especialidades, incluindo Pediatria, Cirurgia e Neurologia. Foram realizados vários exames complementares de diagnóstico, incluindo Raio X múltiplos e TAC- CE, (que não revelaram lesões internas) e análises de sangue e de urina.

Após discussão do caso e atendendo à extensão das lesões, localização e bilateralidade, chegou-se à conclusão que estas eram fortemente sugestivas de maus-tratos.

A criança foi internada no Serviço de Pediatria, onde permaneceu alguns meses. Após averiguações e intervenção das entidades competentes chegou-se à conclusão que o agressor era o pai e que a mãe consentia e ocultava as agressões constantes à filha.

O caso foi acompanhado pela Comissão de Protecção de Menores e pelo Tribunal Judicial. A criança foi retirada da família e encontra-se actualmente a viver numa instituição.

4 4



Maus Tratos

Definição

" ... existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade, ...) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa."

Deslandes (1995)



Maus Tratos

Definição

" ... qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequada, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças e jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder."

Magalhães (2005)



Criança vítima de Maus Tratos

Violência - um comportamento que causa dano a outra pessoa, (...) nega-se autonomia, integridade física ou psicológica e mesmo a vida de outro

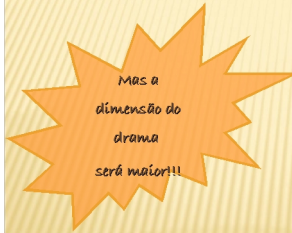
Vítima - pessoa que sofre uma agressão, acidente ou calamidade

Agressor - alguém que ataca, assalta, invade, destrói



Maus Tratos

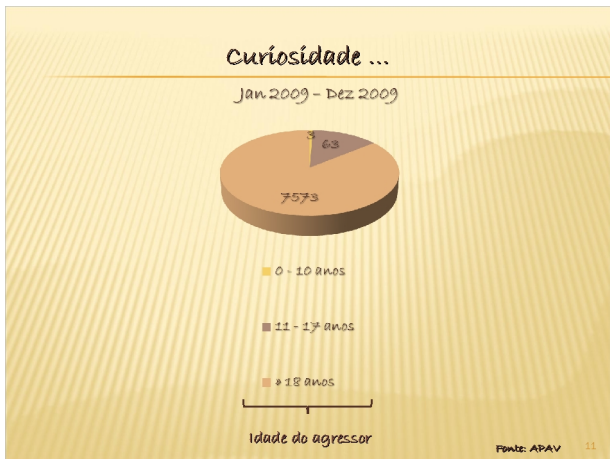
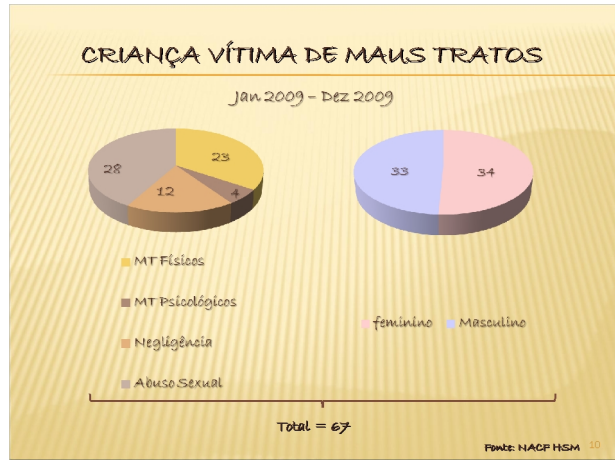
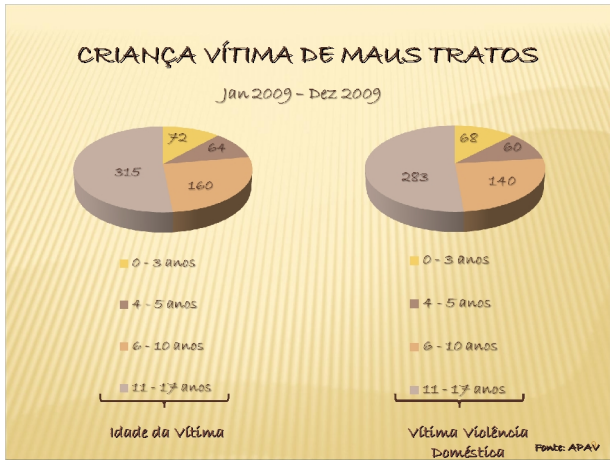
Os Maus Tratos infantis continuam a ser um problema preocupante em todo o mundo



Não escolhe idade, sexo, estatuto social, cultural



Não existem dados estatísticos verdadeiros/precisos



Criança vítima de Maus Tratos

Considera-se que a criança está em perigo ou sofre de maus tratos quando é alvo de:

- forma agressiva e cruel de relacionamento
- opressão
- discriminação
- negligência
- omissão
- exploração
- ausência de cuidados ou afeto adequados à sua idade
- cruidade
- comportamentos que afetem gravemente o bem-estar bio-psico-social

12 12



Direito à Vida

Enquanto existir maus tratos haverá sempre violação dos direitos das crianças/adolescentes!

- saúde
- alimentação
- educação
- lazer
- cultura
- dignidade
- respeito
- liberdade

13 13



Criança Vítima de Maus Tratos

Factores de Risco

- Características dos Pais
- Características das Crianças
- Características do Contexto Familiar
- Características do Contexto Social

14 14



Típos de Maus Tratos

-  Físicos
-  Síndrome de Munchausen
-  Psicológico
-  Negligência e abandono
-  Abuso sexual

15 15



Maus Tratos Físicos

uso da força física de forma intencional, não-acidental praticada pelo agressor, com o objectivo de ferir, danificar ou destruir a criança/adolescente deixando ou não marcas evidentes

16 16



Maus Tratos Físicos

Suspeita de Maus Tratos Físicos e Negligência

- Relatórios contraditórios de acidente (pai/criança)
- Supostos acidentes ocorridos de forma repetitiva e/ou com frequência acima do esperado
- Demora na procura médica
- Crise familiar
- Antecedentes da criança

17 17



Maus Tratos Físicos

Suspeita de Maus Tratos Físicos e Negligência

- Lesões incompatíveis com relato/história
- Queixa diferente daquela associada a maus tratos (ex: tosse)
- Demonstração inapropriada de preocupação dos pais em relação à lesão (exagera/falta) ⇒ Negação dos sintomas
- Recusa dos pais em autorizar tratamento/realização de exames

18 18




Maus Tratos Físicos

Tipos de Maus Tratos Físicos

- Lesões superficiais ou cutâneas
- Queimaduras
- Lesões esqueléticas
- Síndrome da criança abandonada
- Lesões abdominais ou torácicas
- Síndrome de Munchausen por procuração

19 19



Maus Tratos Físicos

Lesões superficiais ou cutâneas

- Escoriações
- Equimoses
- Hematomas
- Feridas contusas
- Vergões

Marcas de objetos

linha de cinto	cinto	frigideira	fio enrolado	vara chicote
malha-moscas	cabide	tábua ou espátula	mãos nús dos dedos	
mordidas	pés	escova de cabelos	raquetes	

JOHNSON, Charles F. Lesões Intimidadas Versus Lesões Acidentais. In: *Alívio da Criança*, adaptado: *Clínica Pediátrica da América do Norte*, Invernos, v.1, p.374 e 378, 1990.

20 20

Maus Tratos Físicos



Lesões superficiais ou cutâneas



21 21

Maus Tratos Físicos



Lesões superficiais ou cutâneas



22 22

Maus Tratos Físicos



queimaduras

- Contacto com fontes de calor
- Objectos sólidos quentes
- Queimadura térmica
- Alimentos ou líquidos quentes
- Imersão em líquido quente



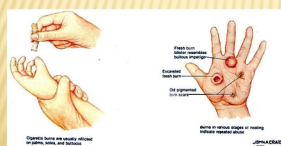
23 23

Maus Tratos Físicos



queimaduras

- Lesão aguda
- Lesão antiga
- Bordos
- Nítidos / difusos
- Cicatriz



24 24

Maus Tratos Físicos



Lesões esqueléticas

Localização: cabeça, maxilares, costelas, rádio, cúbito, úmero, fêmur, tibia

Queixa: dor, edema, deformação (calo ósseo), irritabilidade, choro



25 25

Maus Tratos Físicos



Lesões esqueléticas

Fracturas Craneanas

- Principal causa de morte em MT
- Pode atingir as partes moles como o couro cabeludo, face
- Associadas a lesões como hematomas do couro cabeludo, equimoses peri-orbitárias, alopecias parciais e lesões intracranianas, hemorragia subaracnóideia/subdural, hemorragia da retina
- Sequelas a longo prazo



26 26

Maus Tratos Físicos



Síndrome da criança abanada

Envolve o sacudir ou chocar fortemente a criança agarrando-a pelos braços ou ombros

Forma de violência cada vez + frequente que na maioria das vezes não deixa marca visíveis

Crianças < 1 ano



27 27

Maus Tratos Físicos



Síndrome da criança abanada



Sequelas: hemorragias oculares, cegueira, convulsões, vômitos associados a letargia, irritabilidade, bradicárdia, apnéia, fontanelas proeminentes, hipotermia, deficiência mental, lesões cerebrais, craniana e hematomas subdurais, atraso do desenvolvimento neuro-psico-motor, morte

1/3 sobrevive sem problemas

1/3 morre

Davis (1993)

28 28

Maus Tratos Físicos



Lesões abdominais ou torácicas

Podem não existir sinal de lesão externa

Tipos:

- Contusão pulmonar, pancreática, renal, hepática
- Hematoma (duodenais, intestino)
- Laceração (hepática, baço)
- Hemorragia



Mecanismos:

- Compressão (socos, murros)
- Impacto, força ou pancadas fortes contra grelha costal/cóluna
- Aceleração/desaceleração

29 29

Maus Tratos Físicos



Síndrome de Münchausen por procuração



"... doença que o adulto induz na criança ou na situação que provoca nesta e que ameaça a sua vida"

Opperman e Cassandra (2001)

Sinais de alarme:

- Pais que simulam ou exageram doenças dos filhos
- Cooperação excessiva dos pais
- História clínica complexa
- Geralmente físico e incomum

30 30

Maus Tratos Físicos



Síndrome de Münchausen por procuração



- Necessidade doente de manter relação intensa com a criança
- Responsável induz determinado sinal e sintoma de doença na criança para chamar a atenção
- Doença inexplicada, prolongada, recorrente ou doença muito rara
- Discrepância entre os dados clínicos e a história relatada
- Doença que não responde ao tratamento

31 31

Maus Tratos Físicos



Síndrome de Münchausen por procuração



- Sinais e sintomas que só se verificam na presença dos progenitores
- Conhecimento relativamente aprofundados dos pais relativamente à doença dos filhos, procedimentos e tratamentos que conferem credibilidade à história
- Pais muito atentos à criança, recusando-se a deixar o hospital
- Pais muito interessados em relacionar-se com a equipa médica
- Familiares com sintomas semelhantes

32 32

Maus Tratos Físicos



Síndrome de Munchausen por procuração



Síntomas:

apnéia, convulsões, febre, bradicárdia, diarreia, vômitos, rash cutâneo, alergias e asma

Estes sintomas poderão ser induzidos através:

- soluções salinas, laxantes, diuréticos
- adição de sangue, vômitos ou fezes para alterar os resultados laboratoriais
- indução de apnéia e bradicárdia tapando o nariz e a boca à criança

33 33

Maus Tratos Físicos



Síndrome de Munchausen por procuração



As consequências são graves o que poderá incluir a submissão a procedimentos e tratamentos médicos desnecessários, o desenvolvimento de invalidez crónica ao aceitar que estão doentes, poderão sofrer de traumas psicológicos intensos e desenvolver SMP aquando adultas

34 34

Maus Tratos Físicos



Síndrome de Munchausen por procuração



A intervenção a crianças com este síndrome inclui evitar que autor de MT visite a criança por algum tempo, promovendo a sua segurança, ao mesmo tempo que se analisa cuidadosamente todas reações e sintomas desta neste período

35 35

Maus Tratos Psicológicos



*incapacidade em proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afetivo, indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento adequados.**

Canha (2000)

“um ato de natureza intencional caracterizado pela ausência ou inadequação, persistente ou significativa, ativa ou passiva, do suporte afetivo e do reconhecimento das necessidades emocionais do menor.”

Magalhães (2002)

36 36



Maus Tratos Psicológicos

Este tipo de Mau Trato pode ser infligido através:

- utilização da criança para atender às necessidades psíquicas dos adultos
- Situações de violência doméstica extrema e/ou repetida
- Sujeitas a situações de terror

37 37



Maus Tratos Psicológicos

Este tipo de Mau Trato pode ser infligido através:

- Insulto verbal
- Humilhação
- Ridicularização
- Desvalorização
- Ameaças
- Depreciação
- Desrespeito
- Cobrança
- Corrupção
- Isolamento
- Críticas
- Abandono temporário
- Punição exagerada
- Culpabilização
- Indiferença
- Discriminação
- Rejeição
- Ignorar/desprezar

38 38



Maus Tratos Psicológicos

- # É o tipo de violência mais difícil de detectar de forma isolada
- # Costuma estar presente associado aos demais tipos de abuso
- # Pode ter efeitos imediatos ou retardados, com alterações no desenvolvimento físico, afetivo e emocional da criança

40 40



Maus Tratos Psicológicos

São indícios desse tipo de violência:

distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual, emocional, social, e distúrbios de comportamento tais como agressividade, passividade, hiperactividade

Podem ser achados também problemas psicológicos:

diminuição auto-estima, problemas no desenvolvimento moral e dificuldades em lidar com a sexualidade

Além dos citados, distúrbios do controle de esfíncteres (enurese, encoprese), psicose, depressão, tendências suicidas

41 41



Negligência e Abandono

Negligência: é acto de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento

implica uma falha dos pais ou educadores no que diz respeito a actuar devidamente no sentido de garantir a segurança, a sua protecção e bem-estar, envolvendo variadas manifestações

42 42



Negligência e Abandono

Podem significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; ausência de protecção contra as inclemências do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a frequência à escola

43 43



Negligência e Abandono

Tipos de Negligência

Intencional - administrações de doses elevadas de medicação à criança (ex: crianças crónicas), tentativa de injeção de narcóticos em crianças (ex: distribuição de narcóticos à porta das escolas, ex: dar vinho a uma criança autista agitada para acalmar)

Acidental - a criança ingere produtos tóxicos sem que os seus pais ou responsáveis notem devido a uma vigilância inadequada

44 44



Negligência e Abandono

Tipos de Negligência

Abandono – a criança é deixada à sua sorte e exposta a inúmeros perigos, dos quais podem resultar vários e graves sequelas, havendo mesmo perigo de vida

Considerada uma forma extrema de negligência, que evidencia a ausência de vínculo adequado dos responsáveis para com a criança

45 45



Negligência e Abandono

Tipos de Negligência

Abandono

• Os pais não aparentam estar preocupados com o seu atraso de crescimento, recorrendo ao hospital por outras razões menos significativas

• É frequente existirem contradições na história da alimentação (ex: diz que a criança habitualmente come determinada quantidade e pouco tempo depois já altera essa versão)

46 46



Negligência e Abandono

Sinais e Sintomas

- ≈ QI abaixo da média
- ≈ Baixa auto-estima e confiança
- ≈ Relações difíceis escola/família
- ≈ Ansiedade/frustração
- ≈ Dificuldade em dar/receber afectos
- ≈ Incapacidade de transição vida adulta
- ≈ Anorexia/bulimia
- ≈ Pesadelos/dormir posição fetal
- ≈ Enurese/encoprese

47 47



Negligência e Abandono

Sinais e Sintomas

- ≈ Tonturas
- ≈ Gaguez
- ≈ Queixas algicas sem razão aparente
- ≈ Perturbações menstruais
- ≈ Dificuldade de aprendizagem
- ≈ Relações conflituosas
- ≈ Medo/passividade/timidez
- ≈ Hiperactividade/depressão/ansiedade
- ≈ Auto-mutilação/tentativa suicídio
- ≈ Regressão no comportamento

48 48



Negligência e Abandono

Sinais e Sintomas

Trabalho Excessivo

Supera as forças físicas ou mentais

Trabalho Inadequado

Trabalho impróprio para as condições orgânicas da vítima segundo idade ou sexo

49 49



Abuso Sexual

"... é todo acto ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual."

(Wilson Maciel)

"envolvimento de crianças e adolescentes, mentalmente imaturos e dependentes, em actividades sexuais que não compreendem verdadeiramente, e para as quais são incapazes de dar o seu consentimento, violando assim tabus sociais ou papéis familiares."

(Wong)

50 50



Abuso Sexual

"O Silêncio é a alma das Agressões Sexuais"

(Anna Salter)

Por a vítima se sentir coagida muitos são os casos que não chegam a ser denunciados!

A violência sexual contra menores é identificado em todas as camadas sócio-económicas, independentemente do sexo, expressão sexual ou idade do menor

51 51



Abuso Sexual

Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade

O abuso sexual é difícil de identificar, raramente é a própria vítima a divulgar o abuso temendo acções de represália por pressões e ameaças do agressor

52 52



Abuso Sexual

A participação às autoridades, só é feita, habitualmente, em casos de gravidez ou denúncia por parentes ou vizinhos do agregado em que se situa a vítima

As declarações feitas por crianças que sofreram abuso sexual devem ser tomadas a sério e, se possível, registadas

53 53



Abuso Sexual

Formas de processar o abuso sexual

- Molestação
- Relações sexuais
- Exibicionismo
- Pornografia infantil
- Prostituição infantil/ exploração sexual
- Pedofilia
- Voyeurismo

54 54



Abuso Sexual

Sinais e Sintomas

- Hiperemia, hematomas, escoriações
- Hemorragia vaginal/anal
- Evidências de DST
- Gravidez
- Leucorreia vaginal recorrente
- Rubor/edema órgãos genitais femininos externos/anal
- Lesões cutâneas perianais da criança

55 55



Abuso Sexual

Sinais e Sintomas

- Lesões do pénis (edema, erosão da glande)
- Lacerações/fissuras genitais ou anais sangrantes/cicatrizadas
- Ruptura do hímen
- Laxidez anormal esfíncter anal/hímen
- Equimoses mucosa oral/laceração lábios
- Infecções urinárias de repetição; uretrite recidivante
- Esperma/lubrificantes... corpo/roupa da criança
- Sangue de outra pessoa no corpo/roupa da criança

56 56

ABUSO SEXUAL

Crianças mais pequenas	Crianças mais crescidas
Perda de controlo	Comportamentos bizarras (dormir vestido com roupa suja)
Bulimia, anorexia	Recusa em tomar banho, recusa em ir à escola, recusa em despir-se em balneário público...
Incêndios, terrores nocturnos	Destruir/outrair sinais de feminilidade sedutores
Incontinência urinária/fecal	Onurese
Dor abdominal recorrente	Abuso bebidas alcoólicas/drogas/delinquência juvenil/prostituição
Relacionamento pobre com outras crianças	Comportamentos eróticos extremos (masturbação, intercurso sexual com colegas, condutas sedutoras com adultos)
Interesse em questões sexuais (ver filmes pornográficos)	Repulsa sexual
Comportamentos agressivos em relação a adultos	Depressão/auto-mutilação/tentativa suicida/fugas
Obediência exagerada/preocupação em agradar ao adulto	

57



Abuso Sexual

O abuso sexual é mais um tabu da humanidade

"enganam-se os que pensam tratar-se de um assunto facilmente resolúvel, com legislação ou intervenção profissional - este problema tem as suas raízes nos recônditos mais profundos da condição humana, na complexidade mais terrível dos comportamentos."

(Cordeiro)

58 58

Consequências dos Maus Tratos

Físicas	Cognitivas	Afetivas	Comportamentais	Psicológicas/ Psiquiátricas
<ul style="list-style-type: none"> atraso do desenvolvimento psicomotor deficiências físicas paralisia cerebral epilepsia, distúrbios neuropilóxicos DST's perda de função de um órgão, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> defeitos intelectuais de aprendizagem, de linguagem baixo rendimento escolar e profissional difficuldade em realizar tarefas + complexas, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> difficuldade na socialização e na relação com os pares baixa auto-estima insegurança medo sentimentos de raiva e angústia, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> difficuldade em criar e fomentar relacionamentos isolamento social agressividade sentimento culpa comportamentos auto-destrutivos delinquência juvenil Taríco-dependência tentativas de suicídio, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> Neuroses Psicoses Depressões transtornos de personalidade ideação suicida, etc...

59



Ordem dos Enfermeiros

a) que a proteção da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e todas as situações.

b) que em todas as situações deve garantir-se a satisfação das suas necessidades humanas básicas, o que não acontecendo constitui também uma forma de violência infantil.

60 60



Ordem dos Enfermeiros

e) Que o enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso [alínea b) do artigo 81º] e encaminhar para outro profissional (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência [alínea b) artigo 83º], atendendo ao contexto concreto.

http://www.ordem.enfermeiros.pt/images/contenidos/ajuda_ded/relat/relat_informacao/Enunciado_protecao_orla_mec.pdf



Intervenção deve ter em conta a promoção da criança/adolescente

Princípios:

- Privacidade
- Intervenção precoce
- Intervenção mínima
- Proporcionalidade e actualidade
- Responsabilidade parental
- Prevalência familiar
- Obrigatoriedade da informação
- Audição obrigatória e participação
- Subsidiariedade



Equipa Multidisciplinar



Funções:

- Detectar novos casos
- Encaminhar casos confirmados
- Ajudar outros técnicos a confirmar suspeitas
- Actuar a nível de prevenção
- Estabelecer ligações com recursos na comunidade
- Dar formação a outros técnicos



Níveis do Sistema de Protecção



= Crianças vítimas de Maus Tratos = IPF = Ávia Balpa =



Acolhimento do Enfermeiro à Criança Maltratada

Colheita de dados: (Experiência/Sensibilidade)

- Demonstrar respeito
- Promover tranquilidade e confiança
- Descontrair a criança, permitindo que se exprima
- Capacidade de observar e ouvir a criança (em separado)
- Observar desenvolvimento físico e neurológico da criança (podem não manifestar sinais)
- Saber reconhecer sinais de maus tratos

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IP6 = Ánia Balça =

65 65



Acolhimento do Enfermeiro à Criança Maltratada

- Tratar como criança "normal"
- Promover um ambiente seguro e apoiar a criança;
- Proteger a criança maltratada de maus tratos adicionais
- Fornecer à criança e família apoio adequado
- Recolher informações (identificar possível agressor)
- Abster-se de juízos de valor, reprimendas e castigos
- Respeitar/acarinhavar a família
- Promover auto-estima, segurança, conforto da família

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IP6 = Ánia Balça =

66 66



Acolhimento do Enfermeiro à Criança Maltratada

- Observar como se relaciona com o acompanhante
- Observar emoções, afectos, ansiedade
- Não interromper, não tirar conclusões
- Mostrar que acredita no que a criança relata
- Ter atenção à linguagem corporal e reações psicológicas da criança
- Informação sobre meio envolvente, condições de vida
- Ter em conta áreas problemáticas (deficiência, consumo de droga...)
- Gravidade (risco de ser de novo vítima)

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IP6 = Ánia Balça =

67 67



Procedimentos Habituais

- Relatar situações suspeitas às entidades competentes
- Encaminhar segundo protocolo de serviço
- Dar conhecimento ao Chefe Equipa Médica
- Contacto/Entrevista com Assistente social (discussão e avaliação da situação)
- Participação Comunidade, equipas de risco, CPCJ, Misericórdia
- Participação escola
- Se família não autoriza intervenção - Tribunal Menores

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IP6 = Ánia Balça =

68 68



Procedimentos Habituais

Se situação **URGENTE** internamento por motivos sociais (medida de protecção) → Afastamento do agressor/família:

- * Internamento
- * Centro acolhimento
- * Adopção
- * Familiar/pessoa significativa capaz de cuidar

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPE = Ánia Balça =

69 69



Procedimentos Habituais

Se abuso sexual:

Observação Clínica:

- * Se 72h antes - Instituto de Medicina Legal
- * Solicitar observação de obstetria/ginecologia
- * Realização de exames complementares de diagnóstico
- * Efectuar colheita de espécimens (exsudado vaginal/anal, sangue, urina, ...)

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPE = Ánia Balça =

70 70



Procedimentos Habituais

Se abuso sexual:

- § Guardar vestígios para prova
- § Realizar registo fotográfico, com autorização
- § Avaliação psicológica e consequente apoio ao menor e aos pais
- § Ponderar internamento para garantir a protecção do menor
- § Referenciar para as entidades competentes e consultas de especialidade (Pedopsiquiatria, Psicologia, Infecologia, Assistente Social etc...)

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPE = Ánia Balça =

71 71



Encaminhamento ...

- * Participar ao posto de PSP do hospital
- * Envio da ficha de Participação ao NACF
- * Encaminhamento para consulta de Pediatría e especialidades (Pedopsiquiatria, Psicologia, Infecologia, Cirurgia, Ortopedia ...)
- * Contacto e Participação às entidades competentes de acordo com o protocolo de serviço - Comissão de Protecção de Menores e Jovens em Risco, ao Tribunal de Família e Menores (Medida Tutelar) e ao Tribunal Judicial (Processo Crime)
- * Reavaliações

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPE = Ánia Balça =

72 72



Registos de Enfermagem

- Claros, pormenorizados, objectivos e atualizados
- Sequência lógica

Folha de Registo / Participação ao NACF:

- ❖ identificação da criança
- ❖ identificação pais/agregado familiar
- ❖ identificação do agressor
- ❖ Descrição do problema apresentado
- ❖ identificação das pessoas envolvidas no processo de apoio
- ❖ Encaminhamento para outros serviços / instituições

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPE = Ánia Balça =

73 73



Prevenção ... é possível?

Trabalho integrado:

Governo, associações não governamentais, instituições de saúde

Dificuldades programas intervenção:

- * Não adaptados características dos pais/crianças/relações familiares/redes sociais
- * Recursos disponíveis
- * Questões éticas (privacidade/direitos)

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPE = Ánia Balça =

74 74



Programa de Intervenção

- ❑ Sensibilizar opinião pública
- ❑ Inserção em programas escolares/licenciaturas/ governamentais
- ❑ Perceber necessidades da população
- ❑ Trabalhar com várias valências comunidade
- ❑ Equipa multidisciplinar
- ❑ Adequar todas as idades
- ❑ Programas específicos..... grupos de risco
- ❑ Circulação da informação
- ❑ Apoio às famílias

Magalhães (2002)

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IFE = Ánia Balça =

75 75



Intervenção e Prevenção

Objectivo de Intervenção

- ✓ Proteger a criança e recuperar a família
- ✓ SE família não reabilitada ◊ retirar da família

80% a 90% ◊ Famílias reabilitadas

10% a 15% ◊ Estabilizadas através de vigilância

1% a 2% ◊ Irrecuperáveis ◊ pessoa significativa/ adopção/ instituição

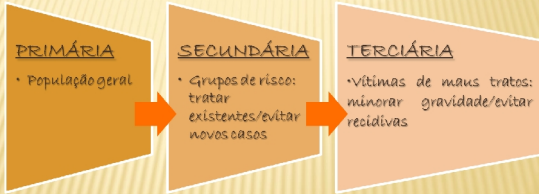
(Levy, 1987)

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IFE = Ánia Balça =

76 76



Intervenção e Prevenção



= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPG = Ánia Balça =

77 77



Instituições de Apoio à Criança Maltratada

IAC - SOS criança - 21 7931617 das 9,30h às 18h

IAC - Nro Verde SOS - 800202651

Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco -
Rua Castilho nº 5 - 3º andar, 1250-066 Lisboa tel:
213184900

APAV - 21884732 / 218576351/800206656 (chamada gratuita)

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPG = Ánia Balça =

78 78



Instituições de Apoio à Criança Maltratada

Criança maltratada - Projecto de Apoio à Família e Criança -

213433333 (das 13 às 20h)

Linha de Emergência Social - 144

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IPG = Ánia Balça =

79 79

Criança Vítima de Maus Tratos

(???) Caso Clínico

* O A.F.M. É uma criança sexo masculino, 2 anos de idade, natural e residente na Nazaré, filho de um pai pescador de 37 anos, analfabeto e uma mãe, doméstica, 28 anos, que sabe ler e escrever. Tem 6 irmãos, de 11 anos a 1 mês. Trata-se de uma família com graves carências económicas, apresentando-se a mãe modestamente vestida e pouco cuidada. A criança foi transferida do hospital local, apresentando hematomas vários e manchas de tinta branca. O caso foi referido ao Serviço Social. Houve por parte de alguns técnicos uma certa agressividade em relação à mãe, facto que ela se apercebeu"

= Crianças Vítimas de Maus Tratos = IFE = Ánia Balça = Levy (1987)

80 80

Criança Vítima de Maus Tratos

Abordagem / Resolução Caso Clínico

"Nos contactos que a técnica teve com a mãe, não confirmou a suspeita de maus tratos, parecendo-lhe haver bons laços afectivos. Foi solicitado o apoio da técnica da zona, que visitou a família, recolheu informações e confirmou haver bom ambiente familiar. A criança já apresentava hematomas anteriormente e dias antes estivera a brincar numa lixeira onde entornara 1 lata de tinta branca por cima de si e do irmão. O diagnóstico clínico posterior foi de PTI que justificava o aparecimento dos hematomas. A mãe ao sair do hospital não esquecera que for "mal recebida" por algumas pessoas."

Levy (1987)

Referências Bibliográficas

- #Assis SG 1994a. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. Cadernos de Saúde Pública 10(Supl. 1): 126-134.
- #Azevedo, M.C & Maia, A. C. (2006). Maus-Tratos à Criança. Climepsi Editores, Lisboa.
- #Almeida, A. N., André, I. M. & Almeida, H.N. (1995). Relatório Final sobre os maus tratos às crianças em Portugal. Lisboa
- #APAV. Manual para o atendimento de crianças vítimas de violência sexual. Lisboa: APAV.
- #Baptista (1991). Quem Zela pelos direitos das crianças?. Pais & Filhos, N.º 74, p.42-44
- #Bittencourt CBF 1995. Violência sexual contra crianças: implicações psicológicas. Pediatría Moderna XXXI (3): 420-424.
- #Bochereau (1976). Introdução à Psicologia para Enfermeiras. Editorial Estampa.
- #Boletim do Centro de Estudos e Documentação sobre a Infância do IAC
- #Canhas, J. (2001/2003). A Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação: Estudo prospectivo de 5 anos. Quarteto Editora (1.ª e 2.ª Edição). Coimbra
- #CDDC. (2000). Convenção dos Direitos da Criança. Comité dos Direitos da Criança. Órgãos das Nações Unidas de Controlo da Aplicação dos Tratados em Matéria de Direitos Humanos. Gabinete de Documentação e Direito Comparado. URL: <http://www.cddc.pt>.

Referências Bibliográficas

- #Deslandes SF 1994b. Prevenir a Violência: Um Desafio para Profissionais de Saúde. Fiocruz/ENSP/Claves, Rio de Janeiro, 39 pp.
- #Dirce (2001). Trabalho realizado no âmbito de Seminário de Investigação. Curso de Licenciatura em Serviço Social. Universidade Católica Portuguesa.
- #Dinis, S. (1993). A Criança Maltratada. Um ponto de vista. NASCER E CRESCER, Vol. 11, N.º 3.
- #Diário da República (1999). N.º 204
- #Eanes (1991). Os Direitos da Criança. Diário de Notícias.
- #Expresso (1983). Mudança de Família poderá solucionar os casos de rejeição considerados graves.
- #Ferreira da Costa, S. I. (1997). Crianças Maltratadas. Informar. Revista de Formação Contínua em Enfermagem, 9 (11), (pp. 8-13). Porto: ESEI C.
- #Figueiredo (1998). Psicologia: Teoria, investigação e prática. Maus Tratos à Crianças e ao Adolescente (1): Situação e Enquadramento da Problemática. Vol. 3, N.º 1, p. 5-19.
- #Machado, Gonçalves & Vila-Lobos. Violência e Vítimas de Crimes. Quarteto Editora. Coimbra.
- #Magalhães CMC 1995. Agressão em crianças: influência de sexo e de variáveis situacionais. Psicologia: Teoria e Pesquisa 11(1): 7-12.
- #Marinho, C. & Dionísio, F. (1992). Crianças abandonadas e maltratadas. Prática & Criativa, p. 43-46

Referências Bibliográficas

- #Martins, P. C. (2000). Conceito de Maus Tratos à Crianças. Universidade do Minho. <http://www.fccolnortenet.pt/farol12/f12pag03.htm>
- #Mimura (2006). Desenvolvimento Infantil. <http://www.gqocities.com>
- #Moura, C. (1992). Eles Precisam de Si. Pais & Filhos, p. 57-60.
- #Opperman, C. S., & Cassandra, K. A. (2001). Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Loures: Lusociência.
- #Ordem dos Enfermeiros (2005). Desenvolvimento Infantil. <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- #Rappaport, Fiori & Herzberg (1981). Psicologia do Desenvolvimento. A Infância inicial: o bebé e sua mãe. Vol. 2. Editora Pedagógica e Universitária, Lda. São Paulo.
- #Vesterbraal, J. (1980). Aspectos criminológicos dos maus-tratos às crianças na família. Factores etiológicos e consequências a longo prazo. Infância e Juventude, p. 48-83.
- #Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1985). Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva (p. 5). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- #Wong, D. L. (1997). Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva (p. 10). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

OBRIGADO
PELA
ATENÇÃO





Universidade Católica Portuguesa – EESIP 2009/10

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Criança Vítima de Maus Tratos

Data: 8/Jun/2010

Formadora: Ânia Balça

Hora: 12h30

Local: Catus/Sede Odivelas

A sua opinião sobre a apresentação em que acaba de participar é extremamente importante para que me seja possível:

- Aferir em que medida foram satisfeitas as suas expectativas
- Melhorar o meu desempenho em futuras acções de formação

Gostaria então que respondesse a algumas questões tendo por base a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

	1	2	3	4	5
1 - Avaliação geral da sessão:					
1.1 – A apresentação correspondeu às minhas expectativas iniciais					
1.2 – Os temas abordados foram interessantes					
1.3 – Gostei de ter assistido à sessão					
2. Conhecimentos adquiridos:					
2.1 - Aprendi algo que considero útil					
2.2 – É importante a actualização deste tipo de sessões					
2.3 - Após a sessão sinto-me mais desperta/o, capaz de identificar e actuar perante uma situação de maus tratos					



3 – Organização da sessão:					
3.1 – A qualidade dos recursos pedagógicos utilizados foi adequada					
3.2 – As instalações e espaço formativo foram satisfatórios					
3.3 – A duração da sessão foi adequada aos temas abordados					
4 – A formadora:					
4.1 – Foi clara na apresentação das temáticas					
4.2 – Demonstrou domínio das temáticas apresentadas					
4.3 – Fez com que os formandos se sentissem à vontade e incentivou a sua participação					

Refira aspectos positivos


Refira aspectos negativos

Sugestões para futuras sessões de formação

Obrigada pela sua colaboração

(Questionário adaptado por Ânia Balça)

ANEXO VII - Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus Tratos

 Unidade de Saúde Funcional – Sede/Catus – ACES Odivelas	<i>Norma de Procedimento de Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus- Tratos</i>	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Revisão x	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	xxx.00.yyy.00

Elaboração:	Enf ^o Ânia Balça (aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria da UCP) Orientadores: Enf ^a Nelson Viegas
Revisão:	Enfermeiro Chefe Director de Serviço
Aprovação:	Conselho de Administração

1 – Objectivos

- Identificar os procedimentos relacionados com o apoio a dar à criança/jovem vítima de maus-tratos.
- Proporcionar assistência célere e humanizada à criança/jovem vítima de maus-tratos.

2 – Campo de aplicação

Serviço de Urgência Pediátrica

3 – Definições

- Criança/jovem: Pessoa com menos de 18 anos
- Maus-tratos à criança: Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças e jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. (Magalhães, 2005)

4 – Siglas

CPCJ – Comissão Protecção Criança e Jovens

NACJ – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem

5 – Referências

- Direcção-Geral da Saúde (2007). *Maus tratos em crianças e Jovens – Intervenção da saúde*. Lisboa: DGS
- Magalhães, Teresa (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens* (4ª edição). Lisboa: Quarteto.
- Portugal. Assembleia da República. Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. DR – I Série-A, Lei nº 147/99 de 1 de Setembro.

INDICE DO PROCEDIMENTO:

I – Orientações Gerais

II – Tipologia dos maus-tratos

III – Seguimento do processo

Anexo 1 – Contactos

Anexo 2 – Lei de protecção de crianças e jovens em perigo

Anexo 3 – Documento de participação de caso ao Núcleo de Apoio à Criança e Jovem (NACJ)

Anexo 4 – Slides de sessão formação sobre “Criança Vítima de Maus Tratos”

I – Orientações Gerais

Os Maus-tratos a crianças constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática e insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas, cognitivas, afectivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte.

As instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência. Assim, têm a responsabilidade particular na detecção precoce de contextos, factores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização do mesmo.

Todos os profissionais de saúde, no âmbito das suas competências, podem ser confrontados com situações de maus-tratos em crianças e jovens às quais urge dar resposta necessária, suficiente e adequada. Fundada no quadro ético e deontológico estabelecido, a actuação técnica nos diferentes níveis de acção deve pautar-se por critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade, orientada segundo princípios de intervenção explícitas na própria Lei de protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Anexo 2 - art. 4º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro).

Para poder haver intervenção, a lei exige, excepto em situações de urgência (Anexo II – art. 91º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro), que seja prestado o **consentimento livre e esclarecido** por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informado desse direito.

É igualmente reconhecido o **direito da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos**, a não autorizar a intervenção das entidades com competência de infância e juventude.

Para diagnóstico de maus-tratos de maus-tratos é essencial uma correcta colheita de dados anamnésicos. É fundamental um elevado índice de suspeita perante sinais e sintomas, que quando conjugados, deverão conduzir a um inquérito sobre a situação social, física e psicológica da criança. Durante a entrevista o profissional de saúde deve:

No relacionamento com as famílias/cuidadores:

- Assegurar um tratamento digno a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos;
- Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade;
- Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar os seus membros;
- Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências;

- Intervir com as famílias (não para elas) e responsabilizar.

Na condução da entrevista:

- Escutar o testemunho da criança ou do jovem;
- Entender os pontos essenciais da situação;
- Não omitir juízos de valor nem reagir intempestivamente;
- Transmitir confiança, orientar e proteger;
- Denunciar o(s) perpetrador(es), do mau trato, se for caso disso;
- Utilizar linguagem simples;
- Mostra-se disponível para a criança/jovem;
- Se não se sentir apto ou com estas condições, deve pedir sempre ajuda a um colega com mais experiência e maior disponibilidade no momento.

O que pode/deve dizer-se à criança ou jovem na altura do depoimento:

- Que se dá credibilidade ao seu testemunho;
- Que não é culpada da situação;
- Que é muito importante ter falado;
- Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros;
- Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas;
- Que pode fazer perguntas;
- Que não vai ser enganada nem manipulada nem serão quebradas promessas feitas;
- Que tem tempo;
- Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos (respeitar silêncios)

A observação é outra etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus-tratos. É importante estar atento à expressão comportamental da criança mas também às interações que estabelece com os pais/acompanhantes. A observação deverá incluir uma avaliação:

- do estado físico da criança (pele, cabelo, unhas, roupa, etc.);
- do crescimento e desenvolvimento;
- do estado emocional da criança;
- do estado emocional dos pais (relação pais/filho).

Perante uma criança com o diagnóstico de maus-tratos o enfermeiro que recebe a criança/jovem deverá orientá-la para um dos médicos mais graduado da equipa de urgência, embora a observação por qualquer médico tenha valor legal. O caso deverá ser comunicado aos chefes da equipa médica e de enfermagem. No caso de maus-tratos físicos, o registo fotográfico deverá ser ponderado, para preservação de provas.

Contactar perito de **Medicina Legal** em caso de:

- situação clinicamente muito grave, situação que deverá ser contactada também a Polícia Judiciária;
- quando há queixa já efectuada a agente de autoridade;
- quando se inicia simultaneamente um processo-crime.

Contactar **Pedopsiquiatra** em caso de:

- grande ansiedade;
- angústia;
- agressividade;
- situação de conflito familiar.

Após completado o exame objectivo e avaliação global da criança, o médico deve preencher o documento de participação (com caligrafia legível e identificação da criança, acompanhantes e profissionais que notificaram o caso) ao NACJ (Anexo 3), a enviar de imediato ao Serviço Social (das 9 às 16 h) em envelope fechado e protocolado ou entregue à chefe de enfermagem, para envio protocolado, na manhã seguinte, ao NACJ (Assistente Social).

As situações referenciadas ao NACJ são, regra geral, consideradas de risco por todos os médicos e enfermeiros envolvidos no processo. Contudo, em caso de não concordância na interpretação da situação, qualquer profissional de saúde pode proceder à referência ao Núcleo.

II – Tipologia dos maus-tratos

2.1 - Negligência

Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o

crescimento e desenvolvimento normais. Este tipo de maus tratos que, regra geral, é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na competência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis cumprirem esse desiderato.

A negligência surge muitas vezes associada a circunstâncias sociais adversas, podendo estar presentes alguns dos seguintes aspectos do contexto familiar:

- pais negligenciados;
- desemprego ou precariedade profissional;
- ausência de projectos de vida definidos para os próprios e para os filhos;
- condições precárias e pouco seguras de habitação;
- relutância em aceitar ajuda
- depressão, isolamento social, ausência de rede familiar e social de apoio.

Os padrões de negligência podem ser avaliados através de exame físico, mas também através da expressão do comportamento da criança (acidentes múltiplos são frequentes em casos de negligência, reflectindo a falta de cuidado com a segurança da criança). A observação das interacções com os acompanhantes pode dar algumas informações sobre o registo em que a família funciona.

Os sinais e sintomas não estabelecem, por si sós, diagnósticos. Contudo, podem constituir indícios de situações de negligência, em particular quando coexistem vários aspectos:

Sinais:

- Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar):
 - sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos
 - eritema perineal prolongado ou recorrente;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada,
- Intoxicações acidentais repetidas;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados);
- Hematomas ou outras lesões inexplicáveis e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;

- Atraso e/ou incumprimento do programa de saúde infantil e juvenil e/ou do programa de vacinação;
- Sinais físicos de negligência prolongada (quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal):
 - progressão ponderal deficiente;
 - cabelo fino;
 - abdómen proeminente;
 - arrefecimento persistente;
 - mãos e pés avermelhados;
 - atraso no desenvolvimento sexual.

Sintomas:

- Atraso no desenvolvimento e nas aquisições sociais:
 - linguagem;
 - motricidade;
 - socialização;
- Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agressividade;
- Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (por exemplo, roubar alimentos ou comer obsessivamente);
- Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação.

2.2 – Maus-tratos físicos

O mau trato físico resulta de qualquer acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Nas situações de maus-tratos físicos o perigo está directamente associado com a idade da criança. Uma pequena equimose num lactente pode ser um factor de risco para abusos posteriores que podem ser graves ou mesmo fatais. Ainda que, regra geral, os pais não pretendem causar lesões graves, a situação deve ser avaliada tendo a vulnerabilidade da criança (a maioria das crianças maltratadas tem entre 0 e 4 anos; 70% das lesões da cabeça graves ou fatais ocorre em crianças com idade inferior a 1 ano, como por exemplo, a síndrome da criança abanada)

A maioria das situações de maus-tratos ocorre quando os pais perdem o controlo, mas outras correspondem a comportamentos sádicos e premeditados (ex. queimaduras com ponta de cigarro).

É importante ter em atenção que a negação do abuso físico pode, também, constituir um mecanismo de defesa psicológico para reduzir o sentimento de culpa do agressor(a) perante o diagnóstico.

Indicadores de maus-tratos físicos:

- História incongruente, inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;
- Explicações contraditórias ou discordantes;
- Demora na procura de cuidados médicos (especialmente internamentos e acidentes);
- Negação dos sintomas (ou dor) por parte dos adultos;
- Criança com lesões repetidas, registo de múltiplos internamentos e acidentes;
- Faltas frequentes à escola (para dar tempo a que as lesões cicatrizem);
- Família em situação de crise.

Sinais:

- Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise;
- Traumatismo craniano em criança menor de 1 ano de idade;
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental (equimoses ou outros ferimentos na face, a nível palpebral, orelhas, boca e região cervical ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão accidental;
- Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão accidental; repetido
- Lesões desenhando marcas de objectos (por exemplo, marcas de fivela, corda ou régua);
- Queimaduras múltiplas e/ou simulando acto voluntário, actuais ou cicatrizadas (por exemplo, queimadura de cigarro na palma da mão, na planta do pé, genitais e nádegas)

ou padrão “luva e meia” correspondente a imersão forçada) e com fácil identificação do objecto causador (por exemplo, ferro de engomar);

- Alopecia traumática;
- Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais), mas que devem ser pesquisadas se existem suspeita de maus-tratos.

2.3 – Maus-tratos psicológicos

O mau trato psicológico resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem, os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras actividades da criança ou do jovem.

Qualquer tipo de maus-tratos inclui, também, maus-tratos psicológicos

Pode-se considerar maus-tratos psicológicos:

- Abandono temporário;
- Insultos verbais;
- Abandono afectivo,
- Ausência de afecto;
- Ridicularização e desvalorização;
- Hostilização e ameaças;
- Indiferença;
- Discriminação e rejeição;
- Culpabilização;
- Humilhação;
- Envolvimento em situações de violência doméstica.

Sinais:

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura;
- Auto-mutilação.

Sintomas (dependem do grupo etário):

- Perturbações funcionais:

- apetite (anorexia, bulimia);
- sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- controle dos esfínteres (enurese, encompresse);
- choro incontrollável no primeiro ano de vida;
- cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- interrupção da menstruação na adolescência amenorreia secundária.

- Perturbações cognitivas e relacionais:

- atraso no desenvolvimento da linguagem;
- perturbações da memória para as experiências do abuso;
- baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- alterações da memória, concentração e atenção;
- dificuldades de aprendizagem;
- sentimentos de vergonha e culpa;
- medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil ou excessivamente adulto);
- dificuldades em lidar com situações de conflito;
- excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais (isolamento, afastamento dos amigos e familiares, hostilidade, falta de confiança nos adultos, agressividade, manifestações de raiva contra pessoas específicas);
- relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta ante estímulos sociais.

- Perturbações do comportamento:

- desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- falta de curiosidade (ausência de comportamento exploratório);
- déficit na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- fugas de casa ou relutância em regressar a casa;

- comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos (com agressões físicas a outras crianças ou adultos, incluindo o abusador e a família);
- comportamentos obsessivos;
- comportamentos bizarros (por exemplo, colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto para protecção contra supostas agressões);
- acidentes muito frequentes;
- problemas escolares, nomeadamente, mau rendimento académico, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições, etc.;
- comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição);
- tristeza e perturbações do sono;
- mudanças súbitas de comportamento e humor.

2.4 – Abuso sexual

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento:

- não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- não se encontra estruturalmente preparada;
- não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Para a avaliação das situações de abuso sexual é essencial a recolha de informação junto dos acompanhantes e, num outro momento, junto da criança. É desejável que a entrevista decorra em ambiente calmo, empático e seguro. A linguagem deve ser adequada à idade e desenvolvimento da criança. É essencial conhecer as etapas do desenvolvimento infantil e saber avaliar a capacidade verbal e de comunicação da criança (note-se que esta competência poderá ser afectada pela situação de mau trato).

É fundamental conhecer as barreiras impostas à criança (o segredo, a sensação do errado, as ameaças causadoras de sintomatologia psicológica e psicossomática). É, por isso, muito importante estar atento à linguagem gestual da criança e saber lidar com o medo e o embaraço; não recriminar e não fazer interpretações imediatas. Frequentemente a criança retrai-se e não se mostra disponível para falar sobre o abuso; a situação poderá ser ainda mais

complicada se o abuso surge contexto afectivo relevante para a criança ou quando o contacto sexual lhe dá efectivamente prazer.

É importante que o profissional de saúde saiba que não na primeira entrevista que a criança começa o processo psicoterapêutico necessário, para tal, deverá ser encaminhada para um técnico da especialidade.

Deve saber o nome das partes do corpo que a criança dá às diversas partes do corpo e usar essa informação na condução da entrevista. As crianças têm pouca noção do tempo, por isso pode-lhes ser difícil definir temporalmente as situações.

Sinais:

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção) – as lesões genitais têm uma cicatrização muito rápida e completa;
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Infecção sexualmente transmissível;
- A presença de verrugas ou condilomas perineais e anais deve conduzir a uma investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão de abuso
 - sexo feminino: vulva (principalmente rafe posterior)
 - sexo masculino: pele e sulco balano-prepucial, glande (podem coexistir balanite e parafimose)
- Equimose e ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Presença de esperma no corpo ou roupa da criança/jovem;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Gravidez.

Sintomas gerais:

- Dor na região vaginal ou anal;
- Prurido vulvar;
- Disúria;

- Obstipação e encopresis;
- Enurese secundária.

Sintomas nas crianças:

- Condutas sexualizadas:
 - interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (uso de linguagem desapropriada para a idade),
 - masturbação compulsiva,
 - desenhos ou brincadeiras sexuais específicas;
- Perturbações funcionais:
 - apetite: anorexia, bulimia,
 - terrores nocturnos,
 - regulação dos esfíncteres: enurese e/ou encoprese,
 - dores abdominais recorrentes e inexplicáveis;
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- Dificuldades no relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos agressivos.

Sintomas nos jovens:

- Comportamentos aparentemente bizarros:
 - dormir vestido com roupa do dia,
 - urinar de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as/os toque,
 - destruir e ocultar características pessoais que possam ser atractivas,
 - recusa em tomar banho ou despir nos vestiários,
 - recusa em ir à escola ou em voltar para casa;
- Perturbações do foro sexual:
 - comportamentos eróticos desadequados (por exemplo, masturbação em frente aos outros, interacções sexuais com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos),
 - repulsa em relação à sexualidade;
- Outras perturbações:
 - depressão
 - auto-mutilação
 - comportamento ou ideação suicida

-fuga;

III – Seguimento do processo

3.1 – Se a criança ou jovem apresenta lesões físicas cuja gravidade justifique vigilância e/ou tratamento hospitalar, deverá ser internada

Nesta situação, colhido o consentimento para o internamento por parte de quem tem de o prestar (pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança/jovem), os procedimentos clínicos seguem os trâmites protocolados e ajustados à situação em presença.

Tendo em conta os factos que motivam o internamento e a necessidade de desencadear o processo de promoção/protecção, deverá ser contactado o serviço social (de preferência o/a assistente social afecta ao NACJ) que, por sua vez, comunicará com a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) competente.

Quando se está em presença de uma situação de emergência clínica, havendo perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança/jovem, e exista oposição por parte de quem exerce o poder paternal, deve ser accionado, de imediato, um procedimento de urgência (art. 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo - Anexo 2).

3.2 – Se a criança ou jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, há que proceder à avaliação do perigo

Neste caso, podem ocorrer três situações:

- 1- A criança ou jovem não se encontra em perigo, pois o prestador de cuidados garante um ambiente seguro e, nesta situação, pode ter alta. O NACJ assumirá a condução do processo.
- 2- A criança ou jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, mas há perigo iminente ou actual para a sua vida ou integridade física e existe oposição por parte dos detentores do poder paternal; neste caso, o responsável da urgência presente acciona um procedimento de urgência (Ver

art. 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo - Anexo 2) ou toma as medidas entendidas como adequadas, promovendo o acolhimento em Centro de Acolhimento Temporário¹, ou, por exemplo, mantendo a criança ou jovem em situação de internamento, de forma a garantir a sua protecção e solicitando, de imediato, a intervenção do Tribunal de Família e Menores ou da Comarca (via fax) e das autoridades policiais, que darão conhecimento ao Ministério Público.

Em casos extremos, pode ser necessário solicitar a presença de uma autoridade policial para protecção da própria criança e/ou dos profissionais de saúde.

- 3- Pode acontecer ainda que, apesar de haver perigo, os pais colaborem e não se oponham à intervenção do Hospital, pelo que deve o mesmo e durante o horário do funcionamento do Serviço Social, contactar, de preferência, o/a Assistente Social afecta ao NACJ, que contactará a CPCJ.

Após a sinalização, a CPCJ contacta os pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem, com vista a obter o necessário consentimento para intervir; caso tal suceda, aquela entidade, ficando legitimada para o fazer, deverá articular-se com o Hospital de forma a garantir a afectiva protecção da criança.

No caso da CPCJ não obter o consentimento por parte de quem o deva prestar, ou de não concordarem com a medida deliberada pela Comissão, esta remete a situação ao Tribunal de Família e Menores (ou Tribunal de Comarca), solicitando a sua intervenção.

¹ Para o acolhimento temporário, os contactos telefónicos da Linha de Emergência que dá resposta para a Cidade de Lisboa são os seguintes: Telef. 218424330/217827250. Tratando-se do acolhimento de crianças até 8 anos de idade, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa tem também uma linha de emergência que pode ser accionada: Telef. 2132350077.

Anexo 1

Contactos:

Instituto de Medicina Legal	218852386 218850140
Tribunal de Menores	213870039
Polícia Judiciária	21 _____ 21 _____
Núcleo de Apoio à Família e à Criança: - Dr. ^a _____ (Cirurgia Pediátrica) - Dr. ^a _____ (Assistente Social) - Dr. ^a _____ (Pedopsiquiatria) - Dr. ^a _____ (Psicóloga) - Enf. ^a _____ (ESIP)	

ANEXO VIII - Panfleto sobre a Vacinação

QUANDO É QUE O SEU FILHO DEVE SER VACINADO?

- **À nascença**
 - BCG (Tuberculose)
 - VHB (Hepatite B - 1ª dose)
- **Aos 2 meses**
 - DTP (Difteria, tétano e tosse convulsa - 1ª dose)
 - VIP (Poliomielite - 1ª dose)
 - HiB (Haemophilus Influenza tipo b - 1ª dose)
 - VHB (Hepatite B - 2ª dose)
- **Aos 3 meses**
 - MenC (Meningite por meningococos C - 1ª dose)
- **Aos 4 meses**
 - DTP (Difteria, tétano e tosse convulsa - 2ª dose)
 - VIP (Poliomielite - 2ª dose)
 - HiB (Haemophilus Influenza tipo b - 2ª dose)
- **Aos 5 meses**
 - MenC (Meningite por meningococos C - 2ª dose)
- **Aos 6 meses**
 - DTP (Difteria, tétano e tosse convulsa - 3ª dose)
 - VIP (Poliomielite - 3ª dose)
 - HiB (Haemophilus Influenza tipo b - 3ª dose)
 - VHB (Hepatite B - 3ª dose)
- **Aos 15 meses**
 - VASPR (Sarampo, papeira e rubéola - 1ª dose)
 - MenC (Meningite por meningococos C - 3ª dose)
- **Aos 18 meses**
 - DTP (Difteria, tétano e tosse convulsa - reforço)
 - HiB (Haemophilus Influenza tipo b - reforço)
- **Aos 5-6 anos**
 - DTP (Difteria, tétano e tosse convulsa - reforço)
 - VIP (Poliomielite - reforço)
 - VASPR (Sarampo, papeira e rubéola - 2ª dose)
- **Aos 10-13 anos**
 - Td (Tétano e difteria - reforço)
 - VHB (para crianças nascidas antes de 1999 e ainda não vacinadas)
- **De 10 em 10 anos**
 - Td (Tétano e difteria - reforço)

EM CASO DE DÚVIDAS...

Centro de Saúde

Odivelas

Vacinação

219379428



Elaborado por:

Ânia Soraia Marinho Balça

(aluna da Especialidade em Enfermagem de

Saúde Infantil e Pediátrica - UCP)



VACINAS

Tudo o que deve saber

Junho de 2010

O QUE SÃO AS VACINAS?

As vacinas tem por objectivo criar defesas (anticorpos) no corpo do seu filho.

PORQUÊ VACINAR O SEU FILHO?

As vacinas protegem o seu filho contra muitas doenças que se apanham por contágio e que podem ter graves consequências.



QUANTO TEMPO PROTEGEM?

Depende. Algumas para toda a vida—como é o caso das que previnem o sarampo, a rubéola ou a papeira (2 doses), mas outras deixam de fazer efeito com o passar do tempo e é necessário administrar doses de reforço periodicamente, como o tétano.

QUANDO O SEU FILHO ESTÁ DOENTE PODE SER VACINADO?

Em princípio sim, só em caso de doença grave ou temperatura muito elevada é que deve adiar a sua ida ao Centro de Saúde.



PROVOCAM ALGUMA REACÇÃO?

Sim. A mais frequente é uma inflamação ligeira, acompanhada de dor, rubor e inchaço no local da injeção, podendo aplicar gelo no local. Pode também provocar febre, irritabilidade e mal-estar ao seu filho. **É normal, não se assuste!** Neste caso administre um analgésico/ anti-pirético (paracetamol).

É importante que leve sempre consigo o Boletim Individual de Saúde.



As vacinas são gratuitas e estão à sua disposição no Centro de Saúde onde está inscrito.

ANEXO IX - Poster sobre a utilização das Camaras Expansoras

Como utilizar a camara expansora

Câmaras Expansoras

São dispositivos que garantem a administração rápida de medicamentos/aerossóis (mais conhecidas como "bombas"). Diminuem a quantidade de medicamento depositado nas vias aéreas superiores (boca e garganta) e promovem maior deposição de partículas medicamentosas no aparelho respiratório eficazmente. Podem ser utilizados em qualquer idade. São eficazes em situações de dificuldade respiratória.




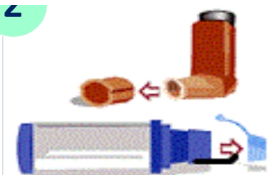
Tamanhos de acordo com a idade

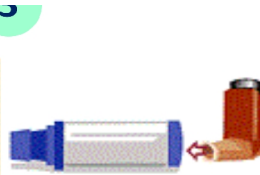
Existem vários dispositivos para administração de medicamentos por via inalatória, mas cabe ao médico a escolha do mais adequado a cada situação clínica, ponderando sempre as suas vantagens e desvantagens. Deve-se ter em consideração entre outros factores, a capacidade de coordenação e facilidade de manuseamento do inalador, a idade da criança, assim como o grau de cooperação esperado. Nos bebés e crianças mais pequenas, os mais indicados serão as câmaras expansoras com máscara facial. À medida que a criança vai crescendo a cooperação é maior pelo que deve ser encorajado o uso de câmaras expansoras com peça bucal.

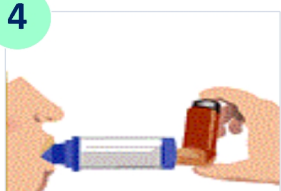
Sempre que recorrer a um Serviço de Saúde por dificuldade respiratória leve sempre consigo a Câmara Expansora


Instruções de Utilização


- 

Retire a tampa protectora. Verifique se existe objectos/partículas estranhas dentro da câmara
- 

Agite o inalador
- 

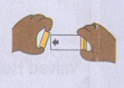
Insira o bucal do inalador na parte de trás da câmara
- 


Aplique a máscara/bucal à face/boca da criança
- 

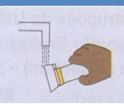
Pressione o inalador no início da inalação. Mantenha uma boa vedação durante cinco respirações, depois de pressionar o inalador
- 


Aguarde 30 seg antes de repetir as etapas 4 e 5, de acordo com as indicações do seu médico


Instruções de Limpeza

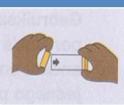
- 

Remova só a peça de trás (Não remova a máscara)
- 

Coloque ambas as partes, durante 15min, num recipiente com água morna e detergente líquido. Agite suavemente
- 

Passe as duas peças por água limpa
- 

Escorra o excesso de água. Não esfregue para secar
- 

Deixe secar ao ar na posição vertical
- 

Reponha a peça de trás quando a câmara estiver completamente seca e pronta para utilização

ANEXO X - Manual de Procedimentos do Carro de Urgência



Unidade Funcional de Saúde
Sede/Catus - ACES Odivelas



**“Manual de Procedimentos do Carro de Urgência
da Unidade Funcional de Saúde - Sede/Catus
ACES Odivelas”**

Trabalho Realizado Por:

Ânia Soraia Marinho Balça
(no âmbito da especialidade em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria da UCP)

Enfermeiro Orientador:

Nelson Viegas

Lisboa, Junho de 2010



*“Aprender uma coisa significa entrar em contacto
com um mundo do qual não se fazia a menor ideia.*

É preciso ser humilde para aprender.”

Paulo Coelho



SUMÁRIO

	f.
0 – INTRODUÇÃO	4
1 – UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA	5
1.1 - OBJECTIVOS	5
1.2 - REQUISITOS	5
1.3 - PROCEDIMENTOS	5
1.4 – CONSTITUIÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA DA USO	7
2 – PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA ENDOVENOSA NA USO	14
2.1 – INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS	15
2.2 - INCOMPATIBILIDADES	16
2.3 - ESTABILIDADE	17
2.4 – CONSIDERAÇÕES GERAIS	19
2.5 – PREVENÇÃO DE ERROS TERAPÊUTICOS	20
2.6 – TERAPÊUTICA UTILIZADA NA USO	21
2.6.1 – GRUPO I	22
2.6.2 – GRUPO II	22
2.6.3 – GRUPO III	22
2.6.4 – GRUPO IV	23
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	26
ANEXO I - Selagem do Carro de Urgência	27
ANEXO II - Medicação - revisão e validade	29
ANEXO III - Distribuição de material e terapêutica na mala de transporte	33
ANEXO IV - Guedlines do Conselho Português de Ressucitação.....	35
ANEXO V - Medicação - administração de terapêutica	34
ANEXO VI - Guedlines do Suporte Básico/Avançado de Vida.....	



ABREVIATURAS

APPI – Água própria para Injectáveis

AV – Auriculo - ventricular

CC – Centímetros cúbicos

CO₂ – Dióxido de carbono

E.T - Endotraqueal

E.V – Endovenoso

F.C – Frequência cardíaca

gr – Gramas

h – Hora

HTA – Hipertensão arterial

I.C – Intracardiaco

I.M – Intramuscular

I.O - Intraóssea

Kg – Kilogramas

MAO - Monoaminoxidase

m_{cg} – Microgramas

mg – Miligramas

min- Minuto

ml- Mililitros

PIC – Pressão intracraniana

P.O – Per Os

Sat. O₂ – Saturação de oxigénio

S.C - Subcutânea

S.F – Soro Fisiológico

SNC – Sistema nervoso central

UI – Unidades internacionais

UFSO – Unidade de Funcional de Saúde – Sede/Catus – ACES de Odiveiras

V/V – Mililitro por solvente



0 - INTRODUÇÃO

Este manual de procedimentos tem como finalidade orientar as acções de enfermagem, constituindo por isso um instrumento de consulta. A sua finalidade é a de clarificar dúvidas relativamente à utilização e manutenção do carro de urgência situado na sala de tratamentos.

Preconiza-se que, tenha como objectivos:

- Conhecer alguns aspectos da organização e funcionamento do carro de urgência;
- Compreender a articulação entre os diferentes materiais anexos ao mesmo;
- Uniformizar procedimentos;
- Facilitar a integração de novos elementos.

A estrutura está organizada por dois capítulos, em que, o primeiro designado por “*Utilização e Manutenção do Carro de Urgência*”, descreve a sua constituição/organização/dinâmica relativamente ao material, enquanto o segundo denominado “*Preparação e Administração de terapêutica endovenosa na Unidade de Funcional de Saúde – Sede/Catus – ACES de Odivelas*”, tem enfoque sobre os fármacos mais utilizados em situação de emergência e/ou urgência.

A elaboração deste Manual de Procedimentos surgiu durante o estágio de Enfermagem Comunitária e Hospitalar – Módulo I, da aluna Ânia Balça do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa, no período entre 26 de Abril a 19 de Junho de 2010, sob a tutoria da Sra. Enfermeira Margarida Lourenço. No entanto, o mesmo não seria possível realizar sem alguns momentos de aprendizagem com o Sr. Enfermeiro Nelson Viegas – enfermeiro EESIP do ACES de Odivelas – extensão sede. Agradeço a partilha de saberes, que, me permitiu prosseguir esta caminhada, onde todos somos aprendizes.

Considerarei um trabalho em constante mutação, pelo que, apenas deixamos uma semente que, poderá florescer se alguém a regar.



1 – UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA

O carro de urgência é um equipamento essencial para a reanimação cardiorespiratória. Os profissionais de saúde envolvidos, além do treino em Suporte Básico de vida deverão estar familiarizados com o manuseamento, distribuição do material e fármacos existentes no carro. A sua localização é na Sala de Tratamentos.

1.1 - OBJECTIVOS

Gerais:

- Permitir uma maior eficiência na actuação dos enfermeiros em situação de emergência/urgência na UFSO.

Específicos:

- Assegurar a funcionalidade do carro de urgência;
- Uniformizar procedimentos;
- Facilitar a integração de novos elementos.

1.2 - REQUISITOS (MATERIAIS OU OUTROS)

- Carro de urgência com respectivo equipamento e material clínico;
- Medicação de urgência estabelecida para o carro de urgência;
- Equipa de Saúde da UFSO.

1.3 - PROCEDIMENTOS

A organização do carro de urgência deve ser funcional, de forma a facilitar a actuação nas situações de urgência/emergência. De um modo geral o carro deve estar organizado de forma a que contenha uma:

- Secção de terapêutica;
- Secção de material diverso;
- Secção com material de entubação endotraquea/reanimação.



PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
u Manutenção e limpeza do carro de urgência	
Verificar níveis de terapêutica e materiais que constituem o carro de urgência mensalmente	Providenciar níveis de segurança de terapêutica e material clínico existentes no carro de urgência Permite uma utilização imediata e eficaz
v Após cada utilização	
Conferir, repor material e fármacos segundo check-list	Manter níveis de segurança
Verificar o funcionamento dos equipamentos: desfibrilhador, laringoscópio, ressuscitador manual	O monitor/desfibrilhador/laringoscópio deverá estar sempre ligado á corrente eléctrica a fim de garantir a sua eficácia
Selar o carro	Garante a segurança e certificação do check-list
Proceder aos registos nos respectivos documentos: 1. data e hora de verificação 2. registo de observações (medicação em falta e motivo, estado do equipamento e outras informações relevantes) 3. número do selo 4. assinatura e número mecanográfico do enfermeiro	O registo de selagem deverá ser feito em impresso próprio, o qual deverá estar em cima do carro garantindo a segurança e certificação do carro



1.4 - CONSTITUIÇÃO DO CARRO DE URGÊNCIA DA USO

Legenda:

- 1 – Parte superior do carro
- 2 – Gavetas laterais (de cima do carro para baixo 1^a, 2^a, 3^a)
- 3 – Zona Interior do carro
- A – Primeiro tabuleiro
- B – Segundo tabuleiro
- C – Terceiro tabuleiro
- D – Quarto tabuleiro
- 4 – Fundo do carro

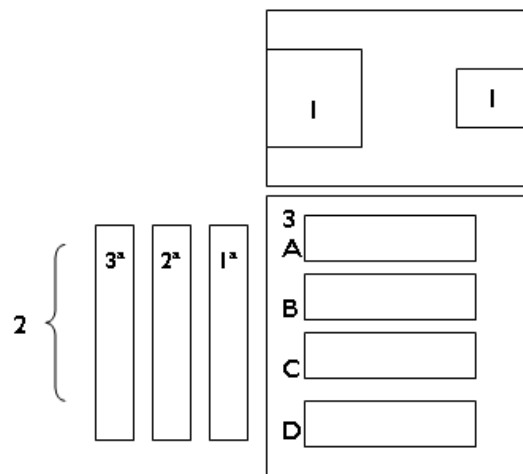


Figura 1 – Carro de urgência

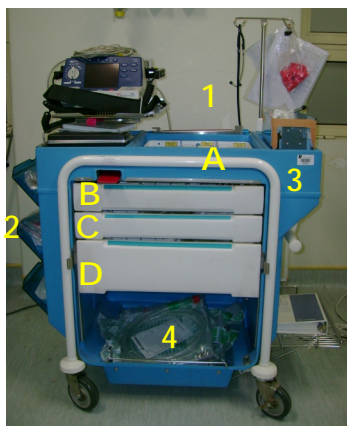
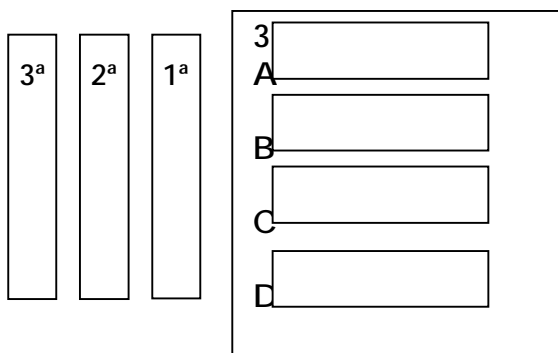


Figura 2 – Carro de urgência (visto de frente)



PARTE SUPERIOR DO CARRO (1) - fica situado o material para ressuscitação cardio-respiratória composto por:

- Monitor cardio- respiratório/Desfibrilhador;
- Eléctodos adulto e pediátricos;
- Ressuscitador manual de neonatal, infantil e de adulto com adaptação para fonte de oxigénio e adaptação universal para tubo endotraqueal;
- Laringoscópio, Lâminas curvas e rectas (nº0 ao 5);
- Pinça de Magill adulto e pediátrica;
- Fios condutores disposable vários números;
- Gel para desfibrilhação;
- Estetoscópio;
- Selos do Carro.

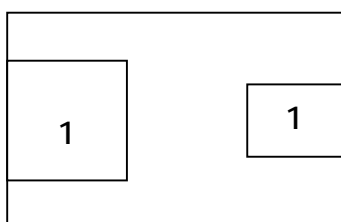


Figura 3 – Carro de urgência (visto de cima)

GAVETAS LATERAIS (2)



Figura 4 – Gavetas Laterais



• 1ª gaveta

- Máscaras com concentrador
- Copos de humidificação

• 2ª gaveta

- Agulha Intraóssea pediátrica e de adulto

• 3ª gaveta

- Sondas Nasogástricas (nº 6, 8, 10, 12, 14 e 16)

ZONA INTERIOR DO CARRO (3)

• 1ª tabuleiro (A) - corresponde à secção da terapêutica



Figura 5 – 1º Tabuleiro de Terapêutica

- ADRENALINA
- ÁGUA PARA INJECTÁVEIS
- AMIODARONA
- ATROPINA
- BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%
- CLORETO DE POTÁSSIO 7,5%
- CLORIDRATO DE TRAMADOL
- DIAZEPAM
- FENITOÍNA
- FENOBARBITAL
- FUROSEMIDA
- GLUCONATO DE CÁLCIO 10%
- HIDROCORTISONA
- LABETALOL
- MIDAZOLAN
- PROPOFOL
- SORO FISIOLÓGICO (10ml)



Pareceu-me ser facilitador a sua organização por ordem alfabética. O número de ampolas de cada medicamento deverá ser adequado às características do serviço, assim como a colocação de outros medicamentos.

• 2ª tabuleiro (B) - Terapêutica

- ACETILCISTEINA
- ADENOSINA
- Água para injectáveis
- AMINOFILINA
- AMIODARONA
- BIPERIDENO
- ISOPRENALINA
- CLEMASTINA
- CLONAZEPAM
- CLORIDRATO DE KETAMINA
- CLORIDRATO DE MORFINA
- CLORIDRATO DE TRAMADOL
- CLOROPROMAZINA
- DIAZEPAM (enema)
- DEXAMETASONA
- DOBUTAMINA
- DOPAMINA
- FENTANIL
- FLUMAZENIL
- HEPARINA
- HIDROXIZINA
- LIDOCAINA 1%
- MIDAZOLAN
- NALOXONA
- NORADRENALINA
- PARACETAMOL
- PROPARACETAMOL
- SOLU-MEDROL
- SORO FISIOLÓGICO (10ml)
- SULFATO DE PROTAMINA
- TIOPENTAL

• 3ª tabuleiro (C)

- Seringas 50cc (5)
- Seringas 20cc (5)
- Seringas 10cc (10)
- Seringas 5cc (10)
- Seringas 2cc (10)
- Seringas 1cc (10)
- Agulhas E.V, I.M, S.C, diluição
- Abocatt nº16, 18, 20, 22, 24, 26
- Butterfly nº21, 22 e 23 (6 de cada)
- Torneiras três vias
- Prolongamentos
- Laminas
- Compressas



Figura 6 – 3º Tabuleiro

✿ 4ª tabuleiro

- Tubos nasofaríngeos nº 12 a 26
- Máscaras do ressuscitador manual
- Ressuscitador manual neonatal
- Tubos endotraqueais nº 2.5, 3.5, 4, 5, 5.5 e 6.5
- Tubo de Mayo



Figura 7 – 4º Tabuleiro

✿ Fundo (4)

- Sondas nasogástricas
- Sondas de aspiração
- Algalias



- Sacos colectores
- Luvas esterilizadas
- Soros
- Traqueia com adaptação para o circuito respiratório e tubo endotraqueal

MATERIAL ANEXADO AO CARRO

- ✿ Soros recipiente para cortantes
- ✿ Calculadora
- ✿ Etiquetas/Caneta



2 – PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA ENDOVENOSA NA UNIDADE FUNCIONAL DE SAÚDE – Sede/Catus – ACES de ODIVELAS

Administrar fármacos é uma das actividades de maior responsabilidade do enfermeiro. Torna-se impreterível cumprir vários princípios científicos que fundamentem a acção do mesmo, de modo a promover a segurança necessária para o doente.

A preparação e administração de medicamentos, principalmente em situações de elevado stress, como numa situação de urgência e/ou emergência, requer saberes na área da farmacologia. Destacam-se as diferentes vias de administração, interpretação terapêutica, observação dos efeitos e possíveis reacções iatrogénicas das drogas, o seu acondicionamento, armazenamento e conservação, sem negligenciar a orientação e supervisão do pessoal técnico.

Este capítulo tem como objectivo minimizar a incidência de erros terapêuticos surgindo como resposta aos requisitos formativos do estágio realizado no âmbito da Especialização em Enfermagem em Saúde infantil e Pediatria pela aluna Ânia Balça, pretendendo apenas ser a compilação de alguns dados referentes aos medicamentos utilizados no serviço, pelo que, não dispensa a consulta de qualquer outra fonte que se considere pertinente.

Encontra-se estruturado em sete sub-capítulos, em que, a primeiro se refere às interacções medicamentosas, o segundo às incompatibilidades, enquanto as estabilidades estão no terceiro sub-capítulo. Algumas considerações gerais reportam-se ao quarto sub-capítulo. O quinto sub-capítulo refere-se á prevenção dos erros terapêuticos. No sexto são descritas por ordem alfabética as drogas passíveis de ser utilizadas na Unidade de Pneumologia Pediátrica em situação de urgência e/ou emergência. Finalmente o sétimo converge com a apresentação dos fármacos.

A sequência utilizada aponta para quatro grupos, aos quais foram atribuídas quatro cores distintas, como forma de identificação mais rápida. Descrevi os mesmos pelo nome farmacológico, apresentação, reconstituição/diluição, concentrações, estabilidades e incompatibilidades, armazenamento e observações. No entanto, alguns fármacos surgem com alguns itens a sombreado por não constar informação na bibliografia consultada e com a designação de informação não disponível quando se verificaram informações discrepantes entre os vários autores. Deste modo, este guia é um trabalho que está em constante mutação e por isso passível de sofrer alterações no seu conteúdo.



No primeiro grupo, com o tom laranja estão inseridos os fármacos de reanimação e antiarrítmicos, antihipertensores e diuréticos. Ao segundo grupo, com o tom amarelo, estão atribuídos os anticonvulsivantes, sedativos e analgésicos. No terceiro grupo, com o tom verde, inserem-se os antihistaminicos, antídotos e corticoides. Por último o quarto grupo com o tom azul, abrange os fármacos colocados em perfusão.

2.1 - INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS

Assiste-se constantemente à introdução de novos fármacos nas unidades de saúde. Conhecer as suas propriedades básicas, os seus princípios de acção farmacológica torna-se fulcral para uma prescrição terapêutica adequada a cada ser humano. Sendo assim, os conhecimentos sobre a farmacodinâmica, nomeadamente as interacções e os possíveis efeitos colaterais são importantes para quem prepara e administra terapêutica. Segundo ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.16), as interacções medicamentosas podem causar um aumento do efeito terapêutico desejado (sinergismo, potencialização), inibição ou diminuição do efeito terapêutico (antagonismo) ou desencadeamento de efeitos adversos.

Deste modo, na opinião dos mesmos autores (1986, p. 16), **Interacção Medicamentosa** poderá ser definida como a influência recíproca de um determinado fármaco sobre um outro fármaco. No entanto, quando este é associado a outro medicamento, alimentos, ou outras substâncias, nomeadamente, o tabaco, drogas, insecticidas, produtos de higiene e limpeza, cosméticos, poder-se-á verificar um efeito diferente do esperado.

Os efeitos podem ser benéficos quando determinados fármacos são utilizados para aumentar os efeitos terapêuticos ou reduzir a toxicidade de um determinado medicamento. Constituem exemplos, o Ácido Acetilsalicílico e a Dipirona, ao serem administrados concomitantemente, têm suas acções analgésicas potencializadas. Por outro lado podem apresentar efeitos nocivos se diminuem ou eliminam a acção dos medicamentos, nomeadamente, os inibidores da Monoaminoxidase (MAO), que causam hipertensão, poderão ser potencializados pela tiramina. Esta está presente nalguns alimentos como o chocolate, também um hipertensor.

Cada pessoa apresenta as suas reacções, muitas vezes camufladas, contudo será necessária uma vigilância mais focalizada quando existem outras patologias subjacentes em que se faz medicação, como os diabéticos, insuficientes renais, asmáticos, os cardíacos entre outras.



2.2 – INCOMPATIBILIDADES

As incompatibilidades físico-químicas, consideradas reacções, ocorrem, aquando da mistura de dois ou mais fármacos, ou de um com um veículo/solvente, durante o período de conservação e/ou administração, dando origem a alteração de cor, escurecimento, turvação, precipitação, libertação de gás e formação de espuma, como nos dizem ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.16). Habitualmente, existe facilidade na sua detecção assim como a sua previsibilidade. Esta, pelo conhecimento das características físico-químicas dos fármacos envolvidos.

A absorção é considerada uma incompatibilidade física. Os fármacos podem ser absorvidos à superfície ou pela matriz dos recipientes e dos sistemas de perfusão, com repercussões na quantidade final, ou seja uma quantidade significativa poderá ser removida da solução. ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.15) mencionam o Diazepam, Insulina, Nitroglicerina, Varfarina, Vitamina A. Os recipientes de plástico e os sistemas de perfusão, especialmente os constituídos por cloreto de polivinilo (PVC), representam uma fonte de diminuição de fármaco dissolvido, particularmente para moléculas lipossolúveis. Deste modo, dever-se-á recorrer ao uso de plastificantes à base de polietileno ou polipropileno.

A alteração de cor numa mistura intravenosa não significa necessariamente incompatibilidade entre o fármaco e o solvente. ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.16) alertam que, alguns fármacos adquirem diferentes colorações em glicose a 5%, mas que, não perdem a actividade terapêutica, como por exemplo a Aminofilina.

A complexação, em que, consideram-se exemplos, os complexos insolúveis resultantes da mistura das tetraciclina com iões Al^{3+} , Ca^{2+} , Fe^{2+} , Fe^{3+} e Mg^{2+} , sob determinadas condições de concentração e PH. A Anfotericina B e a Eritromicina formam complexos pouco solúveis com conservantes bacterianos, nomeadamente, o álcool benzílico utilizado como bacteriostático na água para preparação de injectáveis (APPI).

A formação de espuma é pouco frequente durante a preparação. Assume pouca relevância, uma vez que, habitualmente desaparece após um curto período de repouso.

A libertação de gás é uma reacção química entre os fármacos ácidos e os carbonatos ou os bicarbonatos. ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.2) avisam que, após reconstituição dos fármacos, poderão ocorrer reacções explosivas na seringa pela libertação de dióxido de carbono. Esta ocorrência



na opinião dos autores justifica-se pela presença de bicarbonato ou carbonato de sódio nas formulações de alguns fármacos, nomeadamente a Cefradina e a Ceftazidima.

A precipitação é a incompatibilidade mais frequente. Pode ocorrer no recipiente da mistura assim como, no sistema de perfusão. Os factores determinantes são a solubilidade intrínseca e o PH, como nos referem ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.5). Contudo, na perspectiva dos autores, a complexação, características dos excipientes e o efeito do sal, assumem menos relevância. Exemplificam com a precipitação de sais de cálcio na presença de bicarbonato de sódio, ou a precipitação de sais ácidos (cloridratos, sulfatos) quando adicionados a um meio alcalino, assim como, a precipitação dos ácidos livres resultante da adição de sais de sódio a ácidos fracos de soluções injectáveis de grande volume com PH ácido.

A turvação, pode ser indicador de condições inadequadas de misturas. O seu maior inconveniente é a possibilidade de estarem na origem de processos de precipitação mediados pelo tempo e ser fonte de partículas invisíveis (inferiores a 40 micrones de diâmetro), como nos alertam ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.3).

A solubilidade constitui um factor importante especialmente para fármacos pouco solúveis em água. Nalguns casos é necessário recorrer ao uso de co-solventes solúveis como o etanol, propilenoglicol, ou o polietilenoglicol para os poder incluir na formulação. ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.3) citam a Digoxina, Diazepam, Fenitoina, Etoposido, Teniposido e o Trimetropim – Sulfametoxazol. No entanto, ao serem diluídos com água destilada, o fármaco poderá libertar-se da solução.

2.3 – ESTABILIDADE

A junção de dois fármacos implica impreterivelmente uma alteração de todas e cada uma das características dos seus componentes, pelo que, será imperativo o conhecimento relativamente à perda de actividade ou ao aparecimento de toxicidade. Do mesmo modo, a administração nem sempre é imediata. Sendo assim, os factores que poderão intervir com a estabilidade de um fármaco são:

- Natureza e concentração do medicamento;
- Composição e PH do solvente;
- Perfis de PH e velocidade de degradação;
- Natureza do recipiente e da solução;



- Temperatura;
- Fotólise ou fotodegradação.

A Concentração de um fármaco numa solução condiciona o tipo de degradação, ou seja, a hidrólise, oxidação e fotólise, mas também a velocidade desta reacção. Esta, maioritariamente é directamente proporcional à concentração do princípio activo. Exemplificando, ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.15) afirmam que, a estabilidade do trimetropim/sulfametoxazol varia na concentração final após diluição num determinado solvente. Se a diluição for numa proporção de fármaco: solvente de 1:10 v/v é preferível diluir em glicose a 5%, mas se a diluição for numa proporção de 1:25 v/v poderá ser usado como diluente a glicose a 5% ou Cloreto de sódio a 0,9%.

O pH do solvente se tiver valores compreendidos entre 4 e 8, confere estabilidade aos fármacos se administrados num período de tempo conveniente. No entanto, fármacos com valores de pH mais extremos, poderão levar a uma rápida decomposição de outros fármacos quando administrados na mesma solução. Assim, segundo ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.15), a fim de manter um pH adequado, adiciona-se à formulação um tampão. Os valores de pH da glicose a 5% variam entre os 3,5 e os 6,5, dependendo dos ácidos de açúcar presentes, formados durante o processo de esterilização e armazenamento do produto. A fim de evitar incompatibilidades após a adição de fármacos, este valor baixo de PH deverá ser considerado.

A Natureza do recipiente e da solução poderá dar origem a processos relacionados com a permeabilidade, remoção, absorção e reacções químicas. A passagem dos constituintes voláteis de determinadas moléculas do fármaco para o exterior, poderá implicar perdas do mesmo. Do mesmo modo, o oxigénio e outras moléculas podem passar para o interior do recipiente e causar degradação oxidativa ou de outros tipos com os constituintes susceptíveis. ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.15) alertam que, os materiais de plástico, não sendo produtos inertes poderão interagir com os fármacos em que, são colocados em contacto. No entanto, actualmente a maioria dos produtos plásticos consideram-se inertes sob o ponto de vista da reactividade química.

A temperatura também afecta a velocidade de degradação, poder-se-á afirmar que, a cada incremento de 10°C, corresponde um aumento de velocidade da reacção de 2 a 5 vezes. No entanto, esta relação não deverá ser aplicada aleatoriamente.

A fotólise ou fotodegradação é uma reacção catalizada pela luz. Na perspectiva de ARAMENDIA e MIROLI (1986,p.15), múltiplos mecanismos de decomposição poderão ocorrer desde a absorção da



radiação energética. No entanto, será mais prejudicial quando a energia concentrada nas ligações químicas é suficiente para decompor ou reorganizar uma entidade química nova. Salientam também que,

a Anfotericina B, Adriamicina, Cisplatina, Cloridrato de Doxorrubicina, Dacarbazina, Daunomicina, Furosemida, , Nitroprussiato de sódio, Vitamina A., Vitaminas do complexo B ou vitamina K, são os fármacos mais susceptíveis de sofrerem fotodegradação. Recomendam então o uso de papel de alumínio, plástico âmbar ou outro invólucro opaco para revestir o contentor, a fim de impedir a penetração da luz.

2.4 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

- ✿ A manipulação dos medicamentos, deverá ser feita com assepsia de forma a evitar os perigos de contaminação microbiológica a que está exposta.
- ✿ A reconstituição dos injectáveis de preparação extemporânea, deve ser feita com água para injectáveis, cloreto de sódio a 0.9% ou outro solvente compatível segundo as instruções do laboratório.
- ✿ Os medicamentos não devem ser agitados de forma vigorosa, mas sim rodados a fim de evitar a formação de espuma e bolhas de ar que ficam no contentor salvo se existir indicação contrária expressa pelo laboratório.
- ✿ A mistura de medicamentos na mesma seringa ou na mesma solução de diluição deverá ser evitada por prováveis incompatibilidades.
- ✿ As preparações recentes deverão ser usadas preferencialmente, inutilizando-se soluções com mais de 24 horas de preparação, exceptuando os casos em que, há indicações contrárias.
- ✿ As soluções reconstituídas ou diluídas e conservadas no frigorífico, deverão ficar à temperatura ambiente antes da sua administração.
- ✿ A utilização de filtros para remoção de partículas durante a preparação das misturas, origina normalmente a retenção do fármaco por diversos motivos, contudo em determinados casos, poderá ser necessário a sua utilização.
- ✿ As perfusões em que há misturas intravenosas requerem uma maior vigilância relativamente à



alteração de cor, cristalização ou qualquer outro sinal de interacção ou contaminação, pelo que, deverão ser descontinuadas em situação de anomalia.

2.5 - PREVENÇÃO DE ERROS TERAPÊUTICOS

O processo terapêutico passa por várias fases, desde a prescrição médica, transcrição pelo enfermeiro, provisão pelo farmacêutico e finalmente a administração pelos enfermeiros. Sendo assim, estes assumem uma responsabilidade acrescida em todo o processo, pelo que, poderão detectar e prevenir erros terapêuticos. KOHN [et al] (1999, p.53) recomendam aos enfermeiros:

Familiarizar-se com o sistema de requisição e administração da medicação vigente na instituição. Saber onde obter a medicação para o utente X, numa hora em particular.

Saber onde procurar informação sobre o fármaco a administrar. Poder-se-á recorrer ao índice terapêutico, outros livros de farmacologia ou médicos.

Verificar as prescrições sempre que possível. O processo de transcrição é passível de erros.

Identificar a medicação a administrar e proceder aos respectivos registos. Estar atento se em situações de unidose, o medicamento não está disponível. Averiguar o motivo antes de substituir por um outro medicamento de outro doente.

Durante a administração, verificar se há alterações na solução. Transmitir a ocorrência.

Estar atento a todo e qualquer sinal dos efeitos adversos do fármaco e proceder aos respectivos registos.

Se for necessário confirmar as doses e vias de administração recorrer aos médicos ou farmacêuticos. Poderá ser necessário consultar tabelas de ritmo de perfusão.

Familiarizar-se com os sistemas de administração de fármacos, ou seja, as bombas infusoras, inaladores.



Saber as equivalências:

Equivalências do Sistema Métrico

1grama (gr) = 1000 miligramas (mg)

1000 gramas = 1 Kilograma (Kg)

0,001 miligrama = 1 micrograma (mcg)

1 litro(l) = 1000 mililitros (ml)

1 mililitro = 1 centímetro cúbico (cm³)

Equivalências na Conversão

1 mililitro = 15 gotas (gts)

5 mililitros = 1 colher de chá

15 mililitros = 1 colher de sopa

2.6 - TERAPÊUTICA UTILIZADA NA UFS – ACES ODIVELAS

GRUPO I Reanimação , antiarrítmicos, antihipertensores, diuréticos
GRUPO II Anticonvulsivantes, sedativos e analgésicos
GRUPO III Antihistamínicos, antídotos , corticoides
GRUPO IV Perfusões

Quadro I – Grupos de fármacos utilizados

O Quadro I representa a terapêutica mais utilizada em situação de emergência e/ou urgência. Estão divididos por grupos com cores atribuídas, como forma de identificação mais rápida.



2.6.1 - GRUPO I

Os fármacos de reanimação, antiarrítmicos, antihipertensores, diuréticos, estão inseridos no grupo I

- ADENOSINA
- ADRENALINA
- AMINOFILINA
- AMIODARONA
- ATROPINA
- BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%
- CLORETO DE POTÁSSIO 7,5%
- FUROSEMIDA
- GLUCONATO DE CÁLCIO 10%
- ISOPRENALINA
- LABETALOL

2.6.2 - GRUPO II

Os anticonvulsivantes, sedativos e analgésicos constituem o grupo II

- CLONAZEPAM
- CLORIDRATO DE KETAMINA
- CLORIDRATO DE MORFINA
- CLORIDRATO DE TRAMADOL
- DIAZEPAM
- DIAZEPAM (enema)
- FENITOINA
- FENOBARBITAL
- FENTANIL
- LIDOCAINA 1%
- MIDAZOLAN
- PARACETAMOL
- PROPOFOL
- TIOPENTAL

2.6.3 - GRUPO III

Os antihistamínicos, antídotos e corticoides estão inseridos no grupo III

- ACETILCISTEÍNA
- CLEMASTINA
- CLOROPROMAZINA
- DEXAMETASONA
- FITONADIONA
- FLUMAZENIL
- HIDROCORTISONA
- HIDROXIZINA
- LACTATO DE BIPERIDENO
- METILPREDNISOLONA
- NALOXONA
- SULFATO DE PROTAMINA



2.6.4 - GRUPO IV

As perfusões estão contempladas no grupo IV

- DOBUTAMINA
- DOPAMINA
- HEPARINA
- NORADRENALINA
- NITROGLICERINA (Trinitrato de Glicerina)



3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, Rui; BANDEIRA, Teresa; MARQUES, José Gonçalo- **Formulário de Pediatria**. 2ª ed. Lisboa: TIL- Soluções Gráficas. 1998, 183p. ISBN 972-97684-0-4.

ARAMENDIA, Pedro; MIROLI, Alejandro B. – **Farmacologia e Terapêutica Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1986. 622p. ISBN 85-226-0123-2.

CONSELHO EUROPEU DE RESSUSCITAÇÃO: <http://www.erc.edu>

DEGLIN, Judith Hopfer; VALLERRAND, April Hazard- **Guia farmacológico para enfermeiros em cuidados intensivos e urgências**. Lisboa: Lusodidacta. 1991, 624 p. ISBN 972- 95399/3/6.

DINIS, Ana Paula – **Guia de preparação e Administração de Medicamentos por via Parentérica: Reconstituição, diluição, estabilidade e administração de medicamentos injectáveis**. 1ª ed. Lisboa. 2002. ISBN 972-95729-9-2.

FERNÁNDEZ, R.I; MARTÍNEZ, Mateo M. – **Carro de urgencias pediátrico en Atención Primaria**. *Boletín de la Sociedade de Pediatría*. Asturias, Cantabria, Castilla y Leon. vol. 46, supl. 2. 2006, p.318-320.

HANDLEY, Anthony et al. - **Guidelines for Resuscitation 2005**. Ireland: European Resuscitation Council, 2005.

INEM- **Direcção de Serviços de Formação. Manual de Suporte Avançado de Vida**, 2005

KOHN, LT, Corringan, JM, and DONALDSON, MS (eds) - **To Err is human:Building a Safer Health System**. Washington: National Academy Press. 1999. S/ISBN.

RUZA, F- **Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos**. 3ª ed. Madrid: Ediciones Norma-Capitel.2003, 1157 p. ISBN 84- 8451-003-4.



SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda – **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. ISBN 85-277-0272-X.

STRANGE, Grary R. ; (et al)- **Emergências Pediátricas**. Rio de Janeiro: McGRAW- HILL. 1996, 518 p. ISBN 956-278-018-X.

WONG, Donna L. – **Whaley & Wong. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118p. ISBN 85-277-0506-0.



ANEXOS



ANEXO I – Selagem do Carro de Urgência



ANEXO II – Medicação – revisão e validade



MEDICAÇÃO do CARRO DE URGÊNCIA – REVISÃO E VALIDADE

MEDICAMENTO	QUANTIDADE	VALIDADE	DATA VERIFICAÇÃO	ASSINATURA ENFERMEIRA
GRUPO I				
ADENOSINA			__ / __ / ____	
ADRENALINA			__ / __ / ____	
AMINOFILINA			__ / __ / ____	
AMIODORONA			__ / __ / ____	
ATROPINA			__ / __ / ____	
BICARBONATO SÓDIO 8.4%			__ / __ / ____	
CLORETO DE POTÁSSIO 7.5%			__ / __ / ____	
DIGOXINA			__ / __ / ____	
FUROSEMIDA			__ / __ / ____	
GLUCUNATO CÁLCIO 10%			__ / __ / ____	
ISOPRENALINA			__ / __ / ____	
LABETATOL			__ / __ / ____	



MEDICAÇÃO do CARRO DE URGÊNCIA – REVISÃO E VALIDADE

MEDICAMENTO	QUANTIDADE	VALIDADE	DATA VERIFICAÇÃO	ASSINATURA ENFERMEIRA
GRUPO II				
CLONAZEPAM (cofre)			__ / __ / ____	
CLORIDRATO KETAMINA			__ / __ / ____	
CLORIDRATO MORFINA (cofre)			__ / __ / ____	
CLORIDRATO TRAMADOL			__ / __ / ____	
DIAZEPAM INJECTÁVEL (cofre)			__ / __ / ____	
DIAZEPAM RECTAL 10 mg (cofre)			__ / __ / ____	
DIAZEPAM RECTAL 5 mg (cofre)			__ / __ / ____	
FENITOÍNA			__ / __ / ____	
FENOBARBITAL			__ / __ / ____	
FENTANIL (cofre)			__ / __ / ____	
LIDOCAÍNA			__ / __ / ____	
MIDAZOLAM 15 mg			__ / __ / ____	
MIDAZOLAM 50 mg			__ / __ / ____	
PARACETAMOL			__ / __ / ____	
PROPOFOL			__ / __ / ____	
TIOPENTAL			__ / __ / ____	



MEDICAÇÃO do CARRO DE URGÊNCIA – REVISÃO E VALIDADE

MEDICAMENTO	QUANTIDADE	VALIDADE	DATA VERIFICAÇÃO	ASSINATURA ENFERMEIRA
GRUPO III				
ACETILCISTEÍNA			__ / __ / ____	
CLEMASTINA			__ / __ / ____	
CLOROPROMAZINA			__ / __ / ____	
DEXAMETASONA			__ / __ / ____	
FITONADIONA (Kanakion)			__ / __ / ____	
FLUMAZENIL			__ / __ / ____	
HIDROCORTISONA			__ / __ / ____	
HIDROXIZINA			__ / __ / ____	
LACTATO BIPERIDENO (Akineton)			__ / __ / ____	
MELTILPREDNISOLONA			__ / __ / ____	
NALOXONA			__ / __ / ____	
PREDNISOLONA			__ / __ / ____	
SALBUTAMOL			__ / __ / ____	
SULFATO PROTAMINA			__ / __ / ____	
GRUPO IV				
DOBUTAMINA			__ / __ / ____	
DOPAMINA			__ / __ / ____	
HEPARINA			__ / __ / ____	
NORADRENALINA			__ / __ / ____	



ANEXO III – Distribuição de material e terapêutica na mala de transporte



Distribuição de Material na Mala de Transporte

- Ambú
- Laringoscópio/lâminas/estetoscópio
- Máscara de Oxigénio
- Tubos de Guedell (Mayo)
- TET
- Óculos Nasais
- Kit de Nebulização
- Sondas de aspiração
- Sondas nasogástricas
- seringa de 50, 20, 10, 5, 2 e 1 ml
- Compressas limpas e esterilizadas
- Eléctrodos
- Agulhas SC, EV e IM
- Abocath (22,24,26)
- Sistema de soroProlongamentos
- Torneiras de 3 vias e tampas
- Ligadura elástica
- Máscaras
- Luvas esterilizadas
- Adesivos
- Termómetro
- Álcool
- Tesoura, lâminas de bisturi
- Soro fisiológico – 100 cc
- Dextrose a 5% - 100cc
- Água destilada – 100cc

Distribuição de Fármacos na Mala de Transporte

Bolsa Vermelha	Bolsa Amarela	Bolsa Azul
Adrenalina	Aminofilina	Diazepam rectal
Atropina	Bicarbonato 8.4%	Paracetamol
Dexametasona	Dextrose 10%	supositórios
Diazepam	Dextrose 30%	
Fenobarbital	Metilprednisolona	
Furosemida	Proparacetamol	
Morfina	Soludacortina	



ANEXO IV – Guedlines do Conselho Português de Ressucitação



ANEXO V - Medicação - administração de terapêutica

ANEXO XI - Projecto – “O Acolhimento numa UCI: Percepção dos Pais”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular de Estágio – Módulo II

Ano Lectivo 2009/2010



“O ACOLHIMENTO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS: Percepção dos Pais”

Trabalho Realizado Por:

Ânia Soraia Marinho Balça

Aluna nº 192009095

Professor Coordenador:

Exm^a. Sr^a. Professora Lilia Vara

Lisboa, Novembro de 2010



"Acolhimento numa unidade de cuidados intensivos: percepção dos pais?"

Projecto de Estágio – Módulo II

“... a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e famílias”

Carta da Criança Hospitalizada, (Leyden, 1988)



SUMÁRIO

f.

O – INTRODUÇÃO	Erro! Marcador não definido.	4
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO		7
1.1 Hospitalização.....		7
1.2 Humanização em ambiente hospitalar		7
1.3 Acolhimento.....		8
1.4 Necessidades dos familiares		9
1.5 Relação de ajuda.....		9
1.6 Comunicação		10
1.7 Parceria de cuidados		112
1.8 Cuidar em Enfermagem.....		112
2 – METODOLOGIA		16
2.1 Objectivos.....		16
2.2 Tipo de estudo		17
2.3 População e amostra.....		18
2.4 Instrumento de colheita de dados		19
2.5 Previsão de tratamento dos dados.....		20
2.6 Considerações éticas		21
3 – REFLEXÃO FINAL		22
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		24
ANEXOS		27
Anexo A - Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHLN-HSM		28
Anexo B - Consentimento informado		31
Anexo C - Guião da entrevista		35
Anexo D - Caracterização sócio-demográfica.....		37
Anexo E - Cronograma.....		39



0 - INTRODUÇÃO

O internamento de uma criança é habitualmente uma situação geradora de crise, e o seu impacto está intimamente relacionado com a gravidade da situação, o prognóstico e o ciclo de vida que a família atravessa. Quando este internamento se efectua numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), caracterizada por um ambiente austero e intimidatório, há muitas vezes a instalação de sentimentos de ansiedade e de tensão na família. Esta ansiedade pode chegar quase aos níveis de pânico (Huckabay & Tilem-Kessler, 1999).

Uma admissão de urgência, em função de doença repentina ou de lesão, é uma das experiências hospitalares mais traumáticas, quer para a criança, quer para os pais, deixando pouco tempo para preparação e explicações (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

Para a criança existem efeitos negativos da hospitalização como a separação, a perda de controlo e o medo da lesão corporal e da dor, que podem ser minimizados adoptando práticas de cuidados centrados na família e visitas familiares frequentes.

Perante o internamento de um filho na UCI, as necessidades emocionais dos pais são primordiais; a criança torna-se o centro da sua vida e a necessidade mais premente é por informações (Scott, 1998). Apesar da presença de monitorização contínua e a prestação de cuidados individualizados, gerar habitualmente algum sentimento especial de segurança, os pais têm necessidade de saber se o filho vai viver, e em caso afirmativo, se irá ser a mesma criança de antes. Querem saber o motivo pelo qual estão a ser efectuadas tantas intervenções, se a criança está a receber medicação para a dor e desconforto e que pode ser capaz de ouvi-los apesar de não estar acordada. Para Hockenberry *et al* (2006) uma das intervenções de enfermagem mais importantes é o fornecimento de informações relativamente à doença, ao seu tratamento e prognóstico, à reacção emocional e física da criança à doença e à hospitalização, e às prováveis reacções emocionais da família perante esta situação de crise.

Perante o apresentado decidi realizar um estudo que se denomina **"Acolhimento numa unidade de cuidados intensivos: percepção dos pais"**, cuja pergunta de partida que irá nortear o estudo será **"qual a percepção que os pais têm sobre a forma como são acolhidos na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica?"**

A hospitalização pode ter repercussões psicológicas para a criança, que perde as suas relações preferenciais e pontos de referência, e para os pais, que se podem sentir a perder em parte o poder de decisão, pela necessidade de terem de cumprir um conjunto de normas e regras estabelecidas e, paralelamente, e por terem de se adaptar a diferentes estilos de cuidar, inerentes a cada profissional.



A importância dos familiares como uma constante na vida da criança é reconhecida pela filosofia dos cuidados centrados na família, que tem por base componentes como o respeito, a colaboração e o apoio (Newton, 2000). A parceria entre os profissionais e os pais é um mecanismo que possibilita a capacitação e o empoderamento das famílias: Os pais fazem parte da equipa, sendo respeitados pelos profissionais e tendo o direito de tomar decisões sobre o que é importante para eles e para a criança. Por sua vez os profissionais devem apoiar e reforçar a capacidade da família de encorajar e promover o seu próprio desenvolvimento (Hockenberry *et al*, 2006). A intervenção da equipa de saúde pode assim contribuir para que a experiência de hospitalização se torne menos angustiante, minimizando os factores de stress e maximizando os recursos individuais para lidar com eles. No que respeita ao acolhimento, os enfermeiros são por excelência o elo de ligação com a equipa de saúde. Efectuar um acolhimento adequado é uma estratégia pertinente para que se estabeleça uma relação de confiança entre os pais, a criança e a equipa.

Com base no acima referido, o acolhimento aquando do internamento, terá de ser para ambos – criança e pais – pois é com este binómio que estaremos sempre a dialogar e a cuidar. Se os pais se sentirem verdadeiramente acolhidos, irão colocar as suas dúvidas relativamente à doença, aos problemas que o internamento lhes levanta e sentir-se-ão mais tranquilos, passando a colaborar com o serviço (Marçal, 2006).

Este projecto surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio – Módulo II, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa.

Indo de encontro à necessidade de conhecer as necessidades dos pais face ao internamento do filho na UCIPED, sendo uma realidade a presença dos mesmos como uma necessidade vital, a partir do momento em que uma criança é internada, decidi estudar o tema **"Acolhimento aos pais numa Unidade de Cuidados Intensivos"**, sendo a questão de investigação que norteou o estudo a seguinte:

"Qual a percepção que os pais têm sobre a forma como são acolhidos na UCIPED?"

O investimento pessoal na área do acolhimento aos pais da criança internada na UCIPED constituirá um momento de aprendizagem, na medida em que contribui para o aprofundamento de conhecimentos teóricos acerca da temática e para a reflexão sobre os mesmos. Este projecto tem o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo os pais como parceiros efectivos.

A definição de alguns conceitos poderá facilitar a interpretação do estudo:



- **Enfermeiro** - profissional de saúde detentor do título de enfermeiro, independentemente da categoria profissional e que efectua acolhimento a pais de crianças internadas na UCIPED;
- **Pais** – progenitores (mãe ou pai) de qualquer criança com internamento superior ou igual a 8 dias na UCIPED do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria (CHLN-HSM);

Para dar resposta à questão orientadora, foram estabelecidos os seguintes objectivos:

- **Objectivo geral:**

Conhecer a percepção que os pais têm relativamente à forma como foi efectuado o acolhimento na UCIPED.

- **Objectivos específicos:**

- € Compreender o significado de acolhimento para os pais das crianças internadas na UCIPED;
- € Identificar as reacções/sentimentos dos pais face ao internamento do filho numa UCIPED;
- € Descrever factores facilitadores da comunicação entre a equipa de enfermagem e os pais.

Tendo em conta a questão de partida e os objectivos delineados considereei que o estudo mais apropriado será de carácter exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa cujos dados irão ser colhidos através de uma entrevista estruturada, a aplicar aos pais das crianças com internamento superior a oito dias na UCIPED.

Estruturalmente o trabalho é constituído por três capítulos fundamentais. No primeiro capítulo, referente ao enquadramento teórico é realizada uma abordagem ao quadro referencial relacionado com a temática, sendo abordados os seguintes temas: hospitalização, humanização em ambiente hospitalar, acolhimento, necessidades dos familiares, relação de ajuda, comunicação, parceria dos cuidados e cuidar em enfermagem. No capítulo seguinte, referente à decisão metodológica, será apresentado o tipo de estudo, definida a população e amostra, a técnica de amostragem, justificado e apresentado o instrumento de colheita de dados, especificando a forma como será efectuado o tratamento dos mesmos. Abordei ainda neste capítulo as implicações éticas para o estudo e os recursos e meios necessários para a realização da investigação. No último capítulo, a reflexão final, sintetiza os aspectos fundamentais, valorizando as contribuições do trabalho relativamente ao tema em questão, dando visibilidade à consecução dos objectivos, e incluindo sugestões e perspectivas para continuidade.



1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A clarificação de conceitos que serão abordados ao longo do projecto torna-se importante, especialmente nesta fase inicial. "... *um conceito é uma ideia abstracta que representa as manifestações de certos comportamentos ou características...*" (Fortin, 1999, p. 36), tendo um papel essencial para a compreensão das explicações do fenómeno em estudo, na medida em que os conceitos são os elementos base da linguagem.

1.1 - Hospitalização

A experiência da hospitalização de uma criança representa um processo de crise que tem de ser enfrentado pela criança e família, havendo condições que lhe estão inerentes e que não sendo susceptíveis a mudanças, podem contribuir para o agravamento desta situação traumática. São consideradas condições não passíveis de mudança a interrupção da rotina e ambiente familiar, a necessidade de administração de tratamentos e de efectuar exames complementares de diagnóstico, a presença de equipamento hospitalar, a impossibilidade de manter controlo sobre os acontecimentos e o facto de ter de lidar com várias pessoas estranhas (Barros, 2003). A equipa de enfermagem pode contribuir para que a experiência da hospitalização se torne menos angustiante, minimizando os factores de stress e maximizando os recursos individuais para lidar com eles.

Embora tenha havido uma evolução significativa relativamente à forma como é considerada a hospitalização em pediatria, está-lhe sempre associada uma conotação negativa, sendo considerada como uma experiência assustadora, fonte de stress e ansiedade para a maioria das crianças e seus pais (Brazelton, 2004).

1.2 - Humanização em ambiente hospitalar

Na tentativa de tornar a hospitalização um processo menos negativo, tem vindo a aumentar a preocupação com os cuidados de atendimento à criança e família, tentando torná-los mais humanizados. "*Humanizar é... um estado de espirito...*" (Silva, 1997, p. 32). Malheiro (2000) aborda inicialmente a humanização dos cuidados à criança em ambiente hospitalar como algo que pode não parecer viável, para a maioria das pessoas, no entanto, nos últimos anos tem havido uma preocupação acrescida em que os cuidados sejam prestados numa perspectiva holística e consequentemente mais humanizada.

Apesar de legalmente existirem instrumentos que favorecem o processo de humanização, tal por si só não é suficiente. Tem sido necessário aliar a este factor uma mudança de atitudes e comportamentos dos profissionais, uma melhor gestão dos recursos existentes e uma eficaz articulação multidisciplinar (Moleiro, 1991). Hoje em dia a legislação é suficiente para orientar as



práticas institucionais e profissionais em direcção à humanização. A criança tem alguns direitos pelo simples facto de ser criança: o direito de brincar, o direito a um tempo próprio para ser criança, o direito a um desenvolvimento harmonioso e o direito à presença da família, em situação quer de saúde e de doença (Lúcio, 2000). A presença dos pais quando uma criança está hospitalizada não pode ser vista como uma opção mas como uma necessidade.

Segundo Barros (2003), para a humanização dos cuidados têm contribuído factores como a preocupação com a dor na criança, a tentativa de diminuição dos tempos de internamento, a criação de ambientes mais adequados às actividades infantis e a possibilidade de ter acompanhamento ao longo do internamento. Para o mesmo autor "... o mundo da hospitalização infantil está longe de ser um paraíso" (Barros, 2003, p. 71), mas o momento do acolhimento pode marcar a diferença, assumindo o enfermeiro a responsabilidade por esta tentativa de humanização.

1.3 - Acolhimento

O processo de acolhimento implica uma relação interpessoal, sendo necessário para o implementar, saber falar, escutar e apoiar, desenvolvendo estratégias para ir de encontro às necessidades do outro, dando possibilidade a que se inicie e desenvolva uma relação de ajuda (Cardoso e & Pinto, 2002). Para Formarier (2000), acolher corresponde à fase inicial do processo de socialização, constituindo o ponto de partida para o estabelecimento de qualquer relação; no entanto, não se resume a um mero ritual social, sendo também, para os profissionais de saúde, um acto de cuidar.

A palavra acolhimento ultrapassa a noção de recepção ou primeiro contacto, permitindo aos pais sentirem-se permanentemente informados e envolvidos na equipa multidisciplinar, o que favorece a formação de relações calorosas, personalizadas e de confiança (Brito, 2006). Para Busquets (1991, p. 17) " o cuidado acolhimento consiste num processo que integra o acto de admissão hospitalar, podendo dizer-se que a admissão corresponde aos trâmites burocráticos e o acolhimento ao momento e à maneira como o utente é recebido no hospital". Trata-se de uma ferramenta que permite estruturar a relação entre a equipa e a família e que define a capacidade de solidariedade de quem acolhe para com as necessidades do utilizador dos serviços, resultando numa relação humanizada (Schimith & Lima, 2004). Acolher é uma competência profissional, a ser desenvolvida em equipa, com o intuito de prestar melhores cuidados à criança e família, não só a nível técnico, mas também a nível humano, fazendo as adaptações necessárias para ter sempre a criança como sujeito dos cuidados e não apenas como objecto dos cuidados.



Um acolhimento eficaz permite que os pais de uma criança internada se adaptem o mais rapidamente possível à hospitalização, o que se traduz num sentimento de confiança que os faz sentir que são importantes para o processo. O enfermeiro que acolhe deve estar atento às mensagens verbais e não verbais transmitidas pelos pais, tentando evitar barreiras à comunicação. Os pais esperam da equipa de saúde facilidades no que respeita a relacionamento, informação e orientação. Precisam de informação clara e objectiva, adequada à sua capacidade de compreensão, que lhes permita participar na tomada de decisões (Jorge, 2004).

1.4 - Necessidades dos familiares

O termo *necessidade* é definido pelo Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2010) como *"carácter do que é necessário; obrigação imprescindível; força maior..."*, a partir do que podemos afirmar que *necessidade*, é algo que é extremamente preciso.

O internamento de um filho numa UCIPED é sempre considerado um factor de stress, e o ambiente austero causado em parte pela quantidade de equipamento de alta tecnologia, vai influenciar a percepção que os pais têm acerca do estado da criança, sendo habitualmente associado a uma situação crítica de saúde.

Relativamente a internamentos específicos de doentes em UCI, em contexto de internamento de adultos, Curry (1995) identificou como principais necessidades dos familiares: a necessidade de reduzir a ansiedade, de obter informação, de estar próximo do doente, necessidades pessoais, necessidade de apoio e de se sentirem úteis.

Quando nos referimos às necessidades dos pais perante a hospitalização de um filho, em contexto pediátrico, os estudos efectuados revelam que estas necessidades não são divergentes. São referidas as necessidades de informação (precisando de compreender a situação clínica e o tratamento administrado), de se sentirem importantes para o filho e capazes como pais, de expressão de emoções, de se sentirem apoiados e de saber que o filho está a receber os cuidados adequados à situação clínica (Jorge, 2004; Rodrigues & Diogo, 2002).

As necessidades de cada família perante uma criança hospitalizada são diferentes, devendo por isso ser acompanhados de forma individual, tendo em conta questões como a multiculturalidade e a forma de enfrentar situações de crise, específicas de cada pessoa.

1.5 - Relação de ajuda

Para Castro (2002, p. 21) *"cuidar de pessoas implica estabelecer uma relação que permita compreender as formas como cada pessoa ou cada família vivencia os seus problemas, manifesta as suas necessidades,*



exprime os seus desejos e angústias. Esta é então uma relação de ajuda". Para que se consiga estabelecer é necessário que haja uma aprendizagem acerca da temática: formação específica e a oportunidade efectuar uma prática reflexiva, com análise crítica acerca dos modos de actuação.

A relação de ajuda inicia-se no primeiro encontro entre o enfermeiro e os pais, no momento do acolhimento, e é considerada a fase do conhecimento e da garantia da confidencialidade (Jorge, 2004). Nesta fase os enfermeiros assumem um papel fundamental para um processo de hospitalização favorável, já que é "...a partir do que foi vivenciado na primeira interacção que a relação de ajuda se estabelece ou não" (Jorge, 2004, p. 87). Um primeiro contacto considerado positivo, facilita todas as relações posteriores ajudando a diminuir a tensão e a angústia, favorecendo a adaptação e a recuperação (Saccuman & Sadeck, 1996, citados por Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009).

O enfermeiro, como elemento que está vinte e quatro horas por dia em contacto com a criança, tem a possibilidade de estabelecer com a criança e família um relacionamento significativo, tendo em vista a promoção de cuidados de qualidade (Hockenberry et al, 2006). A progressão da relação de ajuda passa pela clarificação das necessidades, expectativas e objectivos que permitam planear os cuidados em conjunto com os pais. Para que esta relação se estabeleça é necessário que haja uma comunicação eficaz, que predispõe disponibilidade, escuta, aceitação e respeito. "... escutar não é sinónimo de ouvir... ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar e sobretudo, escutar com todo o nosso ser" (Lazure, 1994, p. 15-16). Ao estimular os pais para que verbalizem as suas preocupações, dúvidas e angústias, mostrando disponibilidade para escutar e responder de forma adequada, o enfermeiro está a promover uma comunicação eficaz (Jorge, 2004). O mesmo autor refere ainda que os pais têm necessidade de efectuar perguntas frequentes e vêem o enfermeiro como o profissional que está mais acessível para responder às suas dúvidas. Escutar implica disponibilidade e o respeito pelo outro, aceitando as suas características, qualidades e defeitos, conseguindo pensar e interiorizar o que se está a ouvir. "Para escutar verdadeiramente, a enfermeira deve fazer silêncio dentro de si própria e fazer calar essa vozinha interior que faz juízos de valor e que tem medo de não saber o que dizer (como se houvesse sempre necessidade de dizer algo)" (Lazure, 1994, p. 17).

A relação de ajuda não pressupõe dar soluções ao indivíduo, mas capacitá-lo de que ele tem condições para ultrapassar o problema, mobilizando os recursos internos e externos de que dispõe.

1.6 - Comunicação

A comunicação consiste numa permuta recíproca de informação, ideias, crenças sentimentos e atitudes entre dois indivíduos, tratando-se de um processo contínuo que exige adaptações contínuas



dos elementos envolvidos (Taylor, 1992 citado por Cardoso & Pinto, 2002). Este processo tem um papel fundamental na enfermagem, interferindo na qualidade dos cuidados prestados e estando dependente da *"capacidade, atitudes e comportamentos dos intervenientes, nomeadamente o raciocínio, a fala, a audição e a linguagem corporal"* (Cardoso & Pinto, 2002).

O estabelecimento de uma comunicação eficaz com os profissionais permite aos pais sentirem-se confortáveis e confiantes, ajudando-os a prepararem-se para o futuro (Gouveia, 2006). A comunicação deve ser estabelecida atempadamente, sobretudo em situações delicadas como a da criança em estado crítico de saúde, deve ser adequada à compreensão dos pais, permitindo-lhes esclarecer dúvidas, e efectuada em ambiente o mais adequado possível. Existem comportamentos e atitudes que interferem e intensificam a comunicação, como a empatia, a aceitação e o interesse; por outro lado, comportamentos como desinteresse e impaciência afectam a comunicação de forma negativa. A comunicação negativa é compreendida pelos pais, como aquela em que a informação fornecida é inadequada e inconsistente e em que existem sentimentos de incapacidade de aproximação em relação aos profissionais; os pais reconhecem ainda que a situação vivenciada afecta a sua competência para reter informação. É para eles reconhecida como comunicação positiva aquela em que os profissionais de saúde proporcionam informação verbal e escrita (sendo sido muito apreciada a informação escrita), aquela em que existe familiaridade com os profissionais (motivada por internamentos anteriores) e quando existe negociação com a equipa de enfermagem, estabilizando o seu próprio papel, de forma a adquirir sentimentos de controlo da situação, relativamente à extensão do seu envolvimento, sem impor expectativas (Neill, 1996, citado por Lopes & Guimarães, 2008).

Num primeiro contacto entre a equipa e a família podem surgir mal-entendidos que se interpõem, funcionando como barreiras à comunicação, resultantes de sentimentos de ansiedade, preocupação e até culpabilidade. Neste contexto é necessário que saber interpretar os sintomas referidos e empregar as palavras correctas, não emitindo juízos de valor.

É frequente a utilização, por parte dos profissionais de saúde, de um léxico profissional e técnico, que favorece muitas vezes nos pais sentimentos de confusão e angústia, sendo necessário o uso de um vocabulário adequado aos destinatários. A internet é hoje em dia um veículo de informação acessível à maioria das pessoas, sendo comum a busca de informações complementares às que são fornecidas, de forma a tentarem compreender o problema da criança. Esta informação está muitas vezes apresentada de forma compacta e desarticulada, devendo associar-se à interpretação pelos familiares, a carga emocional pelo internamento da criança, sendo necessário torná-la inteligível. O enfermeiro tem então um papel de coordenação, clarificação e validação da informação dada aos pais.



A comunicação assertiva, face a comportamentos comunicacionais passivos e agressivos, parece ser fundamental para facilitar e promover relações interpessoais adequadas e facilitadoras do processo de cuidar em enfermagem, permitindo minimizar os conflitos. (Atkinson & Murray, 1989 citado por Amaro, 2007). Para Lemos (2006) é desejável que exista uma harmonia de actuação, actualizada e discutida entre os profissionais envolvidos na situação, o que vai facilitar a comunicação, tornando-a mais consistente e sem contradições no que respeita a aspectos fundamentais, quer de investigação, quer de diagnósticos e orientações finais.

Apesar da consciencialização progressiva por parte das equipas de enfermagem que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos acerca da importância da comunicação, muitas das vezes, surgem barreiras na comunicação, face à urgência de actuação no sentido de preservar a vida, estando os enfermeiros muito envolvidos em aspectos físicos e passando as necessidades psicossociais dos pais para segundo plano.

1.7 - Parceria de cuidados

A parceria dos cuidados pode ser definida como a "... *formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados*" (Mano, 2002, p. 54) e é sustentada por crenças e valores que identificam os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança. No entanto é necessário dar tempo à família para que se sinta envolvida nos cuidados, apta e segura para colaborar com a equipa de saúde, devendo esta colaboração ser estimulada e não forçada (Jorge, 2004).

Deve privilegiar-se uma relação de parceria que promova e reconheça o papel dos pais, minimizando sentimentos de impotência e frustração (Rodrigues & Diogo, 2002). Na preparação para a primeira visita à criança internada na UCI defende que os pais devem ser informados acerca do aspecto da criança, equipamento e ambiente geral da unidade, o que facilita a integração no meio. Brazelton refere que ao integrar os pais nos cuidados e compreender os seus sentimentos, os pais que inicialmente poderiam parecer e sentir-se impotentes, poderão tornar-se profícuos numa perspectiva de trabalho em parceria (1992). Mano (2002) admite que os enfermeiros, de uma forma geral, apesar de reconhecerem a importância da presença dos pais para o bem-estar da criança, não os envolvem de forma planeada e sistematizada na participação dos cuidados. O envolvimento dos pais nos cuidados a prestar tem por base a informação que lhes é dada, devendo o enfermeiro ter conhecimentos específicos sobre a situação clínica da criança, capacidade de ensino eficaz e atitudes apropriadas para comunicar, transmitindo as informações necessárias.



Ao conseguir diminuir a ansiedade e o sofrimento da criança hospitalizada e respectiva família, poderão obter-se eventuais efeitos positivos da hospitalização. Barros (2003) reforça a ideia de que perante uma experiência positiva haverá uma preparação melhor e mais eficaz para eventuais experiências futuras que se assemelhem.

1.8 – Cuidar em Enfermagem

Quando alguém diz que *"acolhimento é a ciência e a arte de receber"*. Considero que é aqui, que tudo se inicia, a relação Utente/Família/Enfermeiro encontra neste momento o espaço e o tempo privilegiado, para iniciar o processo de ajuda, confiança e respeito pelo outro.

É com este modo de estar, que damos visibilidade à importância do Cuidar em Enfermagem, construindo o caminho para um maior reconhecimento social.

Mas o que é cuidar dos utentes para a Enfermagem?

"Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais..." Collière (1999, p.235). Este acto de cuidar é a essência da Enfermagem.

Como especificar os cuidados de Enfermagem?

Collière (1999, *idem*), afirma que *"... os cuidados de Enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade..."*, também Hesbeen (2000, p.69) define cuidados de Enfermagem, como *"... a alteração particular prestada por uma Enfermeira ou Enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de Enfermagem. Os cuidados de Enfermagem inserem-se assim numa relação interpessoal e compreendem tudo o que as Enfermeiras e os Enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas"*.

Assumida pelos Enfermeiros do serviço, surge da dificuldade de atender às necessidades da pessoa em si, que não são a doença, mas sim o que resulta dela. Como diz Rebelo (1996, p.99), esta dicotomia *"... decorre de uma concepção médica dos fenómenos de saúde-doença, cuja lógica é a separação da doença do doente que a transporta"*.

Na década de 50, Virginia Henderson, ao definir a finalidade da Enfermagem, *"introduz uma ruptura fundamentalmente na identificação das práticas de cuidados ao papel do Enfermeiro como auxiliar do médico"*, Rebelo (1996, p.17).

Para esta autora, o que os cuidados de Enfermagem perseguem é a independência possível da pessoa na realização das suas actividades de vida. A dependência, que a pessoa manifesta ou sofre não se reduz apenas a uma consequência da doença, mas decorre de outros factores, como sejam a falta de



conhecimentos, a falta de vontade ou mesmo a própria incapacidade. É da articulação destes factores, que resultam as dificuldades básicas do ser humano. Assim, para o Enfermeiro ir ao encontro das necessidades específicas da criança e sua família, precisa de estar com este e perceber as suas dificuldades.

Reparar a “peça defeituosa da máquina”, característica do tratar, tornou-se um acto secundário e surge em primeiro plano prestar cuidados à pessoa de uma forma holística; isto é, passou a cuidar-se dos utentes considerando-os seres humanos com identidade e características únicas, dos quais se impõe mobilizar forças, na tentativa de compensar, as capacidades alteradas pela vivência de um momento de crise. O cuidar implica, assim, ter em conta toda a dimensão do ser humano.

A empatia é um dos principais componentes da relação de ajuda. Ser empático é ter a capacidade de olhar para o outro despidido de preconceitos e vestir o seu papel impregnando as suas marcas pessoais, de forma a encarar o mundo sob o ponto de vista do outro, para poder compreender os seus medos, recusas, ânsias ou alegrias e oferecer-lhe uma ajuda verdadeira. Tenho consciência, que esta acção é difícil transpor-se para a prática.

Ser criança, ser pessoa é ter necessidades, que transcendem o ser amado e cuidado; precisa ser visto de uma maneira positiva, tem necessidade de ser aceite, compreendido e valorizado, a fim de encontrar harmonia na vida. Numa palavra, precisa de respeito, um dos valores éticos, que deve nortear a prática da Enfermagem, entre muitos outros – liberdade, amor, dignidade e carinho.

O ser humano deve ser entendido, enquanto beneficiário dos serviços, como um – ser bio-psico-socio-cultural e espiritual, fazendo parte de uma família e de uma comunidade. É um ser de relação – interage consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com o “Absoluto”. É um ser social, que pensa, sente e actua. Interage continuamente com o meio em que vive, modificando-o e sendo modificado por ele. É um ser com potencialidades e capacidades, que utiliza na satisfação das suas necessidades, com vista a atingir o equilíbrio, o bem estar e o seu máximo desenvolvimento. Tem necessidades biológicas, psicológicas e sociais, com direitos e deveres.

A hospitalização e a vivência da situação de doença interfere com as nossas necessidades emocionais básicas, Brunner e Suddarth (1977) dividem-nas em três:

Inclusão – Necessidade de estabelecer e manter uma relação satisfatória com as pessoas, tendo em vista a associação e a interacção.

Controlo – Necessidade de estabelecer e manter uma relação satisfatória com as pessoas, tendo em vista o poder as decisões e a autoridade.

Afeição – Necessidade de estabelecer, com outra pessoa, uma relação de dar e receber, baseada na estima mútua.



Perante a situação de internamento, a criança/família sofre alterações na satisfação destas três necessidades. Relativamente à primeira necessidade, o mesmo autor diz que, a criança/família tem necessidade de se sentir importante e digno e a este nível verifica-se uma despersonalização em que o doente interroga-se, *"Será que sabem quem eu sou? Quais as minhas preocupações?"*. Esta despersonalização inicia-se no momento da admissão numa urgência hospitalar, em que o utente fica automaticamente despojado de roupa e haveres.

A necessidade de controlo significa o exercício do poder sobre as outras pessoas e sobre o seu próprio futuro, envolvendo um sentimento de respeito mútuo. Numa UCIPED existe a privação desse mesmo controlo... É retirada por vezes quer à criança quer à sua família a capacidade de decidir, muitas vezes mesmo sobre o seu próprio futuro.

A necessidade de afeição é habitualmente suprida por familiares e amigos, de onde a separação ou afastamento dessas fontes de afecto é geradora de insatisfação.

Estas necessidades não podem analisar-se isoladamente, uma vez que existem simultaneamente e de forma contínua. Se, basicamente, o utente não conseguir obter um equilíbrio ao nível destas três necessidades, a doença e a hospitalização passam a constituir-se como factores de desequilíbrio.

O Enfermeiro deve encarar criança como elemento de um grupo familiar, em que a família é o suporte emocional, que amortece a crise da doença e da hospitalização.

Cuidar é também prestar atenção à família e aos que rodeiam a pessoa doente, porque a competência do cuidar da família e ou pessoa significativa faz parte das competências do Enfermeiro, conforme está consignado no estatuto da carreira de Enfermagem – Artº7º do DL 437/91 de 8/11.

Também na Carta da Criança Hospitalizada, ponto 2 diz que *"Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado"*. Torna-se assim necessário que as equipas de saúde considerem a família como parceira na prestação de cuidados e promovam condições adequadas para que a mesma possa desempenhar estas funções. Envolvendo a família e ou/pessoa significativa, o Enfermeiro ajuda a criança manter a sua ligação com o ambiente familiar ou seja de *mantê-la ligada à Vida*. A família e ou/ pessoa significativa participam activamente na função de motivar a pessoa doente *"... dar-lhes ou mostrar-lhes razões fortes, portadora de sentido para que possam motivar-se a elas mesmas"* Hesbeen (2001, p.76).

Não é possível aceitar estes pressupostos, dizendo que conhecemos a criança sem conhecermos a sua família e ou pessoa significativa, ou seja, não é possível conhecer as parte sem o todo, nem conhecer o todo sem conhecer as partes.



2 - METODOLOGIA

Os pais devem ser preparados para a experiência do internamento do seu filho numa UCI, passando essa preparação pela avaliação das necessidades emocionais, pela equipa de saúde, de forma a criar um ambiente de confiança por parte dos pais. Quando o primeiro contacto é positivo, todas as relações posteriores estão facilitadas, diminuindo a tensão e a angústia e favorecendo a adaptação e a recuperação. (Saccuman & Sadeck citados por Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009).

Trabalhando na UCIPED do CHLN-HSM, onde são acolhidos diariamente pais de crianças, com situações grande parte das vezes críticas do ponto de vista hemodinâmico, levanto a seguinte questão de investigação:

Qual a percepção dos pais acerca do modo como são acolhidos na UCIPED?

Tomada a decisão de conhecer um estudo científico há que passar à fase de identificação dos recursos metodológicos que irão ser necessários para proceder à investigação (Azevedo & Azevedo, 2003). A origem da palavra *Metodologia* vem do grego: *meta* que significa além de, *odos* que significa caminho e *logos* que significa discurso ou estudo, ou seja, estudar e avaliar vários caminhos disponíveis e as suas utilizações (Vilelas, 2009).

Uma vez elaborado o enquadramento teórico para este estudo, procura-se agora definir toda a metodologia de investigação, que possibilitará dar resposta à questão apresentada. A definição do tipo de estudo é uma das etapas fundamentais na investigação, sendo aqui que se vai estruturar todo o estudo empírico, e a descrição do seu desenho vai determinar o plano de actividades a desenvolver, com vista à produção de um conhecimento verdadeiro, válido e fidedigno. Ir-se-á assim definir o tipo de estudo, a população e amostra, escolher o instrumento de colheita de dados e a forma de tratamento dos mesmos.

2.1 - Objectivos

A escolha sobre o tipo de estudo depende do tipo de questões de investigação colocadas. No presente projecto, a partir da questão de investigação foi delineado o objectivo geral, e a partir deste foram traçados os objectivos específicos:

- **Objectivo geral:**

- ü Conhecer a percepção que os pais têm relativamente à forma como foi efectuado o



acolhimento na UCIPED.

- **Objectivos específicos:**

- ü Compreender o significado de acolhimento para os pais das crianças internadas na UCIPED;
- ü Identificar as reacções/sentimentos dos pais face ao acolhimento do filho numa UCIPED;
- ü Descrever factores facilitadores da comunicação entre a equipa de enfermagem e os pais.

2.2 - Tipo de estudo

Ao realizar este estudo pretendo vir a conhecer o problema, e ao propor-me a questionar os participantes tem o objectivo de vir a interpretar as suas experiências, extraindo delas significado, tendo em consideração que cada indivíduo é único, com os seus próprios valores, vivências e modo de estar no mundo.

De acordo com a questão de partida delineada, considera que o estudo mais apropriado será de carácter **exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa**, cujos dados irão ser colhidos através de uma **entrevista estruturada**.

Optei por um estudo exploratório abordando o fenómeno num determinado momento. Segundo Vilelas (2009, p. 119) *“os estudos exploratórios visam proporcionar uma maior familiaridade com o problema, no sentido de torná-lo explícito... a pesquisa exploratória tem como principal finalidade a formação de conceitos e ideias, capazes de tornar os problemas mais precisos... é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado...”*.

O carácter descritivo justifica-se pelo facto de que pretendo observar e descrever a temática escolhida, procurando compreender a forma como o problema é compreendido pelos pais. *“... o principal objectivo de muitos estudos de pesquisa em enfermagem, é a descrição dos fenómenos relativos à profissão. O pesquisador que realiza uma pesquisa descritiva, observa, descreve e classifica”* (Polit & Hungler, 1995, p. 269).

Considerarei a metodologia qualitativa como a mais adequada a aplicar à temática escolhida, uma vez que permite uma compreensão mais profunda do fenómeno. Segundo Fortin (1999, p. 20) este é o método mais indicado para *“... uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo...”*. Polit & Hungler (1995, p. 269) ao citar Benoliel, caracterizam a pesquisa qualitativa *“... como modos de aquisição sistemática que visam compreender os seres humanos e a natureza das suas transacções...”*.



2.3 - População e amostra

"Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios" (Fortin, 1999, p. 202). Neste projecto a população é a totalidade dos pais com crianças internadas na UCIPED do CHLN-HSM, num período a designar posteriormente.

De forma a facilitar a interpretação do estudo, torna-se imprescindível nesta fase definir alguns conceitos:

- **Enfermeiro** - profissional de saúde detentor do título de enfermeiro, independentemente da categoria profissional e que efectua acolhimento a pais de crianças internadas na UCIPED;
- **Pais** – progenitores (mãe ou pai) de qualquer criança com internamento superior ou igual a 8 dias na UCIPED do CHLN-HSM;

Para Polit & Hungler (1995) a amostragem consiste num processo de selecção de uma parte da população, de forma a que esta represente toda a população, ou seja, um sub-conjunto dessa população. Quanto ao processo de amostragem opta-se por uma **amostra intencional**, visto que não se pretende escolher as suas unidades de um modo totalmente arbitrário, designando algumas características relevantes para a unidade (Vilelas, 2009). O mesmo autor refere que *"... estas amostras são muito úteis e empregam-se frequentemente nos estudos qualitativos..."* (p. 248). Para Fortin (1999, p. 211) *"o número de sujeitos a considerar para formar uma amostra é um aspecto que suscita muitas interrogações"*. Nos estudos qualitativos utilizam-se grande parte das vezes amostras pequenas, aplicando-se critérios distintos para seleccionar os participantes (Vilelas, 2009). O mesmo autor defende que o pequeno tamanho da amostra é uma limitação para que se possam realizar generalizações com os dados obtidos, no entanto há que ter em conta que *"... o interesse da investigação qualitativa centra-se em descobrir o significado ou representar vivências de múltiplas realidades, por isso a generalização não é um objectivo primordial"* (2009, p. 254). Fortin (1999, p. 41) refere que *"... a população compreende todos os elementos... que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo"*. Nas etapas da técnica de amostragem, de acordo com Vilelas (2009, p. 246), o investigador deve *"...identificar os critérios de inclusão e exclusão da população e especificar a sua dimensão"*.

De acordo com este pressuposto foram definidos os critérios de inclusão no estudo, a aplicar à selecção da amostra. Na tentativa de recolher o maior número possível de testemunhos relativamente à percepção que os pais têm acerca do acolhimento na UCIPED a **dimensão do**



número de participantes será até à saturação dos dados.

A grande rotatividade das crianças, muitas delas sem situações de saúde muito complexas, que exijam internamento superior a oito dias (altura a partir da qual se propõe a colheita de dados), nos pisos de internamento de pediatria para onde são efectuadas as transferências quando a situação clínica das crianças já não exige internamento em UCI, exigiu a delimitação de um tempo mínimo de internamento na UCIPED para a execução do estudo. A amostra será assim constituída por **todos os pais que têm crianças internadas na UCIPED do CHLN-HSM, com internamento superior ou igual a 8 dias**, no período previamente definido. A escolha da UCIPED do CHLN-HSM prende-se com o facto de ser o seu local de trabalho, uma UCIPED de fácil acesso, onde espera com as conclusões deste estudo, poder contribuir para um melhor acolhimento aos pais.

2.4 - Instrumento de colheita de dados

A fase de recolha e tratamento de dados é a mais demorada e que exige mais dedicação, cuidado e atenção por parte do investigador (Azevedo e Azevedo, 2003). O instrumento de colheita de dados a utilizar deve ser o que melhor se adequa ao objectivo do estudo e à questão de investigação colocada. A técnica da entrevista é um método frequentemente utilizado, que permite a recolha de informações relativas a factos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos, expectativas e atitudes dos participantes (Fortin, 2009).

Neste estudo será utilizado como instrumento de colheita de dados a **entrevista**, com o intuito de recolher a opinião dos pais acerca da forma como foram acolhidos na UCIPED do CHLN-HSM. Com a técnica da entrevista o entrevistador questiona o entrevistado de forma a conseguir obter *"dados de interesse, estabelecendo um diálogo peculiar, assimétrico, onde uma das partes procura recolher informações, sendo a outra fonte dessas informações"* (Vilelas, 2009, p. 279). Este tipo de instrumento de colheita de dados tem como vantagem *"o facto de serem os próprios actores sociais quem proporciona os dados relativos às suas condutas, opiniões, desejos, atitudes e expectativas, os quais pela sua natureza é quase impossível observar de fora"* (Vilelas, 2009, p. 279). Tratar-se-á de uma entrevista estruturada, constituída por questões abertas, a aplicar aos pais, após alta da criança para a enfermaria, relativamente a crianças com internamento na UCIPED com internamento superior a oito dias.

Gauthier (2003) aborda a escolha do local para a recolha de dados, aludindo a que o ambiente físico onde decorre a entrevista é fundamental para o sucesso da mesma. O autor defende que devem ser



tidos em conta factores como as condições físicas da sala, permitindo a visibilidade entre todos os participantes, a acessibilidade, a facilidade de colocação de gravadores ou câmaras de vídeo em lugares estratégicos e ainda uma decoração que ofereça poucos elementos distractivos. A entrevista ocorrerá ao fim da primeira semana, na sala de actividades do piso de internamento, sendo o primeiro contacto efectuado à saída da UCIPED, questionando os pais se aceitam que se efectue a entrevista, caso o internamento da criança se prolongue por uma semana. Na entrevista estruturada o investigador já tem a ideia exacta dos dados que deseja obter, fazendo uso de um guião da entrevista e usando o entrevistado para confirmar as suas ideias pré-definidas (Azevedo & Azevedo, 2003). A entrevista estruturada desenrola-se baseada numa lista fixa de perguntas, em que a ordem e redacção permanecem invariáveis (Gressler, 2004).

Antes da aplicação das entrevistas será aplicado o pré-teste da entrevista, na UCIPED; Se houver necessidade de alterar as perguntas do guião de entrevista os participantes do pré-teste não serão incluídos na amostra.

Será solicitada autorização ao Conselho de Administração do CHLN-HSM (Anexo A) para a realização do estudo e a aplicação da entrevista, onde se mencionará o tipo de estudo realizado, os objectivos, o consentimento informado (Apêndice B) a entregar em reunião prévia à entrevista e o guião da entrevista (Anexo C), composto por 13 questões (8 abertas e 5 fechadas), referentes ao acolhimento, comunicação, sentimentos e relação de ajuda. Numa fase inicial irá ser entregue aos participantes uma folha com questões sobre a caracterização sócio-demográfica (Anexo D).

Para minimizar os problemas de registo, e porque há sempre um grande número de palavras que são difíceis de registar na sua totalidade, será pedida autorização ao entrevistado para gravar a entrevista. Para Vilelas (2009, p. 283) *"em todo o caso é necessário realizar um esforço especial para transcrever, organizar e interpretar cada uma das entrevistas realizadas, de modo que os seus dados possam sintetizar-se, posteriormente, numa forma apropriada para a análise."*

2.5 - Previsão de tratamento dos dados

A partir dos dados recolhidos, após a sua organização e ordenamento, será possível retirar as conclusões gerais de forma a esclarecer o problema formulado no início do trabalho (Vilelas, 2009). Neste estudo será utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista composta por perguntas abertas; estas exigem um tratamento posterior de **análise de conteúdo** das respostas, que passa pelo estabelecimento de categorias que permitam o subsequente tratamento dos



resultados (Azevedo & Azevedo, 2003).

A análise de conteúdo é uma *"técnica de investigação que permite a descrição subjectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação"*, que pode ser aplicada aos mais variados campos (Vala citado por Azevedo & Azevedo, 2003). Este é o método mais utilizado no tratamento de dados das investigações qualitativas (Minayo, 1994). Esta técnica de tratamento de dados tem por base um método rigoroso, de forma a conseguir uma homogeneidade do objecto em estudo, tentando obter, através de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores e conhecimentos relativamente às condições de variáveis deduzidas na mensagem (Bardin, 1977).

2.6 - Considerações éticas

Para Azevedo & Azevedo (2003) é fundamental o respeito pela cultura do entrevistado, associado ao direito que ele tem de saber como vão ser utilizadas as informações que vai dar. Nos protocolos de investigação que envolvam seres humanos, os seus direitos devem ser absolutamente protegidos no que respeita à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, ao direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999). Com base nos autores supra-citados, irão ser tidas em consideração todas as considerações éticas, nomeadamente o anonimato dos participantes, a confidencialidade e o respeito.

Aquando da realização da entrevista, os participantes serão informados acerca dos objectivos do estudo, podendo optar ou não pela participação no mesmo, sendo sempre aceite a sua decisão. Caso aceitem participar serão informados de que será mantida a confidencialidade das informações fornecidas e o anonimato e poderão ter acesso, caso estejam interessados, aos resultados do estudo. Será ainda elaborado um consentimento informado sendo dado conhecimento sobre a finalidade do estudo, onde se pede que preencham alguns dados sócio-demográficos, estando identificada a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer altura e finalmente a rubrica do participante. Para garantir o anonimato entregar-se-á o consentimento informado previamente e será solicitado ao entrevistado a colocação deste numa urna.



3 – REFLEXÃO FINAL

Um internamento representa sempre a vivência de um processo de crise, para a criança e família, que pode tornar-se mais difícil de enfrentar, quanto mais crítica for a situação de saúde da criança. Os esforços que têm vindo a ser efectuados na tentativa de tornar a hospitalização um processo menos assustador e menos angustiante, para a criança e para os pais, tem tido repercussões positivas. Têm aumentado as preocupações com o conforto e o bem-estar da criança internada, com a dor e com o apoio psicológico, entre outras, fazendo-se os possíveis para preparar a criança e família, para lidarem com as situações inerentes a um processo de internamento. Para que todo este processo seja viável é necessário que se consiga estabelecer uma comunicação eficaz e assertiva, a partir do momento em que é efectuado o acolhimento, de forma a minimizar conflitos e mal-entendidos. *“Trabalhar com crianças doentes implica trabalhar em paralelo com os seus pais, especialmente com sentimentos e atitudes, procurando entender o funcionamento emocional, abolindo a postura de crítica, hostilidade e juízo de valores, percebendo e auxiliando na redução da ansiedade, medo, fantasias e rejeições dos pais em relação ao filho”*(Gomes et al, 2009).

A presença dos pais perante a criança internada é considerada, hoje em dia, um dado adquirido, e os estudos revelam que ao torná-los esclarecidos, participantes e colaboradores, os pais se tornam confiantes e aliados da equipa de saúde, considerando-se um bom acolhimento como um factor facilitador para a sua adaptação ao hospital. Formarier (2000) acredita que a atitude da pessoa que acolhe fica na memória afectiva da pessoa que é acolhida, sendo reconhecida a relação estabelecida à chegada como extremamente significativa.

A literatura refere que são notáveis os esforços efectuados no sentido da humanização dos cuidados à criança internada e sua família, descreve ainda as necessidades sentidas pelos pais que têm o filho internado, e a importância do acolhimento como processo que facilita a adaptação à hospitalização.

Trabalhando numa UCIPED, onde diariamente são acolhidos pais de crianças em situação crítica de saúde, e apesar de considerar que é efectuado um bom acolhimento, sinto necessidade de conhecer, qual a percepção que os pais têm, acerca da forma como foi efectuado o acolhimento na UCIPED. A motivação para este trabalho, está relacionada com o facto de a análise dos resultados que se obtiverem, poderem contribuir para a melhoria da prática dos cuidados de enfermagem na Unidade em questão, proporcionando cuidados de excelência não só à criança, mas também à família.



Quando tracei determinados objectivos para a consecução deste estudo, tive como principal intuito o de melhorar o acolhimento. Assim, ao compreender o significado de acolhimento para os pais, poderei encontrar diferenças no que respeita à verdadeira noção de acolhimento, podendo ser possível ajustar informações e atitudes, de forma a responder às efectivas necessidades dos pais. A possibilidade de identificar as reacções/sentimentos dos pais perante o internamento naquela UCIPED, poderá funcionar como um factor de motivação para eventuais mudanças de atitudes dos enfermeiros que efectuam o acolhimento, facilitando o estabelecimento de uma relação de ajuda. Por fim, ao identificar os factores que facilitam a comunicação entre a equipa de enfermagem e os pais, será possível informar a equipa acerca dos mesmos, possibilitando melhorar a prestação de cuidados à criança/família.

É natural que numa UCIPED de um Hospital Central dedicado à Formação e à Investigação, repleto de inovações tecnológicas e tratamentos inovadores, como aquela quem que se pretende efectuar este estudo, haja muita dedicação aos procedimentos técnicos e não se dê tanta atenção a questões de ordem psicossocial, ainda mais quando existe a noção geral, de que se efectua um bom acolhimento, não sendo por isso sentida a necessidade de investir na área. No entanto a prática reflexiva acerca de algumas situações/atitudes vivenciadas levou a que sentisse necessidade de verificar se a noção generalizada de um bom acolhimento corresponde à percepção dos pais acerca do mesmo.

Se após o tratamento e interpretação dos dados, o acolhimento fôr considerado negativo, será possível alertar a equipa para o mesmo, o que contribuirá para que seja possível melhorar os cuidados prestados; Caso haja uma opinião positiva acerca do acolhimento pelos pais, será um factor que irá reforçar o sentimento de satisfação por parte da equipa. Assim sugere-se:

- que o resultado do estudo em questão seja disponibilizado à equipa, para que possa analisar o resultado das suas atitudes, actividades e comunicação no que respeita ao acolhimento;
- que com base no resultado deste estudo se efectue uma norma de procedimentos relativa ao acolhimento na UCIPED, que permita sistematizar e uniformizar o tipo de informação a dar aos pais e o local onde deve ser efectuado o acolhimento.



4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, Evelyn. (1994). *Se r Enfermeira*. Instituto. Piaget. Lisboa.
- Amaro, H. J. F. (2007). Comportamentos comunicacionais assertivos e burnout nos profissionais de enfermagem. *Nursing*, 221, 7-16.
- Azevedo, C. & Azevedo, A. (2003). *Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos* (6 Ed). Lisboa: UCE.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B. (1992). *Dar atenção à criança: para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins: Terramar.
- Brazelton, T. B. (2004). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (7 Ed.). Lisboa: Presença.
- Brito, I. (2006). O acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital. In Instituto de Apoio à Criança (1 Ed.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (33-34). Lisboa: IAC.
- Brunner, Lillian, S., Suddarth, Doris, S. (1985). *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica*, 5ª Edição. Interamericana. Rio de Janeiro
- Busquets, S. M. (1991). Aspectos psicológicos en la acogida del paciente al hospital. *Todo hospital*, 75, 17-22.
- Cardoso, A. B. M. R & Pinto, P. J. (2002). Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. *Nursing*, 170, 11-14.
- Castro, C. (2002). Saber escutar para saber cuidar. *Nursing*, 162 (14), 20-22.
- Collière, Marie- Françoise. (1989). Promover vida. Da prática das Mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente em UCI. *Nursing*, 94, 26-30.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2010). Necessidade. [on-line]. Disponível: <http://www.priberam.pt/dlpo/>. Consultado em 26/05/2010.
- Formamier, M. (2000). *Guide de l'hospitalization de enfants: le concept d'accueil ou comment former les futures professionnels à l'accueil*. France: APACHE.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.



Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados* (3 Ed.). Loures: Lusociência.

Gomes, C. G., Trindade, G. P. G. & Fidalgo, J. M. A. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Referência II Série, 11*, 105-116.

Gonçalves, M. J. (2006). O acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital. In Instituto de Apoio à Criança (1 Ed.), *O bebé, a criança e o adolescente no hospital*. (16-19). Lisboa: IAC.

Gouveia, O. (2006). O acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital. In Instituto de Apoio à Criança (1 Ed.), *O bebé, a criança e o adolescente no hospital*. (54-55). Lisboa: IAC.

Gressler, L. A. (2004). *Introdução à pesquisa: projectos e relatórios* (2 Ed.). São Paulo: Loyola.

Hesbeen, Walter. (2000). Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures. Lusociência.

Hesbeen, Walter. (2001). Qualidade em Enfermagem – pensamento em acção na perspectiva do cuidar. Loures. Lusociência.

Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (7 Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Huckabay L. M. D., Tilem-Kessler. D. (1999). Patterns of parental stress in PICU emergency admission. *Dimens Crit Care Nurs*, 18 (2), 36-42.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

Lemos, L. (2006). O acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital. In Instituto de Apoio à Criança (1 Ed.), *A informação ao doente é um direito* (49). Lisboa: IAC.

Lopes, L. & Guimarães, A. (2008). Participação parental: uma parceria no cuidado? Uma realidade ou miragem?. *Nursing*, 237, 32-39.

Lúcio, A. L. (2000). Direitos da criança: uma breve nota. In IAC, *Reflectir as práticas para melhorar o desempenho: Direitos da criança* (57-58). Lisboa: IAC.

Malheiro, I. (2000). Humanizar o atendimento à criança em ambulatório hospitalar. In IAC, *Reflectir as práticas para melhorar o desempenho: Direitos da criança* (25-29). Lisboa: IAC.

Mano, M. J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, 8, 53-61.

Marçal, T. (2006). A criança e o espaço nos serviços de saúde. In Instituto de Apoio à Criança (1 Ed.), *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (35-36). Lisboa: IAC.



Minayo, M. C. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (7 Ed.). São Paulo: Hucitec.

Moleiro, A. (1991). *Humanizar o atendimento à criança*. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Mota, H. C. (2006). O acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital. In Instituto de Apoio à Criança (1 Ed.), *Prefácio*. Lisboa: IAC.

Newton, M. S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatr Nurs*, 26 (2), 164-168.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Rebelo, Teresa. (1996). Os discursos nas práticas dos cuidados: contributos para análise da representação da Enfermagem. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa.

Rodrigues, L. & Diogo, P. (2002). Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da criança e na sua capacidade de enfrentar a doença e a hospitalização. *Servir*, 50 (1), 12-20.

Rogers, Carl. (1985). *Tornar-se pessoa*. 7ª Edição: Moraes Editores.

Scott, L. D. (1998). Perceived needs of parents of critically ill children. *J. Soc Pediatr Nurses*. 3 (1), 4-12.

Schimith, M. D., Lima, M. A. D. S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (6) ,1487-1494.

Silva, A. T. (1997). Humanização do atendimento às crianças e jovens nas instituições de saúde. In *Actas do encontro a criança e os serviços de saúde: humanizar o atendimento* (25-35). Lisboa: IAC.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (1 Ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Watzlawick, P. ; Beavin, J.H. ; Jachson, D.D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo, Cultrix.



"Acolhimento numa unidade de cuidados intensivos: percepção dos pais?"

Projecto de Estágio – Módulo II

ANEXOS



"Acolhimento numa unidade de cuidados intensivos: percepção dos pais?"

Projecto de Estágio – Módulo II

Anexo A

Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHLN-HSM



Exma. Sra. Enf.^a Directora
do CHLN – Hospital de Santa Maria

Assunto: Realização de estudo de investigação

A estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa, Ânia Soraia Marinho Balça, encontra-se a realizar um estudo de Investigação em Enfermagem, de âmbito académico, que se intitula "Acolhimento numa Unidade de Cuidados Intensivos: Percepção dos pais".

O investimento pessoal na área do acolhimento aos pais da criança internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED), permitirá para a reflexão acerca do tema, e tem o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo os pais como parceiros efectivos.

Para dar resposta à questão orientadora, foram estabelecidos os seguintes objectivos:

• **Objectivo geral:**

Conhecer a percepção que os pais têm relativamente à forma como foi efectuado o acolhimento na UCIPED.

• **Objectivos específicos:**

- ü Compreender o significado de acolhimento para os pais das crianças internadas na UCIPED;
- ü Identificar as reacções/sentimentos dos pais face ao internamento do filho numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica;
- ü Descrever factores facilitadores da comunicação entre a equipa de enfermagem e os pais.

Tendo em conta a questão de partida e os objectivos delineados considerou-se que o estudo mais apropriado será de carácter exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa cujos dados irão ser colhidos através de uma entrevista estruturada, a aplicar aos pais das crianças com internamento superior a oito dias na UCIPED. A população é constituída pela totalidade dos pais com crianças internadas na UCIPED do CHLN-HSM e a amostra escolhida de forma intencional. A dimensão do número de participantes será até à saturação dos dados.



Neste sentido, vem por este meio solicitar a V.^a Excelência autorização para realizar as entrevistas que irão permitir a concretização deste estudo de investigação. Anexa a este documento de pedido de autorização, a carta explicativa para obtenção do consentimento informado, o formulário de consentimento informado (a entregar em reunião prévia à entrevista), e o guião da entrevista.

Sem outro assunto de momento, agradecendo a V.^a atenção,

Pede deferimento,
Enf.^a Ânã Balça

Lisboa, 2010



"Acolhimento numa unidade de cuidados intensivos: percepção dos pais?"

Projecto de Estágio – Módulo II

Anexo B

Consentimento informado



CARTA EXPLICATIVA PARA OBTER O CONSENTIMENTO INFORMADO

Ânia Soraia Marinho Balça, estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa, está a realizar um estudo de investigação, no âmbito da Unidade Curricular Estágio – Módulo II, com o objectivo de conhecer a percepção que os pais têm acerca da forma como foi efectuado o acolhimento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria.

Método:

Pretende realizar um estudo de carácter exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, que é um método de investigação habitualmente realizado quando o tema escolhido é pouco explorado, em que se pretende observar e descrever o tema escolhido, e que permite uma compreensão mais profunda do problema levantado.

Apenas conhecendo a experiência dos pais que vivenciaram uma situação de acolhimento numa Unidade de Cuidados Intensivos, é que é possível dar resposta às suas expectativas, e contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Se aceitar participar neste estudo, será realizada uma entrevista áudio-gravada, uma vez que possibilita aos próprios participantes explicarem a sua experiência sobre o tema em estudo. A entrevista será composta por 8 perguntas abertas e 5 perguntas fechadas, em que lhe será pedido para descrever a sua experiência relativamente ao objectivo apresentado.

Irá decorrer quando lhe for mais conveniente, preferencialmente no piso de internamento para onde o seu filho/filha for transferido quando sair da Unidade de Cuidados Intensivos, tendo em atenção a sua disponibilidade e garantindo, acima de tudo, a sua privacidade.

Pela sua participação neste estudo, terá direito a um tratamento justo e imparcial; serão esclarecidas todas as dúvidas que tiver a qualquer altura do estudo e, se estiver interessado, ser-lhe-á apresentado o resultado final.



Riscos potenciais

Dado o objectivo do estudo, os indivíduos poderão ter necessidade de reviver momentos que se revelaram dolorosos e angustiantes, pelo que as alterações emocionais poderão ser o potencial risco que pode decorrer da sua participação neste estudo.

Participação

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. Caso decida não participar neste estudo continuará a ser tratado/a da mesma forma. Se decidir participar neste estudo, tem o direito, se assim o entender, de desistir/retirar-se a qualquer momento, sem que isso traga algum prejuízo para si.

Confidencialidade

Todos os dados e informações que estiver disposto a ceder para o estudo, serão tratados de forma confidencial, ficando guardados num local seguro, sob a responsabilidade da investigadora, e destruídos no final do estudo. A sua identidade nunca será revelada ou reconhecida.

Potenciais vantagens

A sua opinião será valorizada e vai contribuir para se poder compreender melhor a percepção dos pais acerca do acolhimento, face ao internamento de um filho numa Unidade de Cuidados Intensivos, e certamente contribuirá para melhorar os cuidados prestados nessa Unidade.



FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Após a leitura da carta anexa e das explicações que me foram facultadas pela investigadora, sinto que as minhas dúvidas sobre os procedimentos de investigação deste estudo me foram esclarecidas de forma satisfatória.

Compreendi as vantagens da minha participação, assim como as possibilidades de risco de desconforto que poderei sentir, ao relembrar o período de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos. Sei que tenho o direito de colocar qualquer questão, agora e durante o desenvolvimento do estudo, sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados.

Compreendi também que sou livre de desistir da minha participação neste estudo a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer tipo de prejuízo.

Foi-me assegurada a confidencialidade e que todos os dados que me dizem respeito serão guardados pela investigadora e destruídos no final do estudo. A sua colheita será realizada no piso de internamento para onde for transferido o meu filho/filha, à hora que me for conveniente.

Tenho conhecimento que se for do meu interesse terei acesso aos resultados do estudo.

Pelo presente documento, eu _____
aceito participar voluntária e plenamente neste estudo

Assinatura: _____

Data: _____



"Acolhimento numa unidade de cuidados intensivos: percepção dos pais?"

Projecto de Estágio – Módulo II

Anexo C

Guião da entrevista



GUIÃO DA ENTREVISTA

1. O que sentiu quando soube que o seu filho/filha ia ficar internado numa Unidade de Cuidados Intensivos? Associou o internamento a um estado grave de saúde?
2. O que é para si um bom acolhimento?
3. Como descreve o momento do acolhimento? Se pudesse alterar alguma coisa o que faria (quanto ao local, quanto ao profissional, quanto à informação abordada)?
4. Como avalia a informação que lhe foi transmitida no acolhimento? De que forma contribuiu para minimizar o impacto da hospitalização?
5. Considera importante que a informação transmitida no acolhimento deva ser reforçada durante o internamento. Explique de que forma?
6. A equipa durante o acolhimento, mostrou-se disponível para responder às suas dúvidas? O que tem a dizer sobre isto?



"Acolhimento numa unidade de cuidados intensivos: percepção dos pais?"

Projecto de Estágio – Módulo II

Anexo D

Caracterização sócio-demográfica



Estudo de Investigação

"Acolhimento numa Unidade de Cuidados Intensivos: Percepção dos pais"

Caracterização Sócio-Demográfica

1. Idade: _____ Anos
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Escolaridade: Sabe ler e escrever mas não tem escolaridade
 Ensino Primário
 Ensino Básico (até ao 9º ano)
 Ensino secundário (10º ao 12º ano)
 Curso Técnico profissional
 Bacharelato
 Licenciatura
 Outro
4. N° de filhos: _____
 - 4.1. Idade dos filhos: _____
5. Teve internamento(s) anterior(es) de um filho em Unidades de Cuidados Intensivos
 Sim Não

A preencher pela investigadora:
Entrevista nº _____



Anexo E

Cronograma

Cronograma do Projecto de Investigação

Actividades	Meses															
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	13º mês	14º mês	15º mês	16º mês
Definição da temática																
Pesquisa Bibliográfica																
Definição da questão de partida																
Definição do tipo de estudo;																
Reuniões de orientação;																
Elaboração do enquadramento teórico																
Elaboração da fase metodológica																
Elaboração do instrumento de colheita de dados																
Construção do projecto de investigação																
Entrega do projecto de investigação																
Elaboração do pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração																
Aplicação do pré-teste																
Realização das entrevistas.																
Tratamento de dados																
Conclusões																
Entrega do Trabalho de investigação																

ANEXO XII – Guia de Acolhimento na UCIPED

- ✘ Comer na unidade e dar alimentos à criança sem conhecimento da Equipa
- ✘ Entrar e sair frequentemente da unidade
- ✘ Deixar as grades da cama do seu filho para baixo

VISITAS/ACOMPANHAMENTO

- Ⓜ A criança tem direito ao acompanhamento por 2 pessoas, preferencialmente pelos pais ou pessoas significativas
- Ⓜ No período nocturno (22h-8h) apenas pode ficar um acompanhante
- Ⓜ Não são permitidas visitas, de forma a assegurar o máximo de repouso e uma rápida recuperação do vosso filho
- Ⓜ Apenas são dadas informações por telefone acerca da criança aos respectivos pais
Tel UCIPED - 217805011
- Ⓜ Os acompanhantes dispõem de uma sala onde poderão prestar os seus cuidados de higiene, tomar pequenas refeições e guardar os seus pertences nos respectivos cacifos, para os quais será entregue uma chave que deverá devolver no momento da alta

REFEIÇÕES

- Ⓜ Um dos pais tem direito às principais refeições (almoço/jantar) no refeitório do Hospital, desde que permaneça junto da criança mais de 6h. Ser-lhes-à entregue uma senha e o segurança indicar-lhes-á o caminho para o refeitório

Almoço—14h as 14h45

Jantar—20h às 21h15



- Ⓜ Se o seu bebé ainda estiver a ser amamentado por leite materno pode extrair o mesmo com o seu aparelho pessoal ou então poderá solicitar um aparelho de extracção de leite à Equipa de Saúde

Se tiverem dúvidas, a equipa de saúde estará disponível para ajudar e dar informação adicional. Podem contar conosco! Colabore!

Elaborado por: Ánia Balça - (aluna da EESIP - UCP)

Orientado por: Enfº Rui Guerra

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PEDIATRIA (UCIPED)



GUIA DE ACOLHIMENTO

ORIENTAÇÃO AOS PAIS

O vosso filho vai ficar internado na UCIPED, uma vez que precisa de cuidados especiais.

A perspectiva do internamento de um filho é sempre vivida com ansiedade.

A presença dos pais tranquiliza a criança.

Propomos dar-vos algumas orientações sobre a organização e funcionamento do serviço, de modo a diminuir a vossa ansiedade e a facilitar a vossa estadia.



COMO COLABORAR COM A EQUIPA DE SAÚDE

- Sempre que entrarem no Hospital dirijam-se ao segurança para se identificarem
- Existe uma Equipa de Saúde que cuidará do seu filho ao longo das 24h
- Informar acerca dos hábitos do vosso filho, alergias e terapêutica habitual
- Fornecer informações sobre as formas de acalmar o vosso filho
- Pedir informações exclusivamente ao médico ou enfermeiro responsável pelo vosso filho

• Se tiver algum problema de saúde ou infecção deve comunicar ao médico/enfermeiro responsável pelo seu filho

• Os pais deverão lavar as mãos:

- antes de contactar com a criança
- antes e após as refeições
- antes de abandonarem o serviço



• A lavagem frequente das mãos contribui para a diminuição do risco de infecção

• Alguns pais poderão necessitar de colocar uma máscara e/ou vestir uma bata



• Existem alguns aparelhos que nos servem para ajudar no diagnóstico e tratamento do seu filho, mas que tornam o ambiente ainda mais intimidante para os pais

• Não se preocupem com os aparelhos, nem com os seus alarmes, nós tratamos deles

• Permanecer somente junto do vosso filho

• Respeitar as normas do serviço



O QUE DEVE TRAZER

- Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil
- Boletim de Vacinas
- Cartão do SNS ou outro subsistema (ADSE, SAMS, etc)
- Exames médicos anteriores
- Medicamentos habituais
- Brinquedo ou objecto favorito



O QUE NÃO DEVE FAZER

- ✗ Barulho
- ✗ Usar o telemóvel na UCIPED
- ✗ Contactar com as outras crianças internadas na unidade

- ✘ In and out of the ward frequently
- ✘ The grating bed of your child down

VISITS/ACCOMPANYING THE CHILD

- Ⓞ The child has the right to be accompanied by 2 people, preferably parents or people of relevance
- Ⓞ On the night period (22h-8h) only one person can stay
- Ⓞ Visitations are not allowed, to ensure maximum rest and good recovery to the child
- Ⓞ Information is only given to the parents on the number below

TeI UCIPED - 217805011

- Ⓞ Those who are accompanying the child have at their service a room, where they can make their hygiene, have a snack, safe their belongings in the respective lockers, which will be given a key to give it back at the discharge day

MEALS

- Ⓞ Only one of the parents is allowed to the main meals (lunch and dinner) in the hospital cafeteria, as long as they are with the child for

more than 6hrs. A ticket will be given to you, and the security guard will show you the way

Lunch—14pm to 14h45pm

Dinner—20pm to 21h15pm



- Ⓞ If your baby is still breastfed by you can extract it with your own personal device or you can ask for an extraction device from the medical team

If you have any doubts the medical team will be available to help or for any additional advice. You can count on us, cooperate!

Work by: Ânia Balça - (student at EESIP - UCP)

Supervised by Nurse Rui Guerra



PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT (UCIPED)



WELCOME GUIDE

GUIDANCE FOR THE PARENTS

Your child is about to be admitted to the UCIPED, because he is need of special medical care.

The presence of the parents gives the child assurance. The prospect of admittance of a child is always experienced with anxiety.

We propose some guidance on organization and on the running of the ward, in order to reduce the anxiety and facilitate you being there.



HOW TO COLLABORATE WITH THE HEALTH TEAM

- Every time you come to the Hospital you should address the security guard for identification
- The Medical Team will take care of your child every 24 hrs
- Parents should inform about their child's habits, allergies and therapeutic usage
- Give information on how to pacify your child

- Information should be asked directly to either the doctor or nurse in charge of your child's health
- If you have any health problems or infections you should immediately inform the doctor/nurse in charge of your child's health
- Parents should wash their hands:
 - before touching the child
 - before and after meals
 - before leaving the ward



- Washing hands repeatedly prevents the risk of infection
- Some parents may need to use a surgery mask/scrubs



- There are some machines that helps on the diagnosis and treatment of the child but that may force a more intimidating environment for the parents

- Don't be alarmed because of the machines or the alarms; we know how to operate them
- Solely remain close to your child
- Respect the wards directives



WHAT YOU SHOULD BRING

- Health Cards and Documents
- Previous medical exams
- Usual medicines
- Object or favourite toy



WHAT YOU SHOULD NOT DO

- ✗ Noise
- ✗ Use the mobile phone on the UCIPED ward
- ✗ Eat or give the child food without the knowledge of the team

- ✗ In and out of the ward frequently
- ✗ The grating bed of your child down

VISITS/ACCOMPANYING THE CHILD

- ⊕ The child has the right to be accompanied by 2 people, preferably parents or people of relevance
- ⊕ On the night period (22h-8h) only one person can stay
- ⊕ Visitations are not allowed, to ensure maximum rest and good recovery to the child
- ⊕ Information is only given to the parents on the number below

Tel UCIPED - 217805011

- ⊕ Those who are accompanying the child have at their service a room, where they can make their hygiene, have a snack, safe their belongings in the respective lockers, which will be given a key to give it back at the discharge day

MEALS

- ⊕ Only one of the parents is allowed to the main meals (lunch and dinner) in the hospital cafeteria, as long as they are with the child for

more than 6hrs. A ticket will be given to you, and the security guard will show you the way

Lunch—14pm to 14h45pm

Dinner—20pm to 21h15pm



- ⊕ If your baby is still breastfed by you can extract it with your own personal device or you can ask for an extraction device from the medical team

If you have any doubts the medical team will be available to help or for any additional advice. You can count on us, cooperate!

Work by: Ánia Balça - (student at EESIP - UCP)

Supervised by Nurse Rui Guerra



GUIDANCE FOR THE PARENTS

Your child is about to be admitted to the UCIPED, because he is need of special medical care.

The presence of the parents gives the child assurance. The prospect of admittance of a child is always experienced with anxiety.

We propose some guidance on organization and on the running of the ward, in order to reduce the anxiety and facilitate you being there.



HOW TO COLLABORATE WITH THE HEALTH TEAM

- ② Every time you come to the Hospital you should address the security guard for identification
- ② The Medical Team will take care of your child every 24 hrs
- ② Parents should inform about their child's habits, allergies and therapeutic usage
- ② Give information on how to pacify your child

- ② Information should be asked directly to either the doctor or nurse in charge of your child's health

- ② If you have any health problems or infections you should immediately inform the doctor/nurse in charge of your child's health

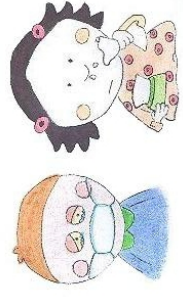
- ② Parents should wash their hands:

- before touching the child
- before and after meals
- before leaving the ward



- ② Washing hands repeatedly prevents the risk of infection

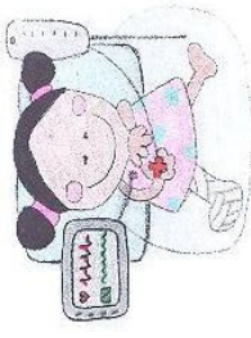
- ② Some parents may need to use a surgery mask/scrubs



- ② There are some machines that helps on the diagnosis and treatment of the child but that may force a more intimidating environment for the parents

- ② Don't be alarmed because of the machines or the alarms; we know how to operate them

- ② Solely remain close to your child
- ② Respect the wards directives



WHAT YOU SHOULD BRING

- ② Health Cards and Documents
- ② Previous medical exams
- ② Usual medicines
- ② Object or favourite toy



WHAT YOU SHOULD NOT DO

- ✗ Noise
- ✗ Use the mobile phone on the UCIPED ward
- ✗ Eat or give the child food without the knowledge of the team

- ✘ Être en contact avec les autres enfants hospitalisé dans l'unité de soins intensifs
- ✘ Manger à l'intérieur de l'unité et donner à manger à votre enfant sans le consentement de l'équipe responsable
- ✘ Entrer et sortir fréquemment de l'unité
- ✘ Laisser les grilles du lit de votre enfant baissées

ACCOMPAGNEMENT

- 🕒 L'enfant a le droit d'être accompagné par deux personnes, de préférence par ses parents ou par des proches.
- 🕒 De 22h à 8h seule la présence d'un accompagnant est autorisée
- 🕒 Les visites sont interdites, afin d'assurer le maximum de repos et un prompt rétablissement de votre enfant. seuls les parents peuvent obtenir des informations par téléphone sur l'état de leur enfant

TeI UCIPED - 217805011

- 🕒 Les parents ou accompagnants sont à leur disposition un espace, avec salle de bain, pour pouvoir manger et garder leurs affaires dans un casier, dont la

clef qui leur sera remise devra être rendue au moment de leur départ

REPAS

- 🕒 L'un des parents a droit au déjeuner et dîner offerts par le réfectoire de l'hôpital, à condition qu'il reste auprès de son enfant pendant plus de 6h! un ticket vous sera remis et il suffira de demander au gardien le chemin du réfectoire.

déjeuner—14h - 14h45

dîner—20h - 21h15



- 🕒 Si votre bébé est encore allaité au lait maternel, vous pouvez soit le prélever avec votre dispositif personnel soit nous en demander un.

Toute l'équipe est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions! Comptez sur nous! Veuillez collaborer!

Elaborado por: Ânia Balça - (aluna da EESIP - UCP)

Orientado por: Enf^o Rui Guerra

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



UNITE DE SOINS INTENSIFS PEDIATRIQUE (UCIPED)



GUIDE DE BIENVENUE

INSTRUCTIONS POUR PARENTS

Votre enfant va être hospitalisé à l'UCIPED une fois qu'il a besoin de soins spéciaux.

La perspective de l'hospitalisation de notre enfant est toujours vécue avec anxiété.

La présence des parents apaise l'enfant.

Nous vous proposons de vous éclaircir à propos de l'organisation et fonctionnement afin de minimiser votre anxiété et faciliter votre séjour.



COMMENT COLABORER AVEC TOUTE L'ÉQUIPE MÉDICALE

- À chaque entrée à l'hôpital veuillez vous identifier auprès du gardien.
- Il existe une équipe médicale qui veillera sur votre enfant 24h sur 24h
- Nous informer sur les habitudes de votre enfant, de quelles allergies il souffre et les médicaments qu'il a pour habitude de prendre.
- Fournir des informations pour nous aider à savoir comment calmer votre enfant.

- Demandez des informations exclusivement au médecin ou infirmier responsable de votre enfant.
- Si vous souffrez d'un problème de santé ou infections vous devez informer le médecin ou infirmier responsable de votre enfant.
- Les parents doivent laver les mains:
 - avant le contact avec l'enfant
 - avant et après les repas
 - avant de quitter l'unité de soins intensifs



- Le lavage fréquent des mains aide à diminuer le risque d'infections
- Certains parents auront besoin de porter un masque ou une blouse



- Il existe certains dispositifs qui nous permettent de diagnostiquer et traiter votre enfant, mais ceux-ci intimident encore plus les parents

- Ne prêtez pas attention à ces appareils ni à leurs alarmes, nous nous en occupons
- Rester juste auprès de votre enfant
- Respecter les règles de l'unité



CE QUE LES PARENTS DOIVENT APPORTER

- Bulletin individuel de santé infantile
- Bulletin de vaccinations
- Carte du système de santé ou autres (ADSE, SAMS, etc)
- Examens médicaux déjà effectués
- Médicaments que l'enfant a l'habitude de prendre
- Jouet ou objet favori

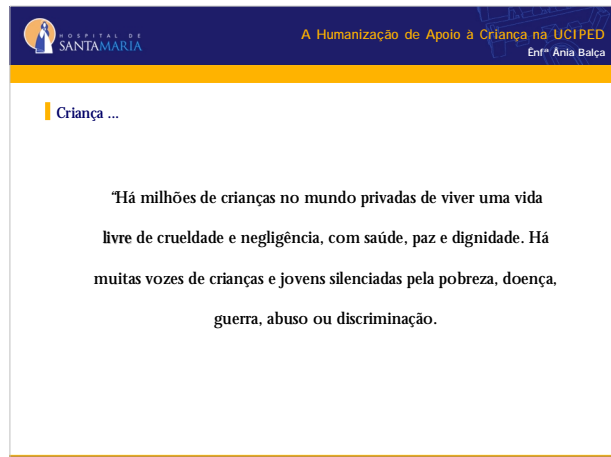
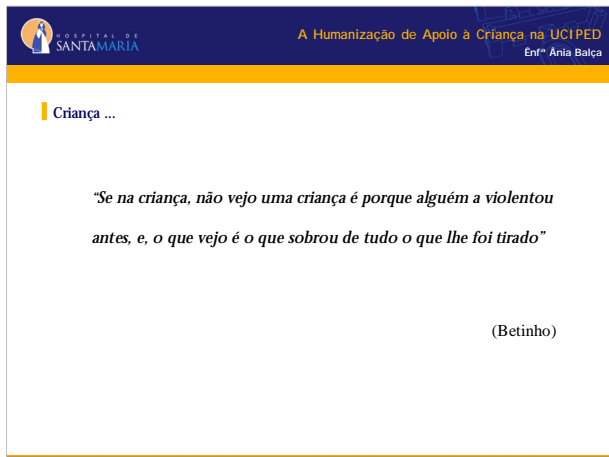
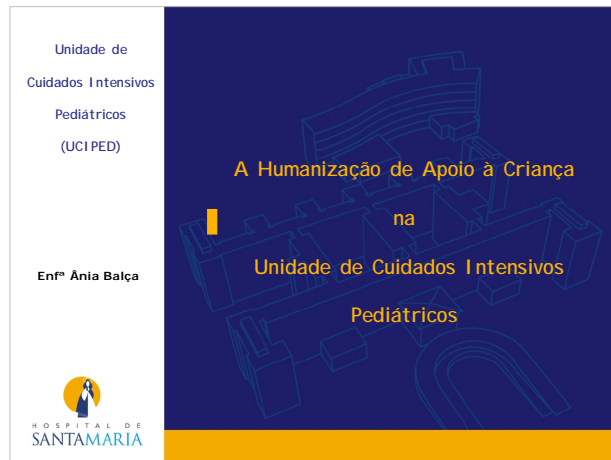


NE PAS:

- ✗ faire du bruit
- ✗ Utiliser le téléphone portable

ANEXO XIII – Vídeo sobre “A Humanização de apoio à Criança na UCIPED”

ANEXO XIV – Reflexão: “A Humanização num Serviço de Pediatria”



| Criança ...

As mudanças necessárias no mundo para proteger os direitos e assegurar a melhoria duradoura da vida das crianças começa com as acções de todos nós, mães e pais, professores e alunos, profissionais de todas as áreas, pelas crianças e jovens que têm o futuro nas suas mãos

| Pais ...

Esperamos, com esta mensagem, alertar-vos para a situação mundial das crianças. Sigam as imagens, pensem naquilo que cada um de nós, como cidadão poderá fazer para minimizar o sofrimento de crianças, que muitas vezes estão aqui tão perto de nós...

|



Milhões de crianças em todo o mundo são discriminadas

|



Dois milhões de crianças com menos de cinco anos morrem em cada ano de doenças preveníveis



Mais de 250 milhões de crianças pobres são vítimas de exploração no terceiro mundo, através de trabalho escravo, abuso sexual, exploração na indústria e agricultura e criminalidade urbana



Cada criança deveria crescer em ambiente saudável e afável



Mais de 2 milhões de crianças morreram em guerras e genocídios durante as duas últimas décadas, 5 milhões foram mutiladas e 10 milhões traumatizadas



Para milhões de crianças em todo o mundo, a pobreza significa mais do que simplesmente não ter dinheiro...



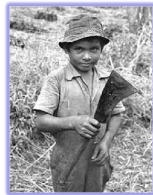
...significa não ser capaz de ter controlo sobre as suas vidas, estar vulnerável à vontade dos outros e humilhar-se para atingir os seus fins



Milhões de crianças em todo o mundo morrem à fome ou têm uma alimentação de péssima qualidade



Porque é que não podemos brincar ?



Precisamos de abrigo!



Gostaríamos de brincar em
segurança!



Gostaríamos de ter uma escola...

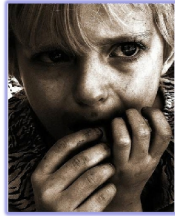


TENHO DIREITO À VIDA!



QUERO SER FELIZ!

Aqui bem perto de nós, existem
crianças abandonadas e maltratadas
pelos pais...

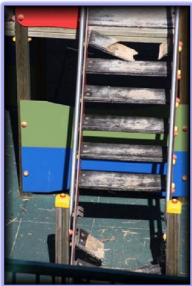


... ou que habitam em bairros de lata...

Crianças que crescem em infantários
sem condições...



Crianças que são transportadas em
veículos automóveis sem as devidas
normas de segurança...



Crianças que brincam em parques
infantis sem segurança...



Não seremos nós, também
responsáveis pela humanização do
apoio às crianças ?

Temos de apostar na prevenção, na mudança de mentalidades, e persistir na tomada de consciência

Podemos intervir enquanto cidadãos através de campanhas de sensibilização, na educação para a saúde...

Só assim, caminharemos para a globalização da ajuda humanitária



"A alegria é na criança, o que na ave é a asa, e o perfume na flor."

(Guerra Junqueiro)

Sou Criança ...

Tenho o direito a ter um nome e uma nação,

Tenho o direito a não ter fome e a ter pão.

Tenho o direito à liberdade

Tenho o direito à igualdade

Tenho o direito à educação

Tenho o direito a ter amor e compreensão

seja qual for a minha raça, a minha cor

ou religião. (...)



Sou Criança ...

Tenho direito a tratamento

Tenho direito a alojamento

Tenho direito à distração

Tenho direito à amizade

e à protecção da negligência, crueldade ou exploração.

Tenho direito à segurança

Tenho direito a ser criança"



Temos de mudar a forma como
tratamos as crianças!



Cuidar das crianças quando é mais
importante!

Nos primeiros anos de vida uma
nutrição adequada é de importância
vital ...



... para que as crianças desenvolvam
todas as suas capacidades.



A criança precisa de ser, não apenas
fisicamente saudável, mas também
emocionalmente estável,
mentalmente desperta e apta a
aprender.

Imaginem que nunca tinham ido à
escola ...
... estas palavras eram meras formas
sem sentido ...
Porque não tinham aprendido a
decifrá-las.



A educação deve estar ao alcance de
todas as crianças, sem esquecer os mais
pobres.



Como o mundo, e em especial Portugal, responde às promessas feitas às crianças:

“... só com um esforço conjugado será possível vencer os inúmeros obstáculos que impedem a sobrevivência e desenvolvimento de milhões de crianças.”

Uma das tarefas imprescindíveis:



Tomar as medidas necessárias para garantir a sua segurança rodoviária, em casa

... nos parques infantis, ...



Crescer com saúde é um direito de todas as crianças



Durante estes 20 minutos cerca de 300 crianças menores de 5 anos terão morrido nos países em desenvolvimento ...



Levar esperança às crianças ...



... mesmo quando parece que o mundo
não se importa com a sua sorte



Pensar de forma positiva pode dar
esperança – e vida

O pensamento negativo pode ser fatal!!



HUMANIZAR ESTÁ NAS MÃOS
DE TODOS NÓS!!!



Há milhões de crianças no mundo privadas de viver uma vida livre de crueldade e negligência, com saúde, paz e dignidade. Há muitas vozes de crianças e jovens silenciadas pela pobreza, doença, guerra, abuso ou discriminação.

Dizer “sim” às crianças é um esforço de mudança que envolve todos e cada um de nós. Todos os cidadãos de todas as nações. Depende de nós o futuro humanizado para as nossas criancinhas!!!

A Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria (UCIPED) também contribui para a humanização da criança, assim gostaríamos também de dar a conhecer um pouco do nosso serviço

Aos pais ...

O vosso filho vai ficar internado na UCIPED, uma vez que precisa de cuidados especiais

A perspectiva do internamento de um filho é sempre vivida com ansiedade

O hospital é em si um local gerador de ansiedades e medos por parte da criança. A presença dos pais tranquiliza a criança

Aos pais ...

Propomos dar-vos algumas orientações sobre a organização e funcionamento do serviço, de modo a diminuir a vossa ansiedade e a facilitar a vossa estadia

Serão também informados sobre os vossos Direitos e Deveres, e em casos de dúvidas procuraremos esclarecê-los

Agradecemos desde já a vossa colaboração

A Equipa de Saúde

A Equipa de Saúde ...

Sempre que entrarem no Hospital dirijam-se ao segurança para se identificarem

Existe uma Equipa de Enfermaçem que cuidará do seu filho ao longo das 24h



Aos pais ...

Ser-lhe-ão pedidas algumas informações à entrada, para melhor ficarmos a conhecer a criança e os seus hábitos. Ao longo do internamento poderá fornecer outros elementos que considere necessários a esta finalidade.



Os pais ...

- ⊗ devem permanecer junto do seu filho, não andando a circular pelo resto da unidade
- ⊗ pedir informações exclusivamente ao médico e enfermeiro responsável pelo seu filho
- ⊗ não deverão dar ou pedir informações sobre o estado de saúde das outras crianças aos outros pais, para respeito da sua privacidade

Os pais ...

- ⊗ devem deixar as vossas coisas no cacifo, a que vos foi atribuído na admissão
- ⊗ se tiver algum problema de saúde ou infecção deve comunicar ao médico/enfermeiro responsável

Infecções ...

Os pais deverão lavar as mãos:

- ⊗ à chegada da rua, antes de contactar com a criança
- ⊗ antes e após as refeições
- ⊗ antes de abandonarem o serviço

A lavagem das mãos frequente contribui para a diminuição do risco de infecção



Infecções ...

Alguns pais poderão necessitar de colocar uma máscara
e/ou vestir uma bata



Os aparelhos ...

- ⊗ Existem alguns aparelhos que nos servem para ajudar no diagnóstico e tratamento do seu filho, mas que tornam o ambiente ainda mais intimidante para os pais

Não se preocupem com os aparelhos, nem com os seus alarmes, nós tratamos deles



Como colaborar com a Equipa de Saúde ...

- ⊗ Permaneçam apenas junto do vosso filho e tentem-lhe transmitir confiança
- ⊗ Não devem fazer barulho
- ⊗ Devem evitar entrar e sair frequentemente da unidade
- ⊗ Não devem utilizar o telemóvel dentro da mesma
- ⊗ Não devem contactar com as outras crianças internadas na unidade



O que deve trazer ...

- Boletim Individual Infantil e Juvenil
- Boletim Individual de Saúde ("boletim de vacinas")
- Cartão do SNS ou outro subsistema (exe: ADSE, SAMS, etc...)
- Exames médicos anteriores
- Medicamentos habituais
- Objectos de higiene pessoal
- Brinquedo ou objecto favorito



Acompanhamento ...

Os pais podem permanecer junto da criança. Durante o período nocturno (23h-8h) apenas pode ficar um acompanhante

Não são permitidas visitas, de forma a assegurar o máximo de repouso e uma rápida recuperação do vosso filho



Acompanhamento ...

Não se sintam culpabilizados se não puderem ficar todo o tempo junto do vosso filho. A Equipa de Saúde tentará suprir com carinho a vossa ausência



Acompanhamento ...

Apenas são dadas informações por telefone acerca do vosso filho aos respectivos pais, por isso informem a vossa família de que devem entrar em contacto convosco para saberem informações



Refeições ...

Um dos pais tem direito às principais refeições (almoço/jantar) no refeitório do Hospital, desde que permaneça junto da criança mais de 5h. Ser-lhes-á entregue uma senha e o segurança indicar-lhes-á o caminho para o refeitório



Almoço-
Jantar-

Refeições ...

- Ⓢ Poderão ainda comer nos varios bares do Hospital
- Ⓢ Não é permitido aos pais comerem proximo do vosso filho, nem darem alimentos ao mesmo sem conhecimento da Equipa
- Ⓢ Se o seu bebé ainda estiver a ser amamentado por leite materno pode extrair o mesmo com o seu aparelho pessoal ou então poderá solicitar um aparelho de extracção de leite à Equipa de Saúde

Para os pais ...

- Ⓢ A unidade dispõe de uma sala exclusivamente para os pais que foi criada para o seu bem-estar
- Ⓢ Para a sua comodidade ... dispõe de um micro-ondas e cafeteira onde pode aquecer alimentos que traga de casa
- Ⓢ Tem ao seu dispor um cacifo onde deve guardar todos os pertences ... no momento da alta ou transferência **NÃO SE ESQUEÇA** de entregar a chave à Equipa de Saúde

Para os pais ...

- Ⓢ O wc dispõe de um chuveiro para uso diário, o qual deve ser utilizado antes das 10:30
- Ⓢ Mantenha o espaço limpo e arrumado
- Ⓢ Ajude-nos a preservar este espaço

Para os pais ...

- No dia a dia na UCIPED os pais deverão cumprir as indicações da Equipa de Saúde, quer no interesse do seu filho, quer no de todas as crianças internadas
- A colaboração dos pais com a Equipa de Saúde, visa tornar menos difícil a estadia da criança na UCIPED

Aos pais...

- Respeite as normas da UCIPED
- Colabore conosco ajudando o vosso filho a vivenciar este momento de uma forma mais calma e positiva
- Estamos sempre disponíveis para ajudá-los a compreender o que se passa com o vosso filho

Pode contar conosco! Colabore!

Unidade de
Cuidados Intensivos
Pediátricos
(UCIPED)

Enfª Ánia Balça

OBRI GADO

ANEXO XV – Guia de Acolhimento na UCIN

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGIA (UCIN)



GUIA DE ACOLHIMENTO



Aos Pais

Leiam este livrinho, pois ele dar-vos-á informações úteis. Este guia foi concebido para que as pessoas mais importantes na vida dos nossos bebés – vós pais – conheçam os vossos direitos e deveres, bem como do(s) vosso(s) filhos(s) internado(s) na UCIN.

Para que ao longo da estadia do(s) vosso(s) filho(s) na UCIN, possamos proporcionar-lhe(s) os melhores cuidados possíveis, contamos com os pais como parceiros no processo de cuidados. Por isso, disponibilizamos aqui, algumas informações que consideramos importantes para facilitar o desempenho do papel dos pais da melhor forma possível.

O vosso bebé vai ficar internado na UCIN, uma vez que precisa de cuidados especiais. Ele vai ficar sob os nossos cuidados até se encontrar melhor e poder ir para casa.

A UCIN destina-se a recém-nascidos ou prematuros exigindo cuidados especiais, prestados por uma Equipa de Saúde especializados em Neonatologia (área da Pediatria que trata dos recém-nascidos).





Propomos dar-vos algumas orientações sobre a organização e funcionamento da UCIN, de modo a diminuir a vossa ansiedade e a facilitar a vossa estadia.

Esperamos que encontre, neste Guia, todas as informações que possam contribuir para um melhor conhecimento da UCIN onde se encontra o vosso bebé. A nossa prioridade é prestar-lhe bons cuidados, porque todos quanto nela trabalham desejam que a sua estadia decorra nas melhores condições.

Não hesite em dar-nos conhecimento das suas necessidades e sugestões, e em casos de dúvidas procuraremos esclarecê-los.

Agradecemos desde já a vossa colaboração.

A Equipa de Saúde





O Hospital

O Hospital fica localizado no centro da cidade. O seu endereço é: Avenida Prof Egas Moniz - 1600 Lisboa.





Caso necessite de um transporte público, poderá utilizar a autocarros da Carris, números; 31,32,35,38, 55, 63, 68 e 202 que param junto ao portão principal do Hospital e metro (linha amarela) saída na Estação da Cidade Universitária. Sempre que entrarem no Hospital dirijam-se ao segurança para se identificarem. A UCIN situa-se no piso 7, elevador 5.





A Equipa de Saúde

Aqui trabalha uma equipa de profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, e quando necessário, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, terapeuta da fala), que cuidará do seu bebé ao longo das 24h para ajudar o bebé e os seus pais.

O vosso bebé, terá um médico responsável por ele durante o seu internamento (o seu nome consta no cartão de identificação do bebé) e uma enfermeira (em cada turno).

Ser-lhe-ão pedidas algumas informações à entrada, para melhor ficarmos a conhecer a criança, a gravidez e a vossa família. Ao longo do internamento poderá fornecer outros elementos que considere necessários a esta finalidade.

O Médico Assistente do seu bebé é _____

O Enfermeiro de referência do seu bebé é _____





Contactos da UCIN

Na impossibilidade de visitarem o vosso filho internado, os pais poderão telefonar a qualquer hora. Apenas são dadas informações por telefone acerca do vosso bebé aos respectivos pais, por isso informem a vossa família de que devem entrar em contacto convosco para saberem informações.



Tel UCIN — 217805000

Durante as passagens de turno (das 8h às 8h30; das 15h às 15h30 e das 22h30 às 23h), os pais não devem telefonar para a UCIN e terão que suspender momentaneamente a sua visita. Deixem por favor, também os vossos contactos telefónicos.



Visitas

Os pais podem permanecer junto do bebé durante 24h.

Na UCIN encontram-se, frequentemente, internadas crianças, gravemente doentes e algumas que nasceram bastante tempo antes do previsto (prematuras). Estes bebés têm muitas vezes as defesas imunitárias gravemente diminuídas, pelo que o risco de infecção é bastante elevado. Por isso, somos obrigados a limitar o número e o tempo de visitas.

OU Os recém-nascidos internados necessitam de um ambiente calmo e o risco de infecção é grande, por isso, há restrições em relação às visitas e permanência de familiares.

Ainda assim, consideramos importante que elementos extraordinariamente importantes da família, como os irmãos e os avós, possam visitar o(s) vosso(s) filho(s). Só é permitida uma visita de cada vez na companhia de um dos pais durante 5 minutos.





Visitas

Os irmãos com mais de 2 anos podem fazer uma visita rápida das 14h às 19h. De Outubro a Março, os irmãos entre os 2 e os 10 anos não podem entrar devido à maior ocorrência de infecções respiratórias nas crianças



Quanto a outras visitas, aconselhamos a combinarem previamente com os pais e a colocarem a questão ao Enfermeiro Responsável pelo vosso filho para que se tome uma decisão conjunta, sempre de acordo com a situação do bebé, do contexto familiar e da UCIN.

As visitas que suspeitem estar constipadas não deverão entrar.



Acompanhar o vosso bebé na UCIN

A recuperação do(s) vosso(s) filho(s) não depende apenas de tecnologia e de profissionais especializados. Depende de toda a equipa da UCIN, da qual se pretende que os pais façam parte. O processo de vinculação e os cuidados oferecidos pelos pais, assumem um papel extraordinariamente importante na recuperação e no desenvolvimento actual, e para o futuro dos seus filhos.



Os profissionais da UCIN aconselham os pais a solicitarem apoio do(s) profissional(ais) responsável(eis) pelo vosso filho, sobre as formas adequadas de cuidar e mimar!!!

Por vezes, os pais têm medo de tocar, de embalar, de cuidar, porque os seus filhos estão dentro de uma incubadora, rodeados por fios, máquinas, apitos... Toda essa envolvência não é sinónimo de “não tocar”. O toque e o mimo são imprescindíveis!!!! Não tenha receio de perguntar como o pode fazer! É realmente muito importante que o faça!!





Os pais são sempre incentivados a permanecer junto do seu bebé e, logo que possível, a participar nos cuidados. Podem participar no banho e ainda em alguns cuidados (consoante a sua situação), como mudar-lhe a fralda, mudá-lo de posição e pegar-lhe ao colo. Venham conhecer os seus hábitos, os seus gostos, a forma como reage à vossa presença, ao vosso toque, ao vosso carinho.



A Equipa de Saúde será vossa parceira e está ao vosso dispor para os ajudar. Se o vosso bebé tiver estabilidade clínica para tal e após avaliação da equipa de enfermagem, disponibilizem-se para executar o “Método Cangurú”.



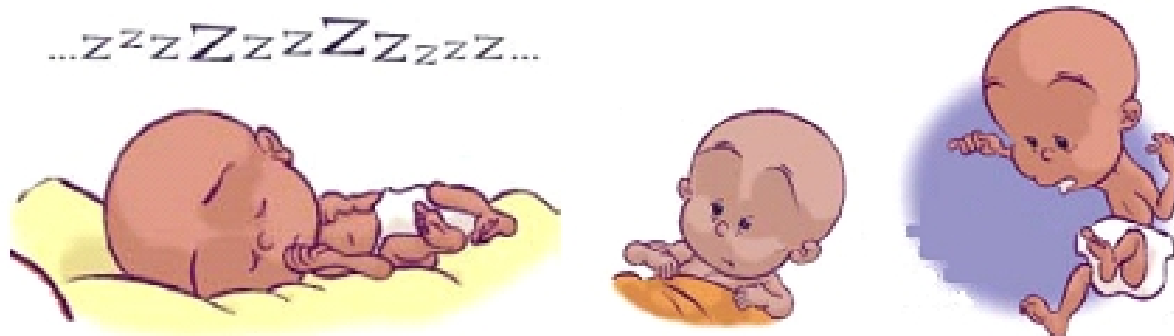


Ambiente da UCIN

O ambiente aqui presente pode ser stressante e agressivo para o bebé por toda a tecnologia inerente (ruídos, luminosidade) e pelos cuidados diferenciados que estas crianças necessitam (manipulações constantes, procedimentos dolorosos).

Cabe-nos a nós, profissionais de saúde, e a vós, pais e principais cuidadores da criança, promover o conforto ambiental, minimizando os seus efeitos agressivos, de forma a contribuir para um desenvolvimento harmonioso do seu filho.

Todos juntos vamos minimizar o desconforto do bebé causado pelo stress inerente ao ambiente de uma UCIN.



A nossa Unidade está preparada para tratar de bebés muito pequeninos que não completaram o tempo de gestação (prematturos), dos que por qualquer razão nasceram com muito pouco peso (baixo peso) ou que apresentam qualquer doença quando nascem.

Consoante as dificuldades que os bebés apresentam, assim o equipamento, os exames, as análises e os tratamentos serão diferentes.

Contudo, todos os bebés têm necessidades semelhantes, a saber:



Manutenção da temperatura corporal

Para conseguir este objectivo, os bebés podem ter que ficar numa incubadora. Mas ele precisa que lhe toquem, que o acariciem, e que falem com ele. Logo que possível, poderá vir ao vosso colo. Podem ainda mudar-lhe a fralda e participar noutros cuidados, consoante a sua situação. A enfermeira que cuidar dele estará sempre disponível para os ajudar.





Alimentação do Bebê

Todos os bebês, seja qual for a sua situação, necessitam de se alimentar desde o seu nascimento. Como muitos não podem mamar ou tomar biberão, temos de introduzir um tubinho (sonda) pela boca que vai até ao estômago ou então pela veia (soros).



Cabe aqui referir que o leite materno, é o alimento ideal para todos os bebês. As mães, mesmo as dos pequenos prematuros, iniciam a produção de uma substância chamada colostro desde as primeiras horas, após o parto.

Este colostro, produzido em muito pequena quantidade é muito importante para o bebê, pelo que a mãe deve retirá-lo com uma bomba manual ou eléctrica, com a ajuda da enfermeira.

Sempre que seja possível, daremos ao bebê o leite que a mãe retirou.



Ambiente da UCIN

A mãe tem a possibilidade de tirar o leite com uma bomba eléctrica que temos na UCIN e que guardaremos no frigorífico, para dar ao bebé. Após a alta, a mãe pode retirar o leite em casa e depois trazê-lo para o hospital.

Para produzir o leite, a mãe necessita de estabilidade emocional e física.



Sempre que tiver alguma dúvida em relação à amamentação, deverá falar com a enfermeira ou médico responsável pelo seu bebé. É muito importante que a mãe esteja determinada a amamentar porque esta motivação, é importante para o processo da amamentação humana.

Caso a mãe não possa amamentar, este tomará a fórmula láctea adequada à sua situação.





Aparelhos da UCIN

Na UCIN existem muitos aparelhos que ajudam a vigiar continuamente o estado do seu bebé e a tratá-lo. Não se preocupem com os aparelhos, nem com os seus alarmes, nós tratamos deles. Apenas os profissionais que trabalham na UCIN podem mexer nos equipamentos.

Além da incubadora, existem ainda aparelhos que permitem avaliar o bem estar do bebé para controlar o oxigénio que o bebé respira, os seus batimentos cardíacos, a respiração e a pressão arterial.

Por vezes, estes aparelhos sofisticados, fazem soar o alarme com alguma frequência. Nós estamos atentos e, mesmo que não vos pareça, a equipa já ouviu e identificou o aparelho donde vem o som do alarme.

Gostaríamos de aconselhar-vos que ao som de qualquer alarme, devem primeiro olhar para o bebé. Por vezes, o alarme soa porque ele está um pouco mais agitado ou algum sensor saiu do sítio onde estava colocado. Caso o bebé vos pareça tranquilo e confortável, o alarme passará para segundo plano.

Mas a enfermeira estará sempre presente.





Ventiladores e apoio à respiração

Existem situações mais complexas em que os bebés necessitam de um ventilador para os ajudar a respirar. Existem diferentes tipos de ajuda. Desde uns “tubinhos” que ficam colocados nas narinas, até a ventilação que se efectua através de um tubo colocado na traqueia do bebé, através da boca. O tempo que o vosso bebé necessitará do ventilador é muito variável e após aquele ser retirado, poderá ainda necessitar de oxigénio.





Informação acerca do vosso bebé

Nos internamentos prolongados, haverá reuniões conjuntas com os Pais, o médico responsável e todos os técnicos envolvidos nos cuidados ao vosso bebé.

Realiza-se mensalmente, geralmente na primeira 2^a feira de cada mês, uma reunião para os pais com a equipa de enfermagem, com o objectivo de esclarecer dúvidas, expor dificuldades ou problemas.

Peçam informações e esclareçam dúvidas exclusivamente com o médico ou enfermeira responsável pelo vosso filho. Existem registos diários sobre a evolução do bebé que se encontram disponíveis junto à incubadora ou berço que podem consultar.





Mais serviços disponíveis no hospital

Sempre que considerem necessário, estará à vossa disposição, uma assistente social e uma psicóloga.

Existe o Gabinete do Utente, no piso 1, para qualquer reclamação de cada um, (que não tenha sido possível resolver na Unidade) ou sugestão.

Existe uma capela de culto católico no piso 4 do Hospital. O capelão poderá vir ter convosco sempre que o desejarem. É também possível a vinda de responsáveis por outros cultos, se assim o desejarem.

Quando se prever um internamento prolongado (mais de uma semana) poderão solicitar uma autorização temporária de estacionamento no Hospital.



Refeições

Os pais, terão direito às refeições no refeitório do Hospital, se permanecerem junto do bebé diariamente. Ser-lhes-á entregue uma senha e o segurança indicar-lhes-á o caminho para o refeitório

Almoço—14h as 14h30

Jantar—20h30 às 21h30



O Hospital dispões ainda de vários bares



Recomendações

Dentro da Unidade não são permitidos telemóveis ligados, ainda que não tenham som. Eles interferem com os equipamentos de monitorização e ventilação que por sua vez, zelam pela segurança do vosso bebé – desliguem os telemóveis antes de entrar.

Não falem alto nem façam barulho.

Antes de entrar na Unidade, por favor, retirem os anéis, pulseiras e relógio.

Os pais deverão lavar as mãos:

- antes de contactar com a criança
- antes e após as refeições
- antes de entrarem e abandonarem a Unidade



A lavagem frequente das mãos contribui para a diminuição do risco de infecção.

Alguns pais poderão necessitar de colocar uma máscara.

Se desejarem, podem trazer roupa para o vosso bebé, bem como brinquedos pequenos e laváveis e fotografias. Mais uma vez, a enfermeira ajudar-vos-à nestes aspectos.

Ajude-nos a promover o seu bem estar! COLABORE!!



Alta da UCIN

Quando o seu bebé já não precisa de cuidados da equipa da UCIN, mas ainda não está em condições de ir para casa, é transferido para outro serviço de pediatria do hospital ou para o hospital da área de residência da família.

Quando o vosso bebé tiver alta, poderão sempre contar com o nosso apoio, em caso de dúvidas e/ou problemas, telefonando para o serviço.



Ficaremos muito contentes por vos voltar a ver, pelo que podem sempre visitar o serviço com o vosso bebé. E se quiserem, trazer uma fotografia dele para colocar no quadro de fotografias dos nossos bebés, pois gostamos de vê-los crescer!!





Gostaríamos que se sentissem parte da equipa e que não esquecessem que também estamos disponíveis para vós. A filosofia de cuidados promotores do desenvolvimento do bebé é o que todos desejamos!

Os profissionais da UCI N disponibilizam-se para prestar qualquer tipo de esclarecimento adicional, sempre que os pais o desejem.

Os vossos filhos são a razão de existência da UCI N. A qualidade dos cuidados que lhes prestamos, também passa pelos pais se sentirem cuidados, para também eles cuidarem melhor dos seus filhos...





Carta da Criança Hospitalizada

Esta carta é um documento que sintetiza os direitos das crianças hospitalizadas. Foi aprovada em 1988, em Leiden e em Portugal, foi divulgada pelo Instituto de Apoio à Criança.

1. A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.
2. Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.
3. Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.
4. As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.
5. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.



Mais serviços disponíveis no hospital

6. As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem, de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.
7. O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.
8. A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.
9. A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.
10. A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.





Direitos dos Pais

Apresentaremos aqui, resumidamente, respostas a algumas questões que nos são colocadas frequentemente pelos pais. Incluiremos também as que dizem respeito ao período de gravidez, dado que foi com ela que a parentalidade teve o seu início e é com ela que se iniciam os direitos e deveres dos pais.

A criança e os seus pais têm ainda outros direitos enquanto utentes do SNS. Estes fazem parte da Carta dos Direitos do Doente e, dada a particularidade dos utentes da UCIN (Recém-Nascidos), devem ser interpretados de acordo com as suas características, pelo que os pais constituirão os seus representantes legais e deverão conhecê-los. Estes direitos são:

Respeito pela Dignidade Humana

O valor particular de cada pessoa deve ser respeitado no acolhimento, no tratamento e nas orientações dos doentes.

O respeito pela dignidade humana exige também que as instalações proporcionem conforto e bem-estar aos doentes

Respeito pelas convicções culturais, filosóficas e religiosas

As convicções culturais, filosóficas e religiosa de cada doente/família devem ser respeitadas e criadas condições para as poder exercer, dentro dos limites dos direitos dos outros doentes e dos condicionalismos das instituições. O apoio espiritual pedido pelos doentes e/ou famílias deve ser satisfeito.

Em nenhuma circunstância o doente será discriminado por causa das suas convicções, condição social ou local de residência.



Cuidados apropriados ao estado de saúde

O doente tem direito aos cuidados apropriados ao seu estado de saúde e à continuidade destes cuidados, abrangendo cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.

Prestação de Cuidados Continuados

O doente tem direito a cuidados de saúde e de apoio social integrados, de modo a ser acompanhado até ao seu restabelecimento. Este acompanhamento inclui os cuidados hospitalares e apoio domiciliário e exige coordenação entre os serviços de saúde, de segurança social e das instituições de solidariedade social (IPSS).

Informação sobre os serviços de saúde

O doente tem direito a ser informado acerca da rede de serviços de saúde e dos cuidados que pode receber nos serviços locais, regionais e nacionais.

Informação ao doente e ou família

O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, de modo claro, em linguagem simples e respeitando a sua sensibilidade. O doente pode preferir não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar quem deve receber a informação em seu lugar.

Segunda opinião

O doente tem direito de pedir o parecer de outro médico para ficar mais esclarecido e poder decidir melhor acerca do tratamento a seguir.



Consentimento Informado

O doente tem direito de decidir, de forma livre e esclarecida, se aceita ou recusa um tratamento, intervenção, participação em investigação ou ensino clínico, podendo, em qualquer momento, alterar a sua decisão.

Confidencialidade dos dados pessoais

A situação clínica do doente só pode ser revelada com o seu consentimento, se não houver prejuízo para terceiros ou se a lei o determinar. Os trabalhadores dos serviços de saúde estão obrigados ao segredo profissional.

Acesso à informação clínica

O doente tem direito a tomar conhecimento do registo dos seus dados pessoais e a solicitar a sua correcção. A informação sobre os dados pessoais do doente deve ser transmitida de forma precisa e esclarecedora. A omissão desta informação só é legítima se a sua revelação puder ser prejudicial para o doente ou revelar dados pessoais de terceiros.

Respeito pela privacidade

A prestação de cuidados de saúde é efectuada na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução. A presença de outras pessoas, profissionais em aprendizagem ou familiares, só é admitida com o consentimento do doente. O pedido de informação sobre factos da vida privada do doente só é legítimo quando se mostre necessário ao diagnóstico ou tratamento.



Sugestões e reclamações

O doente tem o direito de avaliar a qualidade dos serviços e apresentar, por si ou através de organizações representativas, sugestões e reclamações. Todas as sugestões e reclamações são analisadas pelos responsáveis dos serviços e pelo órgão máximo de gestão do serviço. Todos os subscritores são informados acerca do seguimento dado às suas reclamações ou sugestões.

Deveres dos Pais

Aos pais cabe o dever de exercer a parentalidade no sentido de assegurar o harmonioso e integral desenvolvimento do seu filho no contexto de internamento.

A este acrescentam aqueles que dizem respeito a todos os utentes do SNS. No caso particular da UCIN estes deveres deverão ser assegurados pelos pais. Assim, nesta Carta de Deveres, o sujeito – o doente – deve ser entendido como os pais ou cuidadores do Recém-Nascido internados, enquanto seus representantes legais. Esses deveres são:

Dever de zelar pela saúde

O doente é o primeiro responsável pela sua saúde que deve cuidar, adoptando hábitos propiciadores de vida saudável.

Dever de informar com a verdade

O doente deve fornecer aos profissionais de saúde todas as informações com interesse para se conseguir um diagnóstico correcto.



Sempre que

Respeito pelos outros doentes

O doente deve respeitar os direitos dos outros doentes.

Dever de colaboração

O doente deve respeitar as indicações dos profissionais de saúde, cumprindo as prescrições e os tratamentos que aceitar fazer.

Regras de funcionamento

O doente deve respeitar as regras de funcionamento dos serviços.

Encargos

O doente deve pagar os encargos dos cuidados de saúde prestados, de acordo com o que estiver estabelecido.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes pode ser consultada através do site da Direcção Geral de Saúde, aconselha-se a sua consulta para mais esclarecimentos.





Direitos Legais dos Pais Trabalhadores

- > Licença em situação em situação de risco clínico durante a gravidez;
- > Licença por interrupção da gravidez;
- > Licença parental, em qualquer das modalidades;
- > Licença por adopção;
- > Licença parental complementar, em qualquer das modalidades;
- > Dispensa para consulta pré-natal;
- > Dispensa para aleitação;
- > Faltas para assistência a filho;
- > Faltas para assistência a neto;
- > Licença para assistência a filho;
- > Licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica;
- > Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares;
- > Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares;
- > Dispensa de prestação de trabalho em regime de adaptabilidade;
- > Dispensa de prestação de trabalho suplementar;
- > Dispensa de prestação de trabalho no período nocturno.

Todos estes direitos poderão ser consultados na legislação em vigor e em caso de interesse e/ou dúvidas, os pais poderão solicitar esclarecimentos à Assitente Social que dá apoio à UCIN, através do Enfermeiro ou Médico responsável pelo seu filho. No entanto, deixamos neste guia algumas respostas a questões mais frequentes dos pais.



Quais são as modalidades da licença parental?

Licença parental inicial

Por nascimento do filho, a mãe e o pai trabalhadores têm direito à licença parental inicial de 120 ou 150 seguidos, após o parto, sem prejuízo da licença parental exclusiva da mãe. A licença é acrescida de 30 dias no caso de gozo, em exclusivo, por cada um dos progenitores, de um período de 30 dias ou de 2 períodos de 15 dias seguidos.

No caso dos nascimentos múltiplos, a licença é acrescida de 30 dias por cada gémeo além do primeiro.

Quais são as formalidades a cumprir?

Se o gozo da licença parental for partilhada, os pais devem informar os empregadores, no prazo de 7 dias a contar do parto, do início e termo dos respectivos períodos, entregando uma declaração conjunta.

Se não for partilhada, o progenitor que a gozar deve informar o seu empregador, no mesmo prazo de 7 dias, do início e termo, entregando declaração do outro progenitor de que não a gozará;

Licença parental inicial exclusiva da mãe

Esta licença é a que a mãe é obrigada a gozar durante 6 semanas após o parto, sem prejuízo da licença parental inicial antes do parto até 30 dias.

Para tal, deve informar o empregador da data previsível do parto, com atestado médico e a antecedência de 10 dias ou, logo que possível, em caso de urgência;



Licença parental inicial a gozar pelo pai por impossibilidade da mãe

Se a mãe não puder gozar a licença parental inicial por incapacidade física, psíquica ou morte, o pai tem direito a gozá-la durante 30 dias, devendo informar o empregador, com atestado médico.

A mãe também tem direito à mesma licença, se o pai não puder gozá-la, total ou parcialmente, pelos mesmos motivos;

Licença parental exclusiva do pai

Esta consiste na licença de 10 dias úteis, seguidos ou interpolados, que o pai é obrigado a gozar nos 30 dias seguintes ao nascimento do filho, 5 dos quais gozados imediatamente a seguir a este.

O pai tem ainda direito a mais 10 dias úteis de licença, seguidos ou interpolados, se forem gozados, simultaneamente, com a licença parental inicial da mãe.

No caso de nascimentos múltiplos, o período de licença é acrescido de 2 dias por cada gémeo além do primeiro.

Licença parental complementar

Para assistência a filho ou adoptado até 6 anos, os pais têm direito a licença parental complementar, mediante aviso prévio de 30 dias, numa das seguintes modalidades:

- Licença parental alargada por 3 meses;
- Licença a tempo parcial por 12 meses;
- Períodos intercalados de licença parental alargada e de trabalho a tempo parcial;
- Ausências intrepoladas no total de 3 meses.



Em que consiste a licença para assistência a filho?

Esgotada a licença parental complementar, os pais têm direito a uma licença para assistência a filho, pelo período de 2 anos ou, no caso de terceiro filho ou mais, de 3 anos, mediante aviso prévio de 30 dias.

Em que consiste a licença para amamentação ou aleitação?

A mãe que amamenta o filho tem direito à dispensa enquanto durar a amamentação, devendo avisar o empregador com 10 dias de antecedência e entregar atestado médico a partir de um ano.

No caso de aleitação, a dispensa do pai ou da mãe é limitada a um ano.

Salvo acordo, a dispensa é gozada em 2 períodos distintos de 1 hora, acrescidos de 30 minutos por cada gêmeo além do primeiro.

Como se justificam as faltas dos pais trabalhadores? Os pais perdem algumas regalias com essas faltas?

Os pais trabalhadores podem faltar ao trabalho para prestar assistência – desde que seja inadiável e imprescindível – aos seus filhos, em caso de doença ou acidente. Estas faltas consideram-se justificadas se não ultrapassarem os limites máximos definidos na lei, mas implicam perda de retribuição para o trabalhador.

Tratando-se de filhos menores de 10 anos, o limite é de trinta faltas por ano, por trabalhador, qualquer que seja o número de filhos.

Em caso de internamento hospitalar: este direito a faltar abrange todo o tempo da sua duração, não podendo, contudo, ser gozado simultaneamente pelo pai e pela mãe.

Em qualquer destes casos, a perda de retribuição é compensada por um subsídio a que o trabalhador tem direito nos termos da legislação da Segurança Social.



E no caso de doença crónica?

No caso de doença crónica, existe uma Licença Especial para a Assistência a Deficientes e Doentes Crónicos.

Até aos 12 anos, o pai ou a mãe trabalhadores tem direito a licença por período até 6 meses, extensível até 4 anos, para acompanhamento de filho, adoptado ou enteado que com ele habite, que seja portador de deficiência ou doente crónico, durante os primeiros 12 anos de vida.

Elaborado por: Ânia Balça (aluna da EESIP—UCP)
Orientado por: Enf^a Fatima Pinto e Enf^a Graça Roldão
Dezembro 2010





Elaborado por: Ânia Balça (aluna da EESIP—UCP)
Orientado por: Enf^a Fatima Pinto e Enf^a Graça Roldão
Dezembro 2010




ANEXO XVI – Acção de Formação sobre “*Os primeiros 3 meses de vida do vosso bebé*”



1

En^h Anja Balça/ En^h Fatima Pinto
 Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
 Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria


1º mês **DESENVOLVIMENTO FÍSICO**



- Ganha peso semanalmente;
- Ganha altura mensalmente;
- O tamanho da sua cabeça também aumenta;
- Está quase sempre a dormir;
- As vezes já quer endireitar a sua cabeçinha;

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U. 2


1º mês **DESENVOLVIMENTO FÍSICO**



- Olha muito para a mamã e para o papá quando eles estão a dar de mamar ou cuidar dele
- Quando ouve a voz dos pais perto de si, vira logo a cabeça e olha para eles;
- Já emite pequenos sons: Aperta os objectos que lhe são colocados nas mãos;
- Mexe muito os braços e as pernas;
- Aprende a seguir um objecto com os olhos;

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U. 3

1º mês **DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO**



- Fica feliz quando os papás falam ou o pegam ao colo;
- Chora quando tem fome, sono, dor de barriga, frio ou calor;
- ... É importante observar o seu desenvolvimento global verificando se ele está a adquirir as suas próprias "habilidades"

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U. 4

1º mês

COMO SE RELACIONAR COM O SEU BEBÉ



- ❑ Cantando canções suavemente e baixinho
- ❑ Fazer carícias
- ❑ Dar muitos mimiños
- ❑ Tocar suavemente no bebé
- ❑ Iniciar um ritual do sono

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

5

1º mês

ALIMENTAÇÃO

Leite Materno

Leite Adaptado

Vitaminas



A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

6

1º mês

ESTEJA ATENTO SE O SEU BEBÉ ...



- ❑ Não tenta controlar a cabeça, na posição de sentado
- ❑ Nunca segure a cara dos pais
- ❑ Não vira os olhos e a cabeça para o som
- ❑ Não reage ao ruído
- ❑ Não chucha

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

7

1º mês

PREVENÇÃO DE ACIDENTES



- ❑ Engasgamento
- ❑ Queimaduras
- ❑ Quedas
- ❑ Veículos motorizados

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

8



- Febre
- Convulsões;
- Coloração arroxeada
- Dificuldade respiratória
- Choro prolongado, grito ou gemido;
- Sonolência ou prostração demasiada sem razão aparente
- Recusa repetida em mamar
- Sinais de desidratação

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

9



- Quando está de barriga para baixo, pode elevar ligeiramente a cabeça;
- Quando sentado, sustenta a cabeça, mas inclina-se para a frente;
- As mãos já estão geralmente mais abertas e o reflexo de agarrar começa a desaparecer
- Procurar visualmente para localizar sons;
- Gira a cabeça para o lado quando o som é feito ao nível dos ouvidos.

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

10



- Vocaliza, distintamente do choro;
- O choro torna-se diferenciado:
- Aborrecimento
- Dor
- Desconforto
- Fome
- Cansaço
- Rabugice
- Os pais aprendem a distingui-los experimentando todas as manobras próprias para confortá-los;
- Vocaliza em resposta a uma voz familiar;
- Já sorri para os outros em resposta a vários estímulos

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.



- Continua a aumentar de peso mensalmente;
- As refeições devem estar mais intervaladas;
- Aleitamento pode ser materno ou artificial;
- O leite materno ou o biberão é tudo o que o bebé precisa nesta idade;
- Não precisa ainda de alimentos sólidos e provavelmente não conseguiria mastigar antes dos 3 ou 4 meses.

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

12



Se a criança bolsa muito, evacua com frequência entre as mamadas, ou apresenta uma erupção seca na face, podem ser indícios de intolerância ao leite que está a ser utilizado. Ela pode ser alérgica à proteína do leite da vaca.



- 1ª dose DTPaHibVIP
- 2ª dose VHB

Dor local
Vermelhidão
Inchaço local
Febre baixa
Alterações do comportamento



- Dormem sonos cada vez mais longos noite após noite;
- Os pais devem proporcionar padrões de auto conforto, não devem constituir motivo para preocupação e, além disso, os pais estarão a ajudar o bebé a criar mecanismos de independência para o futuro.



- Um dos meios mais eficazes que o bebé tem para captar os pais é o **SORRISO**;
- O bebé já consegue observar o rosto do pai ou da mãe durante longos períodos;
- Já pode emitir um breve som de contentamento;



- ❑ Antes de colocar a criança na banheira, controlar a temperatura da água;
- ❑ Evitar colocar neles roupas com laços, alfinetes ou botões na parte de trás, nem correntes largas para sustentar a chupeta;
- ❑ Evitar quedas: mesmo não se virando ainda sozinho, o bebé pode rebolar;
- ❑ Queimaduras solares: os bebés são extremamente
- ❑ Sensíveis aos raios solares, mesmo estando à sombra

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

17



- ❑ Quando está de barriga para baixo, já levanta a cabeça e a parte superior do corpo apoiando-se nos braços
- ❑ Já brinca com os dedos/mãos
- ❑ Olha com atenção à sua volta e já gosta de companhia
- ❑ Emite sons quando falam consigo
- ❑ Começa a brincar com os seus próprios sons
- ❑ Responde ao carinho

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

18



- Não fixar nem seguir os objectos
- Não sorri
- Não tem qualquer controlo da cabeça
- Mãos sempre fechadas
- Membros muito rijos em repouso
- Sobressalto ao menor ruído
- Chora e grita quando se toca
- Não realiza muitos movimentos, bebé muito parado

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

19

- Não fiquem preocupados, caso o vosso filho não faça exactamente o que vos acabámos de apresentar, pois entre as crianças há algumas variações no desenvolvimento
- Se tiverem dúvidas, não hesitem em conversar sobre elas com o pediatra ou conosco

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

20

CUIDADOS A TER COM ...

Acidentes por queda, contusões e cortes

- Berço com grades de altura adequada
- Cadeira fora do carro ou uma espreguiçadeira deve ser colocada no chão e os cintos devem manter-se apertados
- Não deixar a criança sozinha em cima de uma mesa ou de sofá

Asfixia

- Não colocar fios ao pescoço do bebé (nem o da chupeta)
- Não usar almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama
- Evitar o uso de alcofas (se usar a mesma deve ser rígida e deve ser colocada num suporte próprio e estável ~~ou no chão~~);

da observação inicial
de enfermagem no S.U.

21

CUIDADOS A TER COM ...

Queimaduras

- Afastar líquidos quentes como água, o café e o chá da criança
- No banho verificar a temperatura da água antes de introduzir a criança, deve-se deitar primeiro a água fria e só depois a quente
- Nunca ter o esquentador na casa de banho
- Antes de dar o biberão deve-se verificar a temperatura do leite
- Não utilizar o microondas para aquecer o leite

A importância da observação inicial
de enfermagem no S.U.

22

CUIDADOS A TER COM ...

Ingestão de corpos estranhos e acidentes por sufocamento

- Oferecer à criança apenas brinquedos grandes e resistentes que não possam ser engolidos em parte ou no seu todo
- Manter fora do seu alcance objectos ou alimentos possíveis de serem ingeridos
- Sacos de plástico, laços e fitas, traveseiros fofos devem estar fora do alcance da criança.

A importância da observação inicial
de enfermagem no S.U.

23

CUIDADOS A TER COM ...

Correcta utilização do berço e camas

- Sólida e estável
- Sem arestas nem qualquer saliência onde possa ficar preso um botão da roupa do bebé ou a corrente da chupeta
- As grades devem ter uma altura mínima, pelo interior, de 60 cm e não devem ter aberturas superiores a 6 cm
- O colchão deve ser firme e estar bem ajustado ao tamanho da cama
- Certifique-se de que a cama obedece às normas de segurança europeias

A importância da observação inicial
de enfermagem no S.U.

24

CUIDADOS A TER COM ...

Ingestão de corpos estranhos e acidentes por sufocamento

- Oferecer à criança apenas brinquedos grandes e resistentes que não possam ser engolidos em parte ou no seu todo
- Manter fora do seu alcance objectos ou alimentos possíveis de serem ingeridos
- Sacos de plástico, laços e fitas, travesseiros fofos devem estar fora do alcance da criança.

CUIDADOS A TER COM ...

Escolha e correcta utilização da cadeirinha para o carro

- A utilização de cadeirinhas para o carro é obrigatória por lei, em qualquer viagem que bebé faça, nem que seja da maternidade para casa.
- Utilizam-se sempre voltadas para trás

A cadeirinha tem que estar aprovada de acordo com a norma internacional mais recente (R 44/03), deve ser indicada para a idade, altura e peso da criança e adaptar-se bem ao seu automóvel. Só assim é possível ter a certeza de que, se utilizada de acordo com as instruções, a cadeirinha oferece alguma protecção em caso de acidente.

As crianças devem ser transportadas no banco de trás e, em geral, as cadeirinhas têm que ser instaladas num lugar equipado com um cinto de segurança de 3 pontos.

CUIDADOS A TER COM ...

Síndrome de Morte Súbita Lactente

- Não fumar durante a gravidez
- Vestir o bebé evitando o sobreaquecimento
- Não dormir com adultos
- Decúbito dorsal para dormir e ventral para brincar
- Uso de colchão firme, bem adaptado ao berço
- Roupa de cama de acordo com a temperatura ambiente
- Fazer a cama com o lençol superior ajustado ao tamanho do bebé
- Não usar almofada, fraldas ou brinquedos na cama
- Usar aquecedor com termóstato (temperatura do quarto entre 18° a 21°C).

CUIDADOS A TER COM ...

Cuidados de Higiene

Cordão umbilical

- Cai nas primeiras três semanas de vida.
- A cada troca de fralda, é necessária fazer uma dobra na fralda de forma a que não toque no coto umbilical.
- A limpeza é feita com compressas embebidas em álcool 70%
- Após a queda, deve-se continuar a limpeza até que a cicatriz fique bem seca.
- Nunca use faixas ou curativos fechados no coto umbilical e utilize somente o álcool 70%.

CUIDADOS A TER COM ...

Eritema das fraldas

- Trocar de fralda frequentemente.
- Limpar as regiões genital e anal e forma adequada Deixar o bebé por alguns minutos sem fralda ao longo do dia.
- A aplicação de pomadas é necessária apenas quando há vermelhidão na região genital ou anal
- Eritemas extensos ou de difícil cicatrização devem ser avaliadas pelo médico.

Icterícia Neonatal

- Depósito de bilirrubina na pele
- Alertar para o risco de Kernicterus

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

29

CUIDADOS A TER COM ...

Banho

- Encher a banheira primeiro com água fria e depois com água quente – para evitar queimaduras (não deve exceder os 37°C).
- Ainda fora da banheira, lave os olhos, com uma compressa embebida em soro fisiológico, limpando de fora para dentro.
- Limpe as narinas com uma compressa embebida em água ou soro fisiológico fazendo movimentos rotativos.
- Faça o mesmo para limpar os ouvidos;
- Nunca utilize cotonetes para a limpeza dos ouvidos/nariz.

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

30

CUIDADOS A TER COM ...

Amamentação

- Brazelton refere que "...a qualidade da futura vida do bebé também depende do carinho que os pais lhe dão associado à alimentação"
- O momento de amamentação não é um momento exclusivamente alimentar, é um momento de carícias, de criação de laços afectivos, de contacto visual, um momento de bem-estar e harmonia não só da criança como da família O Enfermeiro aumentará o tempo de amamentação ao apoiar de forma contínua, personalizada e com um contacto periódico e prolongado a tríade familiar.

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

31

CUIDADOS A TER COM ...

Cólicas do RN

- As cólicas provocam dor e mau estar, choro intenso, agitação dos membros inferiores, com flexão e extensão das pernas. Pode durar dias como perdurar por longas semanas.
- Existem técnicas específicas que ajudam o sistema gastrocólico e facilitam a eliminação de gases e fezes como a massagem do abdómen e movimentos de extensão e flexão dos membros inferiores.

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

32

SINAIS DE ALARME DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR NOS PRIMEIROS 3 MESES DE VIDA...

- Ausência de tentativa de controle da cabeça na posição sentado;
- Hipertônico/estado na posição de pé;
- Não segue a face humana;
- Não vira os olhos ou a cabeça para seguir o som (voz humana);
- Não estabelece qualquer tipo de interação.

- Sem qualquer controle da cabeça;
- Membros rígidos em repouso;
- Mãos sempre fechadas;
- Não fixa nem segue objectos;
- Não sorri.



- Ausência completa de tentativa de controle da cabeça na posição de sentado;
- Hipertonicidade na posição de pé;
- Olfar fixo;
- Não se mantém em situação de alerta nem por breves períodos.

- Não segura a cabeça (deixa cair para trás);
- Postura assimétrica;
- Falta de movimentos;
- Não estabelece qualquer tipo de interação;
- Subressalto ao menor ruído.

A importância da observação inicial de enfermagem no S.U.

33

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Fabiane de Amorim; SABATÉS, Ana Llonch – **Enfermagem pediátrica – A Criança, o Adolescente e sua Família no Hospital**. Brasil: Editora Manole, 2008. 422 p. ISBN 978-85-204-2201-4.
- CASTRO, Elisa Kern; PICCININI – **Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre. ISSN 0102-7972. vol 15, nº3 (2002), p. 1-14
- CONDORIMAY, Yolanda R.; VENDRUSCOLO, Dulce M. – **A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2004 (Maio/Junho), 12(3):477-87
- FERNANDES, Marisa – **A Criança no Serviço de Urgência**. Revista informação. Bragança. Depósito legal 158488/00. Ano 6, nº20 (Dezembro 2005), p.10-11.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

35

- FERNANDES, Marisa – **A Criança no Serviço de Urgência**. Revista informação. Bragança. Depósito legal 158488/00. Ano 6, nº20 (Dezembro 2005), p.10-11.
- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David; - Wong **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ªed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2006. 1300p. ISBN 10:85-352-1918-8
- Kübler-Ross E. **On Death and Dying**. New York: Macmillan, 1977.
- Lewis M. Child and adolescent psychiatry: a **comprehensive textbook**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.
- Ordem dos Enfermeiros (2009), **Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

36

- SANTOS, M. Do Carmo – **A Criança e o Hospital**. Revista Nascer e Crescer. Porto. ISSN 0872-0754. Vol. 10, nº 2 (Junho 2001), p.74-77.
- SANTOS, Salomé Vieira – **A família da criança com doença crônica: Abordagem de algumas características. Análise Psicológica**. 1998. p. 65-7
- VENÂNCIO, Lídia; PEREIRA, Sandra – **Humanização do Atendimento da Criança no Serviço de Urgência**. Revista Informar. Porto. Depósito legal 86748/95. Ano VIII, nº29 (Setembro/ Dezembro 2002), p.30-33.
- VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida G. – **Crianças e Adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças**. Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. vol10, nº4 (Julho/Agosto 2002). P. 1-12



Nascer tão pequenino ... Nascer diferente ...

A criança tem vindo ao longo dos tempos a suscitar o interesse por parte de especialistas das mais variadas áreas do conhecimento. Contudo, é recente o reconhecimento universal da criança como ser de direitos em que o seu crescimento e desenvolvimento são influenciados, antes do seu nascimento por factores sociais, culturais, económicos, ambientais e acima de tudo pelo contexto familiar em que estão inseridas.

O enfermeiro acompanha todos estes processos, de forma permanente, constante e com saberes próprios, que com base no respeito pela dignidade humana e pela unicidade do outro, contribuem para minimizar os aspectos negativos inerentes a situações desta natureza.

Desde o nascimento que as crianças se impõem pela sua capacidade de demonstrar de forma verdadeira e sincera o que sentem. Independentemente de ser com um sorriso ou com uma lágrima, elas conseguem retratar de forma única e infinita o que vivem, o que sentem, a alegria ou a dor que experienciam. A criança é um ser frágil que precisa de ser protegido e cuidado, com amor, carinho e ternura. Quando nasce, as inúmeras capacidades inatas por vezes não lhe permitem adaptar-se ao meio ambiente, necessitando de cuidados especiais e complexos. Cuidar é fundamental à experiência humana, é a essência da enfermagem, a forma como a enfermagem difere das outras profissões, não reside no facto do enfermeiro cuidar, mas do modo específico como cuida.

Parece um absurdo não reclamarmos por um bebé indefeso ficar doente, por um RN ser arrastado dos braços dos seus pais, ou por uma criança que iniciou a sua descoberta do mundo ficar incapaz de o fazer! Ninguém espera que uma criança fique doente ou necessite de ser hospitalizada, principalmente no início de vida, mesmo que milhares de exames de diagnóstico o tenham previsto. Subsiste sempre uma esperança, mesmo que ínfima, que a criança seja saudável, ou que então consiga ultrapassar rapidamente qualquer problema. A prematuridade e a doença são situações que levam à hospitalização, situações muitas vezes dramáticas para os pais e família.

Ao nascimento de uma criança prematura, assim como aos RN que sofrem algum problema ao nascimento estão implícitos cuidados específicos, razão pela qual estas crianças são encaminhadas para as UCIN. Nestas, a assistência de cuidados é contínua de modo a evitar complicações e sequelas, muitas vezes incapacitantes e que as acompanharão ao longo da vida. Perante os serviços de saúde, neste caso particular, uma Unidade de Neonatologia, a experiência mais difícil para o RN/pais, nem sempre está directamente relacionada com a doença ou o tratamento, mas sim com mudanças na rotina familiar, lidar com um ambiente



desconhecido e estabelecer relações com os diferentes profissionais (Hockenberry, 2006)¹, o que constitui uma exigência, para a qual deverão ser mobilizadas todas as suas capacidades.

Tal como qualquer outra hospitalização, a permanência de um RN numa UCIN implica que seja um momento de crise para os pais. O nascimento de um bebé pré termo, pequeno e frágil, ou doente vem desfazer o sonho de um bebé ideal, trazendo sentimentos de culpa, incapacidade e medo da perda.

“Quando a criança adoce, os pais sofrem no seu amor, mas também vivem a ruptura do seu projecto, da sua ambição” (Vara, 1996:13)².

É toda uma conjuntura de desequilíbrio, em que a intervenção do enfermeiro especialista é deveras importante no sentido de desenvolver as capacidades da família, de forma a ajustar-se a esta situação. O papel do EESIP é esse mesmo, maximizando os efeitos benéficos da hospitalização (Wong, 1999:576)³.

A vulnerabilidade de um RN e da sua família permite-lhes estarem mais atentos e receptivos às novas informações.

Para os pais, esta hospitalização do bebé traduz-se numa experiência geradora de stress, pois os planos que são feitos acerca do bebé que irá nascer e as suas fantasias, centram-se habitualmente num parto sem problemas e no nascimento de um filho saudável e perfeito (Sullivan, 1999).

Neste sentido, os conhecimentos e as competências a desenvolver pelos profissionais que prestam cuidados ao RN/pais, são de especial importância, na medida em que devem contribuir para tornar esta experiência o menos traumática possível.

Como elemento de referência da equipa de cuidados, o EESIP deverá assim desempenhar um papel activo, na tentativa de atenuar o medo do RN/pais face aos serviços de saúde.

Nos últimos anos verificou-se uma descida impressionante na mortalidade e morbilidade neonatal dos RN de alto risco, em particular os de pré-termo. Estas melhorias foram atribuídas a um melhor diagnóstico e tratamento, ficando-nos no entanto a preocupação pelo bem-estar psico-afectivo presente e futuro destes bebés.

¹ HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; WINKELSTEIN – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2006. 1303 p. ISBN 978-85-352-1918-0.

² VARA, Lília – Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico. Revista Portuguesa de Enfermagem. Agualva-Cacém. 1996. n.º 1, p.5-52. ISSN 0873-1586

³ WONG, Donna L. – Whaley e Wong. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p. ISBN 85-277-0506-0



Segundo Wong, RN de alto risco é *"um bebé, a despeito da idade gestacional ou de peso ao nascimento, que corre risco mais alto que a média de morbidade e mortalidade em decorrência de distúrbios ou circunstâncias superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento e ajustamento à existência extra-uterina"* (1999:200)⁴.

O RN, necessita na maioria das vezes para sobreviver, de ser assistido numa UCIN sendo "separado" dos seus pais imediatamente após o nascimento. Permanece por um período mais ou menos longo, num ambiente que, embora imprescindível para a sua sobrevivência, pela tecnologia sofisticada que lhe assegura eventualmente a vida, lhe é também hostil pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que é submetido, assim como pela privação afectiva a que é sujeito. O afastamento da criança/pais imediatamente após o parto, vai privar a díade do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação ou afeiçoamento entre os mesmos.

Para Eduardo Sá, *"a primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e... finalmente é deixá-lo tornar-se uma personagem real do seu sonho (...)"* (1992:34)⁵.

Durante a gravidez, os pais imaginam o seu filho e após o nascimento, através da visualização do mesmo, do toque e da interacção, (que deverá acontecer o mais precoce possível), e num processo que é gradual, o bebé imaginário é ajustado ao bebé real. Embora a vinculação não seja algo momentâneo, que acontece após o nascimento, este contacto precoce entre pais e bebé, é decerto importante para a concretização e desenvolvimento do mesmo, *"(...) um momento único e mágico(...)"* como refere (Brazelton, 1992:23)⁶. O nascimento de um bebé prematuro representa uma crise muito difícil para os pais, associada a reacções emocionais intensas, caracterizadas por labilidade emocional e confusão.

As UCIN são geradoras de stress, tanto para o bebé como para os pais, que têm de se adaptar a um papel para o qual não estavam preparados (Canavarro, 2006)⁷.

Com o nascimento prematuro, as tarefas psicológicas a empreender pelo casal grávido são muitas vezes interrompidas, forçando os pais a confrontarem-se com um acontecimento para o qual não estavam ainda preparados, com a agravante do bebé real não corresponder de todo, ao bebé que tinham vindo a fantasiar.

⁴ Whaley & Wong. *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*, 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. 1118 p. ISBN 85-277-0506-0

⁵ SÁ, Eduardo – O dedo de ET. In: Pais. Lisboa. (Junho 1992). p42-45

⁶ BRAZELTON, T. Berry – Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar. 1992. 275 p. ISBN 972-710-056-2

⁷ Canavarro, M. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Lisboa. Edições Quarteto.



A interacção pais-bebé fica inevitavelmente comprometida, uma vez que, o RN necessita de cuidados especiais imediatos que o distanciam fisicamente dos seus progenitores. Os estímulos e respostas mútuas da tríade são adiadas para um momento incerto, definido pelo estado e/ou evolução clínica do bebé.

Cox (2002:34), transmite-nos que *“(...) a família pode ser parcial ou totalmente privada de receber informação vital, que pode facilitar a ligação ao bebé”*. Ainda a esse propósito, diz-nos Barros (2001:305), que *“(...) o bebé que no parto normal funciona como um elemento fundamental na estimulação das atitudes interactivas e reforçador dos comportamentos e emoções de vinculação, apresenta-se aqui como um parceiro claramente diminuído, vulnerável e pouco competente”*.

A mesma opinião tem Cox (2002), Davis, Mohay, e Edwards (2003), Heermann, Wilson e Wilhelm (2005), que nos dizem que, enquanto para as mães dos RN de termo a interacção se inicia de imediato, no caso do bebé prematuro, este é incapaz de estabelecer uma interacção continuada.

Assim, o nascimento de um RN é uma situação geradora de grande stress num momento em que o casal ainda está a preparar-se para o desempenho da paternidade. Sentimentos de culpa e de fracasso estão frequentemente presentes e podem comprometer o processo de vinculação com o bebé.

A este respeito Gomes Pedro et al (1997:406)⁸, dizem-nos *“a preocupação pelo bem-estar dos recém-nascidos tem a história de um século, a implementação organizada de apoio aos pais e de estratégias de intervenção precoce têm uma história de aproximadamente vinte anos, mas uma filosofia de intervenção global visando uma metodologia de intervenção coerente e conjunta face à criança e à família, está por cumprir ainda em algumas unidades de cuidados neonatais”*.

É neste contexto, que considero, que o maior desafio do EESIP numa UCIN, para além da prestação de cuidados de grande complexidade científica e técnica ao RN, é ser o catalizador da vinculação bebé/família, e desta forma, contribuir para elevar a qualidade de vida da diáde no presente e no futuro, pois *“(...) o sentido de vida humana só se cumpre no reconhecimento de que se é amado (...)”* (Gomes Pedro et al (1997:68).

Nascer prematuro significa que o bebé nasceu antes das 37 semanas de gestação, sendo que a maioria nasce entre as 38 e 41 semanas. Com o avanço científico e técnico, são cada vez maiores as probabilidades de crescerem sem problemas os bebés que nasceram prematuros na ausência de complicações graves antes, durante e após o parto (é viável um prematuro com 25

⁸ GOMES-PEDRO, João [et al] – Prematuridade e Desenvolvimento. Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. ISSN 0301-147X. n.º 5. vol. 28 (Setembro/Outubro 1997). p. 405-410.



semanas ou mais sem sequelas). Sujeitos a internamentos prolongados, estes bebés vão-se desenvolvendo a um ritmo mais lento e adquirindo capacidades que lhes permitem tornarem-se autónomos face aos cuidados que necessitaram. O seu desenvolvimento estatoponderal avalia-se em função da sua idade corrigida, a qual se obtém subtraindo à idade pós-natal o número de semanas que faltavam para atingir as 40 semanas. Deste modo a idade corrigida permite avaliar o desenvolvimento real do bebé, sem que os pais sintam que o seu filho está abaixo das tabelas de percentis preconizadas no Boletim Individual de Saúde. O internamento poderá ser mais ou menos prolongado é fundamental a integração dos pais na prestação de cuidados para que estes possam ultrapassar todos os receios, ansiedade inerentes à quebra de um projecto de vida. O **acolhimento** é o rosto da instituição e da enfermagem. Assim, este primeiro encontro pode condicionar toda a atitude dos pais perante as próximas visitas. É essencial que o enfermeiro transmita confiança, serenidade e faça sentir aquela família especial. Segundo Fernandes (1988:124)⁹ *“o acolhimento é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua. Da mesma forma uma atitude de rejeição dos pais promove a insatisfação em relação à equipa que responderá com hostilidade originando atitudes de agressividade por parte dos pais.”* Foi possível verificar a preocupação, por parte de vários elementos da equipa, relativamente à primeira visita ao bebé. É alusivo a **valorização à importância do papel dos pais** na díade RN/pais. Para que se estabeleça uma relação de ajuda, o primeiro contacto é muito importante. Se este não for baseado numa **relação de empatia e respeito**, toda a comunicação que desejarmos efectivar posteriormente, poderá ficar seriamente comprometida. O estágio na UCIN fez-me constatar que o risco, situações de mau prognóstico e a morte serem uma constante permitiram-me adquirir algumas **competências relacionais** que facilitaram em muito a comunicação e ajudaram a reduzir a ansiedade e receios destes pais. O apoio dos colegas pela sua experiência e conhecimento foi fundamental. Foi muito gratificante verificar que à medida que o enfermeiro responsável pela criança ia falando com estes pais o seu rosto adquiria uma certa tranquilidade e serenidade. Uma vez que a hospitalização é sempre uma experiência stressante para a criança e família procurei aperfeiçoar competências relacionais, respeitando as particularidades de cada família. Privilegiei e valorizei sempre o acolhimento da família, promovendo deste modo o estabelecimento de uma relação de ajuda e empatia, de forma a conhecer os seus sentimentos, atitudes e dúvidas, adquirindo assim, uma relação de confiança.

⁹ FERNANDES, MJL- A criança maltratada e negligenciada- Aspectos médicos. Revista Portuguesa de Pediatria. Lisboa. Vol. 20, nº 5 (Setembro/Outubro 1989), p. 311-321. ISSN 0301-147X



A colaboração na prestação de cuidados especializados na valência intensivos permitiu-me contactar com o milagre da vida directamente. As particularidades e especificidade destes seres frágeis mas lutadores fez-me reflectir sobre a importância da vida e das pequenas coisas que podem parecer insignificantes mas que têm um valor incalculável. O **toque**, o **posicionar**, o **cuidado com todos os factores stressores** adquire uma importância superior ou igual àqueles que permitem a sua sobrevivência. É na harmonia de todos eles que oferecemos e proporcionamos um desenvolvimento adequado dentro de todos os riscos da prematuridade. A particularidade do **uso do ninho**, ajuda o prematuro a controlar a sua temperatura e a permanecer numa posição semelhante à que tinha no ventre materno proporcionando-lhe conforto e segurança. Os **colchões de gel** também usados previnem as úlceras de depressão ao mesmo tempo que embalam o bebé. O ambiente da unidade de cuidados intensivos neonatais, com constantes estímulos stressantes, dos quais a dor é o maior stressor, pode causar um maior risco de desenvolvimento de handicaps ou distúrbios emocionais (Tamez e Silva, 1999) ¹⁰.

O **ruído** é um dos factores que mais contribui para a persistência dos problemas encontrados nos prematuros. Está inerente a uma unidade de cuidados intensivos e os seus efeitos podem manifestar-se de diversas formas. Muitos efeitos dos estímulos que provocam stress são de curto prazo, tal como as mudanças nos sinais vitais e são detectados imediatamente, contudo muitos dos efeitos a longo prazo permanecem desconhecidos. Os RN prematuros são expostos a um meio de luzes intensas, máquinas em funcionamento, alarmes, telefones, pessoas a conversar para além, da necessidade de efectuar procedimentos, os quais levam a distúrbios constantes do ambiente. Todos os factores ambientais como o ruído, as luzes fortes, o frio a manipulação, provocam dor. Se tivermos presente que tudo o que é doloroso para um adulto também o é para os recém-nascidos, verificamos que não são poucas as vezes que lhes provocamos sofrimento. A **avaliação da dor** deve ser compreensiva e multidimensional incluindo indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais. Na prestação de cuidados ao RN, tive a oportunidade preocupação com a avaliação da dor nos bebés, estando preconizada segundo a escala Neonatal Infant Pain Score (NIPS). A escala NIPS avalia seis itens (expressão facial, choro, respiração, posição dos braços, posição das pernas e estado de consciência) todos pontuados de zero a dois; após esta avaliação, quando os pontos somarem quatro ou mais, significa que há dor. As medidas não farmacológicas no alívio da dor fazem parte dos cuidados prestados ao RN (sacarose, sucção não nutritiva, contenção do RN).

¹⁰ Tamez, R., Silva, M. (1999). *Enfermagem na UTI neonatal - Assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.



Relativamente à redução dos factores de stress no RN, no turno da manhã é difícil controlar o ruído e a manipulação excessiva em consequência dos cuidados de higiene, observação clínica, realização de exames complementares de diagnóstico, entre outros. No entanto nos restantes turnos estes factores são controlados no sentido de otimizar o desenvolvimento e crescimento do RN. A articulação entre a equipa médica e de enfermagem é consistente permitindo agrupar os cuidados em períodos curtos evitando a manipulação excessiva.

Na valência **intensivos** ficam os grandes prematuros, os RN que necessitam de suporte ventilatório (convencional, alta frequência, CPAP nasal), terapêutica de substituição da função renal (diálise peritoneal), exsanguíneo-transfusão, síndromes de abstinência, fototerapia profiláctica e terapêutica... Nos **intermédios** os RN começam a adquirir alguma autonomia alimentar com incentivo ao aleitamento materno desde que a mãe tenha demonstrado ser essa a sua vontade. Nesta valência também é habitual a realização de fototerapia embora como medida terapêutica. É dada especial atenção ao ensino e esclarecimento de dúvidas, assim como a aquisição de competências tendo em vista a alta. A minha participação nesta valência foi dedicada à comunicação e interacção com os pais, uma mais valia pessoal e profissional pelas lições de vida transmitidas.

Na **pré- saída** os cuidados são realizados pelos pais de acordo com a disponibilidades dos seus horários. A enf^a assume um papel de super visão e validação das competências dos pais garantindo desta forma o sucesso dos cuidados em casa. Foi possível observar a autonomia das mães no cuidar do seu bebé, mas sente-se uma dependência extrema (ainda que psicológica) dos enfermeiros. O corte do cordão umbilical que por diversos factores foi antecipado parece permanecer ligado sem se querer separar.

A intervenção do EESIP na UCIN do HSM

Senti a necessidade de acompanhar uma EESIP no desempenho das suas funções pelo interesse pessoal em conhecer as funções de um enfermeiro que colabora na prestação de cuidados e gestão do serviço. Sempre que possível pude observar e acompanhara enfermeira EESIP na realização das suas funções de coordenação e gestão. Por norma a sua actividade começa com a assistência à passagem de turno, momento em que toma conhecimento do que se passou assim como das necessidades do serviço em relação a material e medicação. No decurso das reuniões formais e informais, observação directa pude verificar que a intervenção da enfermeira EESIP abrange as três áreas: assistencial, ensino/formação e investigação. Na área



assistencial presta cuidados ao RN sempre que a situação justifique; assiste às passagens de turno ficando com uma visão global das necessidades do serviço relativas à prestação de cuidados, terapêutica, reparação e requisição de material, resolução de problemas de ordem burocrática; motivação e mobilização da equipa para a reflexão de comportamentos e atitudes que surgiram pontualmente. Na área do ensino/formação é responsável pela formação da equipa de enfermagem e auxiliares de acção médica. Colabora com os diferentes estágios dos alunos de enfermagem das diferentes escolas no ensino em diferentes estadios de aprendizagem, com intervenção, disponibilidade e envolvimento directo dos vários elementos da unidade. Na área da Investigação mobiliza os resultados obtidos em trabalhos realizados no serviço no âmbito do Complemento de Formação que têm proporcionado excelentes meios de alteração de comportamentos ou de visibilidade da prática dos cuidados o que tem sido uma mais valia para o reconhecimento da qualidade dos cuidados prestados na unidade.

Desenvolve um papel fundamental de articulação com os Centros de Saúde e Consulta de Pediatria através do envio da carta de alta e folha de registo de vacinas. Encontra-se responsável pelo Rastreio da Retinopatia da Prematuridade enviando a Folha de Observação devidamente preenchida pelo médico com o número de bebés a observar. Está responsável pela selecção dos bebés que preenchem os critérios de inclusão, contacta-os, faz a administração e respectivos registos com envio dos dados para os Centros de Saúde. Fazendo uma analogia com as funções que competem ao EE, preconizadas no Decreto Lei é um exemplo a seguir. Serve de modelo e de referência para os restantes elementos, demonstra capacidade para orientar e motivar envolvendo todos os elementos da equipa o que lhe confere equilíbrio e estabilidade.

Em neonatologia, cada bebé e respectiva família apresentam uma especificidade própria, à qual o cuidado tem que ser ajustado. Aspectos relacionados com a fase de desenvolvimento em que se encontra, situação de doença, o ambiente estranho que o rodeia e a família em crise com o nascimento precoce do filho, deverão ser tidos em conta no cuidado ao bebé prematuro, ou não, de forma a tornar esse cuidar especial e único.

Aquilo que pude constatar no curto espaço de tempo em que estive na UCIN, permite-me afirmar que essa é uma preocupação da equipa de enfermagem, pelo que, centra a sua actuação na individualidade de cada bebé, na sua família e no apoio ao seu desenvolvimento. Esta prática, que implica a participação conjunta de todos os envolvidos no processo de cuidar (bebé/pais/profissionais), tem como objectivo final promover o desenvolvimento e crescimento saudável do bebé prematuro.



Relativamente aos medos da família face à hospitalização do RN, senti por parte de toda a equipa multiprofissional uma grande preocupação em proporcionar um acolhimento inicial, embora com maior ênfase na equipa de enfermagem, para que dessa forma se possa estabelecer uma relação de confiança, com vista a minimizar tais sentimentos.

Realço aqui as palavras de Gonçalves (2006:29)¹¹ quando afirma que, *"Nestas alturas em que o medo é muito forte, é importante que a gente o vença, nem que seja numa coisa muito pequenina e que lhe mostre que ele pode mandar de vez em quando, mas não pode fazer da gente o que lhe apetece"*.

Constatei também a importância que era atribuída à comunicação com os pais sobre as situações clínicas dos bebés, provável evolução e prognóstico, sem entrar em optimismos exagerados, mas com realismo. Os cuidados prestados na UCIN, são centrados na família e baseados numa comunicação honesta entre pais e profissionais de saúde. A parceria com os pais nos cuidados é uma realidade, promovendo desde a primeira visita dos pais ao RN o contacto físico e o incentivo a falar com o bebé. São também ensinados aos pais os diferentes tipos de toque e os efeitos no RN.

O desenvolvimento tecnológico nos últimos anos, veio permitir a sobrevivência de RN muito prematuros, exigindo dos profissionais que lhes prestam cuidados uma visão holística, assim como a actualização constante dos conhecimentos. O funcionamento óptimo de uma UCIN é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade, uma vez que o RN não fala, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipa que lhe está a prestar assistência. Deste modo o planeamento e a prestação de cuidados, constitui um processo complexo que requer uma avaliação cuidadosa para determinar a qualidade dos cuidados.

¹¹ GONÇALVES, M. J. O acolhimento e a estadia da criança e do jovem no hospital. In Instituto de Apoio à Criança. 1ªed. O bebé, a criança e o adolescente no hospital. Lisboa: IAC, 2006.