



# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Carina Sofia Oliveira Correia**

Abril de 2013



# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Carina Sofia Oliveira Correia

Sob orientação de Mestre Constança Festas

Abril de 2013



*“A possibilidade de realizarmos um sonho é o que torna a vida interessante.”*

**Paulo Coelho**



## RESUMO

O presente relatório, inserido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Porto, visa a reflexão do percurso realizado ao longo do estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, decorrido durante os três módulos de estágio: Módulo I – Saúde Infantil, Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contexto de doença aguda e crónica e Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com vista à aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados à criança/família. As competências definidas no plano de estudos foram agrupadas em quatro domínios de atuação do Enfermeiro Especialista, nomeadamente na área da gestão, formação, investigação e prestação de cuidados, e daí descritas, de forma crítica, as atividades realizadas nos diferentes contextos assistenciais. A salientar, em termos de resultados obtidos, a formação em serviço subordinada ao tema “*Infeção associada aos cuidados de saúde e tipos de isolamento*”, realizada em contexto de Módulo II, a elaboração de um pré-projeto no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, aquando da realização do Módulo I, e a análise crítico-reflexiva da intervenção do Enfermeiro Especialista, no que concerne à área de Gestão. A prestação de cuidados especializados à criança/ família, representou a centralidade do processo de aquisição de competências, ao assistir 225 crianças/família em diferentes faixas etárias, mais especificamente 50 em contexto de cuidados de saúde primários, 90 em situações de doença aguda e/ou crónica em serviços de internamento de pediatria, 60 em contexto de serviço de urgência e 25 na unidade de cuidados intensivos neonatais. Este relatório de estágio possibilitou todo um processo crítico-reflexivo, bem como a aquisição de competências adquiridas ao longo de todo um processo formativo na área de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo a metodologia descritivo-reflexiva, a utilizada na concretização do mesmo.

**Palavras – Chave:** Criança, Família, Cuidados de Enfermagem, Competências, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



## **ABSTRACT**

As part of the Universidade Católica Portuguesa do Porto Nursing Masters Course with a specialization in Infant Health and Pediatric Nursing, this abstract reflects the journey made throughout the Infant Health and Pediatric Nursing work placement, during the three work placement modules: Module I - Infant Health, Module II - Surgical and Medical Services in acute and chronic illness contexts and Module III - Emergency Pediatric Services and Neonatal Intensive Care Unit, with a view to acquire patient care skills specialized to the child, family. The skills defined in the study plan were grouped in four working domains of the Specialized Nurse, namely in the area of management, training, investigation and patient care, and from there described in a critical way the activities realized in the different assisted contexts. Highlighting, in terms of results obtained, the work placement training within the topic “Infection associated to patient care and types of isolation”, realized in the Module II context, the elaboration of a pre-project, in the scope of the Integrated Pediatric Continuous Care, whilst doing Module I, and the auto critical analysis of the Specialized Nurse intervention, regarding management. Child/family patient care represented the main skills acquisition process, by assisting 225 children/family in different age groups, more specifically 50 in a primary health care context, 90 in situations of acute and/or chronic illness in pediatric internment services, 60 in an emergency service context and 25 in the neonatal intensive care unit. This work placement report allowed a total auto-critical process, as well as the acquisition of skills, throughout the whole formative process in the area of Infant Health and Pediatrics, being the auto-descriptive methodology used to achieve the same.

**Key words:** Child; Family; Nursing Care; Skills; Specialized Nurse in Infant Health and Pediatric Nursing.



Agradeço, do fundo do coração, a todos aqueles que possibilitaram a concretização deste trabalho e promoveram o meu crescimento pessoal e profissional:

À Professora Constança pela orientação e disponibilidade demonstrada ao longo de todo o meu percurso; pelo incentivo sempre que o desânimo me atingiu; pela sua tranquilidade, que muitas vezes serviu de calmante, em tantos momentos de stress.

Às Enfermeiras Orientadoras e equipa multidisciplinar de todos os contextos de estágio, verdadeiros tesouros para a concretização deste meu “pequeno” sonho;

À Diana, meu ombro amigo, pela força e companheirismo demonstrado ao longo de toda esta caminhada, não deixando nunca, que me esquecesse que “As estrelinhas da sorte estão sempre do nosso lado”;

À Vânia, Marlene e Marta, companheiras de curso, pelo apoio demonstrado;

Aos meus colegas do serviço de Medicina A Mulheres, pela compreensão e flexibilidade; pelas palavras de motivação e pelo encorajamento nos momentos de maior cansaço;

À minha família que sempre me apoiou, e para a qual nem sempre consegui estar disponível;

Ao Filipe, o grande Homem que esteve sempre do meu lado e que nunca me deixou cruzar os braços; o seu sorriso e força de vontade em ultrapassar todos os obstáculos foram preciosos nos momentos de desilusão, desmotivação, cansaço e desespero;

Às minhas princesas, Bruna e Filipa, pela compreensão e sorriso puro, sempre que não foi possível a minha presença;

A mim mesma, por ter acreditado que este sonho era possível de ser concretizado;

E por fim, um agradecimento especial a todas as crianças e famílias com as quais contactei, responsáveis por este longo percurso, “**Em Busca de um Sonho**”;

Por tudo o que não referi, mas que foi igualmente determinante para a concretização deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e profissional.

**Muito Obrigada!**



## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

- CA – Cantinho da Amamentação
- CHSJ – Centro Hospitalar de São João
- CIN – Cuidados Intensivos Neonatais
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CPCJ's – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
- CPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade
- CS – Centro de Saúde
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- CSSH – Centro de Saúde da Senhora da Hora
- DGS – Direção Geral de Saúde
- DR – Diário da República
- EE – Enfermeiro/Enfermeira Especialista
- EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ELI – Equipa de Intervenção Precoce
- En<sup>a</sup> – Enfermeira
- En<sup>o</sup> - Enfermeiro
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- MI- Massagem Infantil
- NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco
- HPISJ – Hospital Pediátrico Integrado do São João
- OBS – Sala de Observações
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- PNV – Plano Nacional de Vacinação
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- RN – Recém-nascido
- SAPE – Sistema de apoio à prática de enfermagem
- SE – Saúde Escolar
- SES – Sessão de Educação para a Saúde
- SIJ – Saúde Infantil e Juvenil



SINUS – Sistema de informação para unidades de saúde

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SU – Serviço de urgência

TIP – Transporte Inter – Hospitalar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

USF – Unidade de Saúde Familiar



## Índice

0. Introdução.....	19
1. Contextualização dos locais de estágio .....	23
2. Em busca de um sonho.....	27
2.1 Competências adquiridas ao longo dos diferentes contextos assistenciais .....	27
<b>2.1.1 Domínio da Prestação de cuidados</b> .....	28
<b>2.1.2 Domínio da Gestão</b> .....	72
<b>2.1.3 Domínio da Formação</b> .....	77
<b>2.1.4 Domínio da Investigação</b> .....	83
3. Considerações Finais .....	89
4. Bibliografia.....	91
<b>ANEXOS</b> .....	99
Anexo I – Plano de estágio.....	101
Anexo II – Plano de estudos.....	105
Anexo III – Caracterização dos locais de estágio.....	109
Anexo IV – Horários realizados nos módulos de estágio .....	121
Anexo V – Objetivos pessoais definidos para os diferentes contextos assistenciais ....	125
Anexo VI – Guia de acolhimento da UCIN .....	131
Anexo VII – Consultas de SIJ realizadas .....	135
Anexo VIII – Consulta de vacinas administradas.....	139
Anexo IX – Idade/Estádio de desenvolvimento e impacto da hospitalização.....	143
Anexo X – Tabela de material de pensos.....	147
Anexo XI – Motivos de vinda ao SU, focos adjacentes e intervenções realizadas .....	151
Anexo XII – Programa NIDCAP.....	155
Anexo XIII – Sistema informático J-ONE.....	159
Anexo XIV – Cuidados Alimentares em neutropenia no domicílio .....	163
Anexo XV – Check-List dos ensinamentos efetuados na UCIN .....	167
Anexo XVI - Check-List da alta, usada na UCIN .....	171
Anexo XVII – Dinâmica e Funcionamento do TIP .....	175
Anexo XVIII – Sessões do Curso de Preparação para o parto.....	179
Anexo XIX – Sessões do Curso de Educação Parental .....	183
Anexo XX – Impressos de referenciação.....	187



Anexo XXI – Instrumentos de Avaliação das competências parentais .....	191
Anexo XXII – Avaliação do projeto Bem-Me-Quer .....	197
Anexo XXIII – Panfleto: Febre .....	203
Anexo XXIV – Panfleto: Bronquiolite .....	207
Anexo XXV – Guia de Bolso (0-18meses) .....	211
Anexo XXVI – Guia de Bolso (18meses-18 anos).....	215
Anexo XXVII – Escala de EDIN.....	219
Anexo XXVIII – Protocolo de utilização de sacarose a 24%, na UCIN .....	223
Anexo XXIX – Escalas de Avaliação de dor .....	227
Anexo XXX – Sessão temática “Sono e Repouso” .....	231
Anexo XXXI – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável”. 241	
Anexo XXXII – Sessão de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável” .....	245
Anexo XXXIII – Questionário de avaliação de conhecimentos .....	259
Anexo XXXIV – Questionário de avaliação da sessão.....	263
Anexo XXXV – Representação dos resultados obtidos e respetiva reflexão.....	267
Anexo XXXVI – Check-List de integração na UCIN .....	275
Anexo XXXVII – Encontro temático das CPCJ’s.....	279
Anexo XXXVIII – Encontro de Pediatria “Perturbações do desenvolvimento” .....	283
Anexo XXXIX – Informação da Sessão da formação a pares .....	287
Anexo XL – Ação de Formação “ Infeção associada a cuidados de saúde e tipos de isolamento .....	291
Anexo XLI – Plano da Sessão da formação a pares .....	301
Anexo XLII – Questionário da Sessão da formação a pares.....	305
Anexo XLIII – Placas Identificativas dos tipos de isolamento .....	309
Anexo XLIV – Orientação para as famílias e doente isolado .....	314
Anexo XLV – Carta de Permissão de consulta de dados.....	321
Anexo XLVI – Esboço do Pré-projeto.....	325
Anexo XLVII – Inscrição no congresso internacional de cuidados paliativos .....	341



## 0. Introdução

Vivemos num mundo em constante mudança em que, através da aprendizagem conseguimos dar respostas adequadas e eficazes a novas situações, mobilizando conhecimentos e tendo em conta as experiências anteriores. Prestar cuidados de enfermagem à criança, e tendo em conta que esta é um ser vulnerável, em desenvolvimento, que busca a aquisição de novas competências, não é tarefa fácil o que exige do profissional de enfermagem respostas adequadas e especializadas, tendo em conta a sua especificidade. É neste sentido que se torna pertinente a formação contínua com vista à integração de novos conhecimentos, como resposta às mudanças. Como refere (Hesben, 2000 p. 138) *“A formação contínua é a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro, e para as «coisas da vida», bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de Enfermagem”*.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, surge a elaboração deste relatório como resposta ao percurso realizado nos diferentes contextos assistenciais, com o objetivo de adquirir competências que possibilitem a prestação de cuidados especializados ao recém-nascido (RN), criança e adolescente direcionado para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença.

O estágio é um complemento imprescindível do ensino teórico, possibilitando a mobilização, integração e aplicação prática de saberes. Ao longo dos módulos de estágio, adquiri e aprofundei competências nas variadas áreas do saber, características do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), refletindo criticamente sobre todas as experiências vividas ao longo desta caminhada.

O Plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (UCP, 2011) subdivide a Unidade Curricular Estágio em três módulos, nomeadamente:

- Módulo I – Saúde Infantil;

- Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica;
- Módulo III – Serviço de Urgência (SU) Pediátrico e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Ao longo dos módulos de estágio e de acordo com o plano anteriormente citado, demonstrei capacidade em:

- *“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) ”;*
- *“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”;*
- *“Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade”.*

A orientação pedagógica esteve a cargo da Professora Constança Festas, sendo o acompanhamento tutorial ao longo de todos os módulos de estágio, realizado por EEESIP.

É pertinente referir, que a minha área de prestação de cuidados de enfermagem, se encontra bem distante do meu curso de especialização uma vez que exerço funções num serviço de Medicina (internamento) pelo que, inicialmente, a experiência com crianças e jovens era praticamente nula. Desta forma, apesar de este constituir um grande desafio e uma tarefa extremamente complicada, exigindo um esforço acrescido da minha parte, com imensa gratidão dei asas à concretização de um sonho, à muito idealizado. Sem dúvida que os momentos de estágio foram excelentes meios de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional.

O presente relatório tem como objetivos:

- Descrever, de forma crítica, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, de modo a demonstrar a aquisição de competências específicas do EEESIP;

- Permitir todo um processo crítico-reflexivo das experiências vividas;
- Constituir um meio de avaliação.

Na realização deste relatório, a metodologia utilizada foi essencialmente descritivo-reflexiva, encontrando-se o mesmo estruturado em 3 partes: na primeira parte é feita a contextualização dos locais de estágio; na segunda parte é feita uma abordagem às competências adquiridas ao longo do módulo de estágio, tendo por base os objetivos específicos traçados, as atividades realizadas e respetiva análise crítica e por fim na terceira parte faço uma pequena conclusão.



## 1. Contextualização dos locais de estágio

O estágio constitui um momento único de aprendizagem e conhecimentos, complementando o ensino teórico de forma única e indiscutível. Este possibilita a mobilização, integração e aplicação prática de saberes, determinantes para um crescimento pessoal e profissional e consequentemente para uma melhoria dos cuidados prestados. Enquanto unidade curricular, e de acordo com o Plano de Estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem, estes foram realizados em locais previamente escolhidos pelos alunos e aceites pelas professoras orientadoras, sendo o mesmo tutorado por EEESIP com experiência profissional relevante para a aprendizagem pessoal e profissional.

Esta unidade curricular comporta 30 ECTS, dividido por três módulos, de modo a contemplar um total de 750 horas: 540 horas de contacto e 210 horas destinadas a trabalho individual. A distribuição pelos respetivos módulos e locais de estágio encontra-se representado pelo anexo I.

O **Módulo I** possibilitou a prestação de cuidados de saúde primários à criança e respetiva família, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença. O local de estágio escolhido foi o Centro de Saúde (CS) de São Mamede de Infesta. Para a escolha desta instituição contribuiu exclusivamente a localização (o mais perto do meu local de trabalho), de forma a facilitar as deslocações e rentabilizar o tempo disponível. Contudo e apesar de algumas intercorrências externas, a realização do módulo neste local ficou indisponível, pelo que houve necessidade de ser redistribuída por um local que possibilitasse a integração de mais do que um aluno, num mesmo período, recaindo os critérios para o Centro de Saúde da Senhora da Hora (CSSH). Esta escolha foi do meu agrado, igualmente pela localização e pela diversidade de experiências proporcionadas. O facto de ter realizado este módulo na companhia de outra colega possibilitou a partilha de experiências e apoio incondicional.

O **Módulo II** corresponde ao internamento de Pediatria que decorreu no Centro Hospitalar São João (CHSJ), EPE. O objetivo geral deste momento de estágio consistiu na prestação de cuidados de saúde a crianças com problemas de saúde agudo e/ou crónico, bem como doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos. A escolha deste local deveu-se ao

facto de, para além de ser o meu local de trabalho, este ser considerado o maior Hospital da Região Norte, abrangendo um elevado número de utentes, o que proporcionou um número elevado de experiências.

O **Módulo III** compreende o SU e a UCIN. Estes foram realizados no CHSJ, EPE. Uma vez mais a escolha centra-se no facto de este ser o meu local de trabalho e de o mesmo ser uma referência, na região Norte. Ao abranger uma grande área, engloba um número elevado de crianças, possibilitando uma gama variada de situações e conseqüentemente uma experiência extremamente enriquecedora. Acrescento ainda o facto do SU Pediátrico do CHSJ, constituir o serviço de referência, no que concerne ao atendimento pediátrico urgente nesta zona. O SU tem em vista o atendimento de crianças e adolescentes com problemas de saúde súbitos e urgentes, tendo por base o Sistema de Triagem Pediátrica, que é da responsabilidade única e exclusiva dos Enfermeiros. Por sua vez, a UCIN possibilitou a prestação de cuidados específicos ao recém-nascido em situações de grande complexidade.

A distribuição pelos respetivos módulos de estágio, não foi de todo realizada de forma aleatória, mas de acordo com uma organização pessoal, efetivada de forma estruturada tendo em conta que a minha prestação de cuidados se encontra bem distante da área de Saúde Infantil e Pediátrica (SIP). Assim sendo e tendo em conta as disponibilidades existentes nos campos de estágio elegi o módulo III como sendo o primeiro a realizar, pois sem dúvida seria aquele que mais ansiedade me traria tendo em conta a panóplia de situações complexas que o mesmo compreende, exigindo um maior investimento da minha parte. Por sua vez o módulo I, e tendo por base os conteúdos lecionados ao longo de todo um período teórico, seria aquele que facilmente seria por mim aceite e aquele que mais prazeroso seria, tendo em conta a diversidade de projetos e o objetivo central dos cuidados de saúde primários (CSP). Por exclusão de partes, o módulo II seria realizado interpondo o módulo I e III, sendo o que mais se assemelharia à minha prática tendo em conta a prestação de cuidados de saúde ao cliente com problemas de saúde agudo e/ou crónico, bem como doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos. Apesar de esta ter sido considerada por mim, inicialmente, a distribuição ideal a realizar tendo em conta a minha experiência na área de especialidade, finda esta longa caminhada penso que a realização respectivamente do módulo I, II e III, seria mais pertinente, tendo em conta os conhecimentos e competências adquiridas bem como facilidade de adaptação e integração

nos diferentes contextos assistenciais.

A atuação do Enfermeiro Especialista (EE) no que concerne à prestação de cuidados de saúde primários é bem distinta dos que são prestados em ambiente hospital. O CS representa o primeiro contacto com os sistemas de saúde, em que o Enfermeiro (Enf<sup>o</sup>) atua com vista à promoção da saúde e prevenção da doença no ambiente próprio de cada indivíduo. Por sua vez aquando da prestação de cuidados diferenciados e especializados à criança/família em meio hospitalar, este é confrontado com outras exigências, associadas ao facto de estes se encontrarem fora do seu ambiente natural. O Enf<sup>o</sup> terá de ser capaz de lidar e gerir este tipo de situações, de forma a minimizar o impacto da hospitalização, promovendo a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento do RN/criança/jovem e família, logo maximização do seu estado de saúde.



## **2. Em busca de um sonho**

Desde 2006, que iniciei esta longa mas gratificante caminhada, que representa o facto de ser Enfermeira. Este título sugestivo tenta dar resposta a uma necessidade por mim encontrada, ao longo de todos estes anos, mas que até ao momento não foi possível concretizar. Refiro-me ao facto de exercer funções num internamento em que presto cuidados de Enfermagem a adultos, uma área bem distante da minha área de especialização. Ao longo do meu percurso profissional, apenas tive contacto com a área de SIP, no curso de licenciatura, experiência essa, que me deixou bastante apaixonada e na qual não tivera oportunidade de ingressar. Contudo, existem momentos da nossa existência em que somos confrontados com determinadas situações que nos obrigam a escolher entre um caminho e o outro, decisão essa que nos afeta para o resto da vida. Apesar de exercer com agrado e profissionalismo a minha profissão, não me sinto completamente satisfeita e realizada, uma vez que o meu sonho sempre foi exercer funções na área de Pediatria. Desta forma decidi partir em busca deste meu “pequeno” sonho, especializando-me na área de SIP, procurando assim fazer o percurso inverso ao que habitualmente é feito, ou seja a especialização na sua área de prestação de cuidados.

O desafio começou em outubro de 2011, momento a partir do qual a minha vida mudou. Deste o início que soube que este desafio não seria fácil, mas que com muita motivação e determinação seria concretizável. Aqui estou eu, satisfeita por ter dado este passo determinante na minha vida, em que os estágios e todas as pessoas com as quais me cruzei ao longo deste percurso constituíram excelentes meios de aprendizagem e fontes de enriquecimento pessoal e profissional.

### **2.1 Competências adquiridas ao longo dos diferentes contextos assistenciais**

Ao longo dos tempos, a profissão de Enfermagem têm sofrido algumas alterações no que concerne à necessidade de produzir conhecimento válido, que apenas poderá ser adquirido tendo por base a prática baseada na evidência, ou seja através da investigação. De igual

modo, só recorrendo à formação, é possível prestar cuidados especializados e, consequentemente, de qualidade.

O REPE define EE como o *“enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (REPE, 1996 p. 3). O cuidar em Enfermagem implica o desenvolvimento de determinadas competências específicas na sua área de especialidade, que resulta não só de um conhecimento adquirido, mas igualmente como forma de adaptação a novas realidades e processos de mudança. Define-se competência como *“um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”* (OE, 2003 p. 188). Assim sendo, o EE deverá desenvolver um conjunto de competências, as quais podem ser agrupadas em 4 âmbitos de atuação ou domínios, nomeadamente na área da gestão, formação em Enfermagem, investigação em Enfermagem e prestação dos cuidados de Enfermagem. O mesmo é comprovado pelo artigo 9º do REPE ao referir que *“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem (...) atualização e valorização da profissão de enfermagem”*.

O Plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com EESIP (anexo II) define três objetivos gerais, que pretendem orientar as 29 competências a desenvolver no âmbito dos domínios anteriormente citados. De forma a facilitar a compreensão de todo este percurso, com vista à aquisição de competências na área de especialidade, este subcapítulo será organizado tendo em conta os objetivos específicos delineados para dar resposta às competências definidas; as atividades executadas para a concretização dos objetivos definidos bem como uma análise reflexiva do percurso realizado, ao longo de um processo de aprendizagem.

### **2.1.1 Domínio da Prestação de cuidados**

O domínio da prestação de cuidados é sem dúvida aquele, em que se encontra bem visível a atuação do En<sup>º</sup>, evidenciando a prestação de cuidados diferenciados na sua área de especialidade. Com a afirmação anteriormente citada, não pretendo desvalorizar a sua

atuação, no que respeita aos restantes domínios.

A Enfermagem na área de SIP, e de acordo com (OE, 2010), procura promover a saúde e prevenir a doença, bem como maximizar o potencial desenvolvimento da criança, ao longo de todas as etapas de vida, complementando a definição do REPE (artigo 4º) que define a Enfermagem como “*a profissão que, na sua área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado (...)*”. Tal só é possível através de um conhecimento válido, em que a criança é encarada como elemento individual e digno, em constante crescimento e adaptação, numa busca constante pela sua autonomia e responsabilidade, em permanente interação com o meio e inserida numa família/comunidade. Desta forma, torna-se pertinente referir a importância do cuidar, na medida em que é o alicerce de toda e qualquer relação de ajuda e consequentemente inerte à ação e atitude dos profissionais, aquando da prestação de cuidados.

Cuidar, na visão de (Hesben, 2000) é a “atenção cuidada” que é proporcionada a outra pessoa e que se encontra numa situação delicada, de forma a proporcionar o seu bem-estar. Cuidar da criança implica igualmente cuidar da família, tendo em conta todos os valores, crenças, sentimentos e cultura inerentes a esta unidade funcional.

### **Competências Adquiridas**

- ✓ *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*

**Objetivo:** Conhecer a estrutura física, orgânica, metodologia e dinâmica funcional dos diferentes contextos assistenciais.

### **Atividades desenvolvidas**

- Visitei, conjuntamente com Enf<sup>o</sup> Chefe e/ou Enf<sup>a</sup> Orientadora, os diferentes locais de estágio;
- Analisei o espaço físico dos locais de estágio e sua adequação à população pediátrica;
- Compreendi a dinâmica organizacional da instituição e/ou serviço;
- Observei a metodologia de trabalho e modelo adotado para a prestação de cuidados,

nas diferentes equipas multidisciplinares;

- Solicitei o apoio das equipas, sempre que necessário;
- Consultei e analisei toda a documentação existente (normas de atuação, protocolos, planos de ação, manuais de integração, entre outros);
- Conheci o processo de articulação existente com outros serviços e/ou instituições (unidade hospitalar, comunidade, instituições de apoio à criança (...));
- Integrei progressivamente a equipa multidisciplinar;
- Compreendi o papel do EEESIP, nos diferentes contextos.

### **Reflexão**

Uma adequada prestação de cuidados só será possível após conhecimento prévio da estrutura e orgânica funcional de um serviço, bem como da metodologia e modelo adotado por uma equipa. Posto isto, o 1º dia de estágio em cada um dos locais e respetiva integração na equipa multidisciplinar, foram determinantes para o sucesso de cada novo desafio.

A visita às instalações de cada local foi efetivada pelo Enfº Chefe ou Orientador, sendo este processo de integração realizado de forma semelhante em todos os locais, à exceção do estágio efetuado no âmbito de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Neste local e porque existe uma estrita relação com a unidade hospitalar, o acolhimento foi realizado no Hospital Pedro Hispano, sendo pertinente toda a receção efetuada em prol da estrutura física e orgânica funcional da Unidade Local de Saúde (ULS) e bem como da importância dada às normas de controlo de infeção da instituição. Contrariamente ao que era pretendido o acolhimento no CSSH ficou um pouco aquém das expectativas, exigindo da minha parte uma compreensão própria do local e uma procura constante. A realçar o facto da integração no estágio de módulo III, ter estado sujeito ao fator tempo, o que exigiu uma adaptação rápida e um culminar de vários sentimentos e emoções, dada a especificidade dos contextos.

Independentemente do local de estágio foi crucial a consulta de todo o tipo de documentos disponíveis, bem como a forma que fui recebida por todos os elementos que compõe as equipas, demonstrando disponibilidade, respeito, compreensão e empatia, aquando da receção de qualquer novo elemento.

Estruturalmente, e de uma forma global, tendo em conta as várias especificidades de cada local, as quais estão descritas no anexo III, denotei uma adequação e adaptação de recursos à população pediátrica, bem como aos cuidados prestados em cada contexto assistencial. A realçar o SU, que dispõe de uma estrutura bastante convidativa para as crianças, tornando menos “pesado” o objetivo a que se destina e a unidade de internamento do Hospital Pediátrico Integrado do São João (HPISJ), que beneficia de uma sala, designada FNAC que representa um dos espaços mais “cativantes” do serviço de pediatria, onde a criança e adolescente têm ao seu dispor uma diversidade de atividades lúdicas que possibilita o atenuar do impacto associado à doença e hospitalização; a considerar ainda o facto de que esta unidade apesar de funcionar em instalações provisórias, melhorou em muito a prestação de cuidados de saúde a crianças com problemas de saúde agudo e/ou crónico, bem como doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos. Tendo em conta, que concedi o aleitamento materno, como foco fundamental na área de SIP, considero importante referir a não existência de um Cantinho de Amamentação (CA) num dos contextos de estágio, ou seja no CSSH e uma localização desadequada deste espaço (CA), nos restantes locais de estágio nomeadamente SU, UCIN e unidade de internamento.

A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem na Unidade de Saúde Familiar (USF), do CSSH tem por base o método de Enf<sup>o</sup> de família, que presta cuidados de saúde personalizados à população abrangida, garantindo acessibilidade, qualidade e continuidade nos cuidados prestados, enquanto na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) o trabalho realizado têm por base a intervenção a nível de projetos especializados, nas diversas áreas de intervenção. No SU, o método de trabalho usado é o método por tarefa, sendo cada Enf<sup>o</sup> distribuído para um posto de trabalho específico. Nos restantes locais (UCIN, e internamento) o método de trabalho adotado é o método individual. A realçar o facto, de que independentemente do método de trabalho adotado pelas equipas, é evidente o trabalho em equipa e inter-ajuda presentes.

O princípio básico da prestação de cuidados ao RN/criança/adolescente, em todos os contextos de estágio foi o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que promove o bem-estar de todos os intervenientes e a cooperação dos mesmos na prestação de cuidados, o que beneficiará de uma continuidade dos mesmos. Esta continuidade de cuidados é conseguida igualmente através da articulação existente entre os CSP, unidade hospitalar e comunidade, fundamentada em orientações fornecidas pelos diferentes serviços, sendo o

Enf<sup>o</sup> responsável pelo adequado processo de articulação.

Após conhecimento de cada contexto assistencial e oportunidades de aprendizagem, elaborei, o mais precocemente possível, o horário a realizar (Anexo IV) e defini os objetivos pessoais (Anexo V), tendo como linha orientadora as competências delineadas no plano de estudos.

### **Competências Adquiridas**

- ✓ *Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*
- ✓ *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EESIP;*
- ✓ *Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica;*
- ✓ *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*
- ✓ *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.*

### **Objetivos:**

Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/família, nos diferentes contextos, segundo a metodologia do processo de enfermagem.

Analisar o impacto da doença/hospitalização na criança/família, promovendo a sua adaptação a este processo de transição.

### **Atividades desenvolvidas**

- Mobilizei conhecimentos teóricos e práticos, fundamentados na prática baseada na evidência e na formação em enfermagem;
- Realizei pesquisa bibliográfica pertinente para uma adequada prestação de cuidados, nos diferentes contextos assistenciais;
- Estabeleci uma relação terapêutica e de parceria com a criança e família;
- Acolhi eficazmente a criança/família, nas diferentes unidades de saúde;
- Prestei cuidados especializados à criança/família, nos diferentes contextos de estágio, segundo metodologia do processo de enfermagem;
- Analisei os focos da prática, sensíveis aos cuidados de enfermagem;

- Observei e realizei triagem à criança/família;
- Maximizei o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/família;
- Minimizei as consequências nefastas da doença/hospitalização na criança/família;
- Promovi a adaptação da criança/família ao diagnóstico de doença crónica, oncológica ou deficiência/incapacidade;
- Participei e realizei consultas de SIJ;
- Realizei vacinação a crianças e jovens;
- Participei em visitas ao RN e família;
- Participei nas sessões de massagem infantil;
- Realizei ensinamentos à criança, jovem e família, respondendo adequadamente às necessidades referidas pelos mesmos e por mim identificadas;
- Elaborei documentos de apoio e de complemento aos ensinamentos realizados;
- Utilizei a linguagem CIPE, recorrendo ao sistema informático SAPE e SINUS para documentar a assistência à criança/família;
- Preparei a alta da criança/família, atempadamente e de forma sistemática;
- Promovi a articulação entre as diferentes unidades de saúde e comunidade.

### **Reflexão**

O EE é o profissional responsável pela prestação de cuidados diferenciados e especializados na sua área de atuação, com vista à aquisição de cuidados de qualidade, na medida em que a enfermagem é *“a profissão que na área da saúde, têm como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital (...) ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível”* (REPE, 1996 p. 3), o que complementa a especificidade inerente à enfermagem na área de SIP.

A prestação de cuidados em Enfermagem Pediátrica tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção da doença, bem como a maximização do potencial desenvolvimento da criança, ao longo de todas as etapas de vida, centrada no binómio criança/família. Foi com base nestes pressupostos que ao longo de todos os contextos de estágio, realidades tão distintas e diversificadas, prestei cuidados ao RN/criança/adolescente, recorrendo ao processo de enfermagem como ferramenta essencial, na minha prática de cuidados. De acordo com (Hockenberry, et al., 2011) é através do processo de enfermagem que o Enfº

consegue identificar no seu cliente uma necessidade/problema, recorrendo a um conjunto de estratégias/ recursos eficazes para a resolução do mesmo. Ao longo dos diferentes contextos assistências, colhi dados pertinentes na avaliação inicial, identifiquei diagnósticos de enfermagem, planei com a criança/família a elaboração de um plano de cuidados individualizado, implementei as estratégias de Enfermagem, efetuando posteriormente a avaliação, com base na análise das estratégias usadas e resultados obtidos.

Face à especificidade de cada contexto de estágio, foi determinante a aquisição de conhecimentos no que respeita à dinâmica e orgânica funcional, e uma integração efetiva na equipa multidisciplinar, bem como a mobilização constante de conhecimentos teóricos e práticos, fundamentados na prática baseada na evidência e na formação contínua. Igualmente importante foi o desenvolvimento de uma relação terapêutica com a criança e família, cujos “ingredientes” fundamentais foram o conhecimento, empatia, humildade, honestidade, respeito, confiança, segurança, coragem e esperança. Os ensinamentos realizados foram uma constante, de forma a dar resposta às lacunas identificadas e necessidades expressas pelos pais.

O acolhimento da criança/família constitui o momento chave para o estabelecimento da relação de ajuda. Pude constatar que apenas na UCIN existe um documento que complementa o acolhimento efectuado pelos profissionais (Anexo VI).

A realidade dos CSP é bem distinta dos cuidados prestados a nível hospitalar, na medida em que o Enf<sup>o</sup> confronta-se com crianças saudáveis, sendo desde logo o contacto com as mesmas e respetiva família facilitado. Os CSP são *“o primeiro contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham”* (OE, 2008 p. 1). De acordo com o mesmo autor, os enfermeiros são sem dúvida o principal grupo de profissionais de saúde a prestar CSP, responsáveis pela promoção da saúde da população, a prevenção da doença e a gestão da mesma ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, surgindo neste sentido a pertinência da realização do estágio, no âmbito da SIP, sendo diversificada a minha prestação tendo em conta a diversidade de atividades planeadas.

Em contexto de CSP, foi de grande relevância a aquisição de competências no âmbito da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ), baseando-se a minha prática nos pressupostos

citados no Programa Tipo de Actuação proposto pela DGS (Direcção Geral de Saúde). Ao longo do estágio tive oportunidade de **participar e realizar um total de 26 consultas de SIJ**, as quais se encontram definidas no anexo VII, representando o momento ideal para vigiar e avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, perceber a relação entre criança-família, reforçando competências parentais, promover o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV), identificar situações delicadas que exigissem por parte do profissional outro tipo de atuação, bem como sensibilizar criança, jovem e família para a importância de uma vigilância adequada da saúde para a prevenção de problemas e complicações futuras. Torna-se determinante a nossa prestação na saúde e bem-estar da criança e sua família, já que *“a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços”* (DGS, 2005 p. 6), devendo esta atuação ser realizada por profissionais com conhecimentos e formação específica na área de SIP, o qual não foi visualizado em contexto de CSP, sendo as mesmas realizadas maioritariamente pelo En<sup>o</sup> de família. Ao longo das consultas realizadas, o acolhimento da criança/família foi determinante, pelo que tive sempre a preocupação de me apresentar como enfermeira, de momento em estágio, estabelecendo desde logo uma relação empática e recorrendo a uma diversidade de estratégias de comunicação de forma a chegar mais facilmente à criança/ família, tendo em conta todas as particularidades da mesma.

Ao longo das consultas de SIJ, beneficiei igualmente dos momentos em que as mesmas coincidiram com as idades chave para a vacinação, evitando incumprimentos no PNV. A minha intervenção nesta área esteve sempre subjacente ao facto da maioria dos pais desconhecer as alterações no novo PNV, pelo que os elucidei para a sua existência e para a importância do plano de vacinação atualizado na saúde dos seus filhos. Além disso centrei a minha atuação nos ensinamentos acerca das possíveis reações pós-vacinais e forma de atuação. Uma vez mais considero imprescindível a existência de EE na área de SIP em CSP na medida em que é durante a infância que se administra o maior número de vacinas. Ao longo do estágio tive oportunidade de **vacinar 44 crianças/jovens**, as quais se encontram enunciadas no anexo VIII. As vacinas administradas, tanto as inseridas no PNV como as vacinas extraplano foram realizadas em contexto de consulta SIJ bem como aquando da ida à casa do caminho. Foi com agrado que verifiquei a preocupação constante da família em manter o PNV dos seus filhos atualizado bem como a responsabilização dos jovens na tomada de decisão face à sua saúde, pelo que não fui confrontada com nenhum PNV

desatualizado.

O estágio em CSP, mais propriamente na UCC, possibilitou-me o contacto privilegiado com o Projeto Bem-Me-Quer, um projeto bastante rico cuja finalidade é contribuir para a transição saudável para a parentalidade, bem como promover a saúde da criança, desde o nascimento à adolescência. Além do mais possibilita a intervenção conjunta de profissionais especializados na área de saúde materna e infantil, prestando cuidados especializados, diferenciados e integrados, centrados numa melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Sem dúvida que a temática “Parentalidade”, a qual será abordada posteriormente, constitui um tema merecedor da atenção por parte dos profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros, responsáveis por promover o desenvolvimento adequado dos papéis parentais, uma vez que interfere em muito no adequado crescimento e desenvolvimento da criança. Foi no âmbito da realização deste projeto intervi no âmbito da massagem infantil (MI) e na visita domiciliária ao RN e família.

Tive oportunidade de **assistir e participar em 3 sessões de MI**, testemunhando os benefícios da mesma no que concerne à promoção do relaxamento, segurança e conforto, bem-estar, fortalecimento da relação criança-pais, alívio das cólicas e perturbações do sono (dois dos problemas mais identificados pelos pais), bem como promoção de competências parentais. As sessões de MI foram o momento propício para esclarecimento de algumas dúvidas e realização de ensinamentos oportunos, no respeito à amamentação, desenvolvimento e crescimento, vacinação, prevenção de acidentes e mesmo acerca do planeamento familiar. Por outro lado as sessões de MI possibilitam uma partilha de experiências entre os pais, fundamentais à aquisição de autonomia e segurança por parte dos mesmos. O facto da Enf<sup>ª</sup> Orientadora ser Conselheira de Amamentação e Instrutora de MI Shantala e Reflexologia Tui-Na Pediátrica, foi uma mais-valia quer para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como para as crianças/pais aos quais foram prestados cuidados.

A visita domiciliária é determinante para a promoção da parentalidade e igualmente para a continuidade dos cuidados. O profissional, que faz a visita domiciliária, têm a possibilidade de avaliar até que ponto a sua intervenção ao longo das sessões realizadas no âmbito do projeto Bem-Me-Quer, foi eficaz. Ao longo do estágio apenas tive oportunidade de **realizar visita domiciliária a um RN de termo**, com 11 dias de vida, em que permaneciam algumas dúvidas quanto ao estabelecimento da amamentação. Desta forma, este constitui momento ideal para reforçar ideias, esclarecer dúvidas e realizar ensinamentos

oportunos, permitindo igualmente a avaliação de competências parentais no seu meio natural (o domicílio), em que nos apercebemos da realidade em que a família vive e com que tipo de apoios pode contar. Interessante foi o facto de ter estabelecido contacto com esta mãe nas aulas de preparação para o parto, inseridas no projeto Bem-Me-Quer, o que facilita a interação com a mesma, pois não somos de todo pessoas estranhas.

Em ambiente hospital, a minha prestação de cuidados foi realizada no CHSJ, em contextos extremamente ricos e diversificados, como o SU Pediátrico, UCIN e internamento em Pediatria (Pediatria A).

A hospitalização da criança representa uma das primeiras crises com que esta se depara, encontrando-se especialmente vulnerável a este acontecimento. Esta sente extrema dificuldade em aceitar as restrições que a hospitalização exige, nomeadamente o ambiente desconhecido, a alimentação, os procedimentos muitas vezes dolorosos, entre muitas outras coisas (Jorge, 2004). Contudo, a hospitalização influencia não só a vida da criança mas também toda uma dinâmica familiar. A família vivencia culpa, raiva, descrença, sofrimento, dor, medo, ansiedade, frustração, considerando com frequência que falharam no seu papel parental. Barros (2003), citado por (Tavares, 2011) acrescenta ainda que os pais face ao internamento da criança assumem uma multiplicidade de papéis muitas vezes difíceis de gerir (vida profissional, dúvidas/receio face à situação da criança internada, gestão do quotidiano, educação de outros filhos). Desta forma, a *“família necessita mobilizar recursos internos e externos para responder a esta situação mais ou menos inesperada”* (Jorge, 2004 p. 41). Consciente desta realidade, fui mediadora destes pais, ajudando e apoiando na tomada de situações e na identificação dos fatores responsáveis pelo impacto negativo da hospitalização na criança, os quais incluem a separação, perda de controlo, a lesão corporal e a dor, fatores esses que podem ser influenciados pela idade e estágio desenvolvimento (Anexo IX). (Hockenberry, et al., 2011) .

De forma a minimizar os efeitos negativos da hospitalização, incitei a presença dos pais de forma contínua, envolvendo-os nos cuidados sempre que possível e quando tal fosse desejável pelos mesmos. Adequando à idade da criança/jovem foi determinante a partilha com o grupo de pares, sempre que o jovem assim o entendeu. De igual modo aconselhei os pais, sempre que possível a trazer objetos/brinquedos significativos que de certa forma ajudassem a criança/jovem a ultrapassar as dificuldades adjacentes a esta nova crise no seu ciclo de vida. Como nos diz (Hockenberry, et al., 2011 p. 687), *“Um ambiente familiar*

*também melhora o ajuste da criança à separação.” “ (...) eles devem deixar objetos preferidos de casa, como cobertor, brinquedos, mamadeiras, talheres, ou roupas”;* reduzi ao máximo a perda de controlo por parte da criança e jovem de forma a manter as rotinas o mais próximo possível do seu ambiente habitual, nomeadamente no horário das refeições, lazer, sono entre muitos outros, o que exigiu da minha parte uma certa flexibilidade no respeito ao tempo disponibilizado. Igualmente importante foi, o permitir à criança a tomada de decisões relativamente às suas atividades, aos tratamentos e procedimentos, reduzindo desta forma a sua dependência e atenuando o sentimento de perda de controlo. O medo da lesão corporal e a dor representam os maiores fatores de stress, sendo que *“Todas as crianças recebem a lesão corporal por mutilação, invasão corporal, mudanças na imagem corporal, incapacidade ou morte”* (Hockenberry, et al., 2011 p. 689). Desta forma aquando de qualquer procedimento ou tratamento, preparei a criança para o mesmo (recorrendo a uma linguagem adequada à idade), incentivando a presença da pessoa ou objeto significativo, e procurando obter a sua cooperação. Recorri a medidas farmacológicas sempre que necessário e às medidas não-farmacológicas de forma permanente.

Apesar de tudo o que foi dito anteriormente em relação à hospitalização, considerei igualmente este acontecimento como benéfico, maximizando o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/família bem considerando um excelente meio favorecedor à socialização. Desta forma, promovi atividades apropriadas à idade e etapa de desenvolvimento, facilitei a expressão de sentimentos e emoções, adequiei os espaços existentes, incitei à partilha de experiências e conhecimentos, promovi oportunidades educacionais, entre muitas outras coisas. Sem dúvida que associações de apoio à criança internada, tais como os palhaços da Operação Nariz Vermelho, a missão acreditar e outras associações que promovem a realização de teatros e outro tipo de atividades (música, momento do conto...), permitiram verdadeiros momentos de lazer.

No internamento de pediatria, realizei o **acolhimento de 10 crianças e respetiva família; preparei o regresso a casa de 6 crianças/famílias e prestei cuidados especializados a 89 crianças** nas mais variadas situações, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem. Os motivos mais frequentes de internamento, tendo em conta as diversas especialidades foram: gastroenterites, insuficiência respiratória, febre, convulsões, doenças metabólicas, artrites sépticas, tratamento a escolioses, politraumatizados, criança

oncológica a realizar quimioterapia, entre muitos outros.

Este contexto de estágio possibilitou o contacto frequente com situações de doença crónica, o que exigiu uma atenção particular da minha parte e a aquisição de novas competências. Segundo (Hockenberry, et al., 2011 p. 596), *“Os profissionais podem ajudar as famílias (...) dando apoio emocional (...) ajudando no desenvolvimento de mecanismos de adaptação (...) trabalhando em colaboração com os pais para que se tornem capacitados no processo”*. Foi de acordo com estas linhas orientadoras que baseei a minha atuação, apoiando a criança e família; prestando todo o tipo de ensinamentos necessários; envolvendo-os nos cuidados e na tomada de decisões, recorrendo a uma atitude empática; estabelecendo articulação com os recursos da comunidade, de forma a dar continuidade aos mesmos. A carta de transferência e o contacto telefónico para os CSP foram decisivos para esta continuidade.

Foi-me possível prestar cuidados de saúde a crianças com problemas médicos e/ou cirúrgicos, acompanhando a criança/família, ao bloco operatório, sendo confrontada com o receio e ansiedade adjacente, exigindo uma capacidade de gerir sentimentos e emoções além de estabelecer o ponto de ligação entre o local de partida e o de destino, bem como o inverso. No Hospital de dia, local mais direcionado para a ortopedia infantil, após regresso a casa e como forma de dar continuidade aos cuidados, tive oportunidade de realizar todo o tipo de tratamentos. Durante estes procedimentos foi com frequência que verifiquei a falta de coerência na realização de tratamento a feridas e dúvidas quanto ao produto a utilizar em determinada situação, pelo que a elaborei uma tabela de material de pensos (Anexo X), sem dúvida uma mais-valia na uniformização dos cuidados prestados.

O SU Pediátrico possibilitou o contacto com uma diversidade de situações específicas e uma panóplia de experiências, em que a maior dificuldade sentida se relacionou com o facto de não conseguir ter um controlo do número de crianças. A afluência ao SU é grande e muitas vezes perdemos a noção de onde se encontram as crianças, se as mesmas já foram observadas, as que estão ausentes para realização de exames e as que aguardam reavaliação para posteriormente terem alta ou ficarem internadas. Dada a multiplicidade de causas de vinda a um SU, não me faltaram oportunidades de aprendizagem e uma atuação diversificada nas diferentes áreas de atendimento à criança (sala de triagem, sala de emergência, sala de pequena cirurgia, gabinete de enfermagem e OBS), compreendendo a importância do EE, enquanto elemento detentor de competências técnicas e científicas que

le são exigidas, face à necessidade de uma atuação rápida e eficaz. **Assisti cerca 60 crianças/família** em contexto de SU Pediátrico, sendo as intervenções de enfermagem realizadas, dependentes das áreas de atendimento específicas do respetivo contexto assistencial. Identifiquei como principais causas de ida ao SU as urgências respiratórias, neurológicas, gastrointestinais e geniturinárias, as quedas, acidentes de viação, acidentes de trabalho e os acidentes pessoais. Não menos importante, mas em número inferior às causas identificadas anteriormente, os casos de febre, as quedas, intoxicações por ingestão medicamentosa, tentativas de suicídio e queixas álgicas, por vezes inespecíficas, representaram igualmente o centro da minha atenção. Os focos decorrentes das situações supracitadas foram a **dispneia, dor, o expectorar, papel parental, alteração do comportamento, vômito, febre e diarreia**. No anexo XI, e de forma pormenorizada, são identificados os principais motivos de vinda ao SU, focos adjacentes e intervenções de enfermagem realizadas.

O sistema de triagem utilizado é o *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)*, um sistema contínuo e minucioso no que concerne à avaliação da criança/jovem, segundo critérios criteriosos que englobam a aplicação do triângulo pediátrico, avaliação dos dados subjetivos/queixa principal e por fim avaliação dos parâmetros vitais. Inicialmente observei a Enf<sup>a</sup> Orientadora na realização da triagem, assumindo posteriormente esta função, com supervisão. Desta forma **realizei a triagem a 52 crianças/família**, sendo com frequência necessário proceder a uma triagem avançada, nomeadamente administração de antipirético a crianças com febre, analgésicos em casos de dor leve a moderada e administração de soro de reidratação oral, em caso de diarreia. Após triagem, a reavaliação da criança até observação pela equipa médica foi uma constante. Sem dúvida que consegui perceber, aquando da realização da triagem, a necessidade de a mesma ser realizada pelo EE ou Enf<sup>o</sup> com uma grande experiência em Pediatria (mínimo de 3 anos). É necessária toda uma capacidade comunicacional e organizativa bem como a capacidade de trabalhar em stress e sob contante pressão. Sem dúvida que adquiri competências na prestação de cuidados apropriados, no que concerne ao reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais, na gestão de conflitos e controlo da situação.

A UCIN representou o maior dos meus desafios ao longo deste meu percurso de aprendizagens e aquisição de competências, dada a especificidade desta unidade. Evoluí de

um processo de observação para uma participação ativa com a equipa, na prestação de cuidados especializados ao RN. Desta forma, **admiti 2 RN** com o diagnóstico de prematuridade **assisti 7 RN de alto risco e 12 de risco intermédio**, preparando o **regresso a casa de 2 RN** e respetiva família.

A admissão de um RN na unidade exige uma atuação prévia dos profissionais. Desta forma procedi de imediato à preparação de todo o material e equipamento necessário para a sua receção, realizei todos os procedimentos essenciais, sendo prioritária a estabilização ventilatória e térmica, monitorização de parâmetros vitais, colheitas e administração de terapêutica necessária, procedendo logo que possível ao acolhimento da família na unidade.

O diagnóstico de prematuridade foi maioritariamente o motivo mais frequente de admissão na UCIN, contudo visto o CHSJ ser o hospital de referência com elevada diferenciação em situações de RN com patologia cardíaca e cirúrgica urgente, possibilitou-me igualmente assistir RN com malformações pulmonares, cardiopatias congénitas, hipertensão pulmonar, arritmias, entre outras. Além disso julgo ter sido uma privilegiada pelo facto de adquirir conhecimentos sobre uma técnica extremamente rara - ECMO - a qual só tinha sido realizada uma única vez no CHSJ. Tive oportunidade de assistir a realização da mesma, na prestação de cuidados a dois RN, com diagnóstico de Hipertensão Pulmonar Persistente no RN.

Os cuidados diferenciados prestados ao RN/família, tiveram como pressuposto as orientações do programa NIDCAP (Anexo XII) de forma a proporcionar cuidados individualizados e centrados no desenvolvimento ao RN e respectivas famílias internadas numa UCIN. O internamento em Neonatologia representa muitas vezes para os pais, a perda do filho imaginado e a perda de controlo sobre toda a situação. O choque, o medo do desconhecido, a revolta, a negação, a agressividade, o sentimento de culpa e insegurança quanto ao futuro são frequentemente sentidos quando se deparam com uma realidade que não era prevista. É fundamental que o profissional de saúde esteja atento a todas estas manifestações, de forma a ajudar os pais na promoção de uma nova reorganização familiar (Jorge, 2004). A minha atuação foi sempre a de ir ao encontro das necessidades cognitivas, emocionais e comportamentais dos pais, de forma a minimizar o impacto que o internamento na unidade representa para os mesmos.

Ao longo do estágio na UCIN promovi a adaptação do RN ao ambiente circundante, procedi à monitorização constante de parâmetros vitais, alimentei o RN por copo, sonda orogástrica ou biberão, consoante o seu estado clínico e se possível de leite materno, prestei cuidados de higiene e conforto, preveni o risco de infeção associado aos cuidados, realizei ensinamentos, incitei a presença e envolvimento dos pais nos cuidados. Os focos identificados foram a **infeção, dor, amamentação, papel parental e ventilação**.

A CIPE permite a uniformização e documentação padronizada dos cuidados prestados, sendo o instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática (OE, 2009). Os registos, em sistema informatizado não constituíram nenhum desafio uma vez que utilizo a linguagem CIPE no SAPE, na minha prática diária, para documentar a assistência prestada. O SINUS apesar de constituir uma novidade não representou qualquer obstáculo, uma vez que facilmente me adaptei a esta nova realidade. Este sistema possibilitou a verificação do estado vacinal da criança, o histórico de vacinação e o registo das vacinas administradas.

Os focos de enfermagem comumente presentes em todos os contextos existenciais, e tendo por base as intervenções autónomas, foram o **papel parental, amamentação, vinculação e dor**, os quais serão abordados promenorizadamente ao longo do presente trabalho dado a sua pertinência na Enfermagem de SIP. A realçar duas situações, nomeadamente o SU e especificidade na USF. No SU aquando do meu estágio, encontrava-se em fase de implementação o sistema informático, designado J-one, encontrando-se no anexo XIII algumas referências relativamente ao mesmo. Desta forma, e na maioria das vezes, os registos são efetuados manualmente em documento próprio, dificultando desta forma a uniformização e documentação padronizada dos cuidados prestados. Por sua vez, na USF os focos identificados na consulta de SIJ foram o **Desenvolvimento Infantil e Adesão à vacinação**.

A preparação do regresso a casa, foi uma preocupação constante ao longo de todos os contextos assistenciais. Esta exige por parte do profissional de saúde, a orientação da família para que esta dê continuidade aos cuidados em domicílio, bem como uma correta articulação entre as unidades de saúde e comunidade. É importante que a preparação do regresso a casa seja realizada o mais precocemente possível para que o Enf<sup>o</sup> identifique quais as necessidades da família. Esta foi uma das estratégias por mim utilizadas ao longo

de todos os contextos de estágio, recorrendo a ensinamentos pertinentes de forma a capacitar a família para a continuidade de cuidados, complementando os mesmos com documentos existentes no serviço. A elaboração de um panfleto sobre os cuidados alimentares em neutropenia no domicílio (Anexo XIV), foi um exemplo evidente desta minha preocupação, sentida aquando do estágio realizado no internamento de Pediatria. Em contexto de CSP a correta articulação entre unidades de saúde é bem evidente, encontrando-se em “ação” um projeto da responsabilidade da unidade de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano e dos enfermeiros dos vários CS da ULSM, no qual tive oportunidade de intervir, cujo objetivo é dar continuidade de cuidados, colmatando algumas dificuldades existentes face a situações consideradas “complexas”, como é o caso da prematuridade. O mesmo acontece na UCIN do CHSJ, onde existe um protocolo de alta composto por um conjunto de atividades/ensinamentos que deverão ser realizadas ao longo de todo o internamento, permitindo uma excelente adaptação do RN/família ao meio ambiente e comunidade. Os documentos utilizados encontram-se no anexo XV e anexo XVI. Nos restantes serviços esta articulação encontra-se pouco desenvolvida, pelo que o meu papel foi o de sensibilizar as equipas para uma correta articulação e preparação antecipada da alta.

Uma mais-valia foi o facto de no Módulo III, referente ao estágio em UCIN e SU Pediátrico, ter a oportunidade de beneficiar do facto de as Enfermeiras Orientadoras, serem elementos do TIP. O meu desejo era de participar no TIP, contudo devido a algumas interferências tal não foi possível, pelo que considerei pertinente compreender a sua dinâmica e funcionamento do (Anexo XVII), recorrendo a protocolos existentes no serviço. Durante os dois contextos de estágio, foi-me possível prestar cuidados de enfermagem especializados a dois adolescentes, um vítima de atropelamento e outro vítima de acidente de viação, os quais foram transportados, por esta valência.

Adotei na minha prática diária de cuidados, uma conduta responsável e ética, atuando em conformidade com os direitos e interesses do RN/criança/adolescente e família, conforme estipulado no artigo 8 do (REPE, 1996).

### **Competências Adquiridas**

- ✓ *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;*

- ✓ *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;*
- ✓ *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.*

**Objetivo:** Assistir a criança/família, em situações de especial complexidade.

### **Atividades desenvolvidas**

- Geri eficazmente situações de especial complexidade;
- Refleti com as equipas dos diferentes contextos assistenciais, sobre a forma de atuação em situações complexas;
- Consultei as fichas de sinalização e continuidade de cuidados em situações de risco;
- Sinalizei precocemente situações de risco acrescido;
- Prestei cuidados ao RN/criança/adolescente e família em situações de especial complexidade;
- Assisti a consultas de desenvolvimento infantil;
- Reflecti sobre o papel do EE na Equipa de Intervenção Precoce (ELI) e Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco (NACJAR);
- Conheci instituições de atendimento/apoio à criança, de grande pertinência.

### **Reflexão**

Na nossa prática diária, são múltiplas as situações complexas com as quais nos deparamos. A complexidade é um conceito subjetivo, cujo valor que lhe é dado varia de individuo para individuo e face à presente situação. Desta forma, a situação complexa não define apenas e exclusivamente situações que coloquem em risco a vida de alguém, como por exemplo numa situação de emergência, mas sim do significado que a situação representa para aquela criança/jovem e da capacidade dos profissionais em lidarem com estas situações. Assim sendo, considero pertinente referir e refletir sobre algumas situações complexas, com as quais fui confrontada ao longo dos diferentes momentos de estágio e que de certa forma exigem dos profissionais uma atuação diferente.

Os Serviços de saúde têm “*legitimidade - direito e obrigação - no que respeita a intervir*”

*para a proteção da criança ou jovem”* (DGS, 2011 p. 27). Tendo por base este pressuposto, procurei ao longo de cada momento de estágio, documentos válidos e adequados à sinalização e continuidade de cuidados em situações de risco, documentos esses que apenas foram presenciados em CSP e SU, não necessitando em nenhum dos locais, de recorrer aos mesmos, de forma a sinalizar qualquer tipo de situação de risco. Contudo tive sempre presente a Legislação referente a essa temática que defende que “...a promoção dos direitos e a proteção da criança e do jovem em perigo incumbe às entidades com competência em matéria de infância e juventude, às comissões de proteção de crianças e jovens e aos tribunais” (Lei nº 147/99, de 1 de setembro), já que os Maus-Tratos são considerados um problema de saúde pública.

A UCIN e o SU, pelas suas características, representam por si só situações ameaçadoras tanto para a criança, como para a família. No SU apesar de não ter sido confrontada com nenhuma situação de emergência percebi toda a dinâmica inerente à sala de emergência, responsabilizando-me juntamente com a Enf<sup>a</sup> Orientadora, pela verificação de todo o material e equipamentos disponíveis, preponderante para a atuação numa situação de emergência. As situações comumente encontradas em contexto de SU, consideradas complexas centram-se nas tentativas de suicídio na adolescência e maus-tratos infantis (não presenciado). Por sua vez na UCIN tive oportunidade de prestar cuidados a RN em situações de especial complexidade, nomeadamente a uma criança em fase terminal, dois RN a realizar ECMO (técnica inovadora, poucas vezes implementada no CHSJ) e duas situações de paragem cardio-respiratória, intervindo dentro das minhas limitações. Em todas as situações referidas, dei a devida atenção à família, apoiando e prestando todo o tipo de esclarecimentos necessários. Sem dúvida que o EE detém um papel decisivo no estabelecimento de uma relação terapêutica com a família, encontrando os meios necessários para atingir um equilíbrio entre as habilidades técnicas, emocionais e os conhecimentos, com interesse na pessoa a cuidar. Necessitei igualmente de gerir os meus próprios sentimentos, vivências e emoções face a necessidade de lidar com uma situação de morte.

Uma das situações que gostaria de referir, decorridas em contexto de internamento em pediatria foi o caso de uma criança de 2 anos de seu nome fictício “Luana”, natural de Guiné-Bissau, que foi internada no HPISJ, por uma CIA operável, cuja intervenção não era possível no seu local de origem. Aquando da sua admissão tomei conhecimento que

inicialmente o protocolo existente abrangia não só a criança, mas igualmente a pessoa significativa; contudo, atualmente, tal não é possível pensando nos gastos adjacentes e tendo por base situações complicadas, decorridas no passado. Esta situação marcou-me de uma forma particular tendo em conta que existe uma insensibilidade tal, demonstrada pelo facto de apenas se preocuparem com a patologia, não questionando sequer como se sentiria aquela criança num “mundo” que não era o seu, longe da pessoa significativa, do seu ambiente, do seu meio, da sua cultura, onde se verbaliza uma língua completamente desconhecida. Muito se fala dos efeitos nefastos da separação mãe-filho, o que associado ao impacto negativo do internamento assume dimensões extremas, podendo traduzir-se com efeitos negativos ao longo de toda a vida. Sentimentos de solidão, desamparo e punição acompanharam sem dúvida esta criança. A comunicação torna-se fonte de angústia e mal-entendidos uma vez que existem pessoas diferentes, de grupos étnicos diferentes e com idiomas completamente diferentes. No caso da “Luana” apenas falava e entendia o crioulo.

Ao mudar de contexto, a criança confronta-se com o choque cultural que se define por *“Sentimentos de impotência e desconforto e uma condição de desorientação experimentada por um estranho que tenta compreender ou adaptar-se efetivamente a um grupo cultural diferente por causa das diferenças de costumes, valores e crenças culturais”* Leininger, 1978 citado por (Hockenberry, et al., 2011 p. 60). É importante que o profissional supere o choque cultural e compreenda as diferenças e semelhanças culturais.

Nesta situação fui desafiada a superar o choque cultural, adquirindo conhecimentos sobre a sua cultura, assumindo que cada cultura possui os seus hábitos e que portanto cada gesto ou atuação minha poderia ter efeitos completamente diferentes naquela menina. Foi igualmente importante reconhecer os hábitos alimentares característicos da “Luana” que foram percebidos desde que lhe tentei dar de comer, e de tudo aquilo de que era composto o prato, apenas apontava para o arroz, alimento frequentemente consumido por ela; da mesma forma tive em conta que na sua cultura, a ausência de laticínios nas dietas é um factor a ter em conta, pelo que tentei encontrar outras alternativas. *“A preocupação com as diferenças de hábitos e padrões alimentares demonstra uma atitude de respeito com a herança étnica ou religiosa da família”* (Hockenberry, et al., 2011 p. 64). É importante que os profissionais reconheçam que a cultura de uma pessoa pode interferir na forma como se presta cuidados. *“Para entender e lidar de forma efetiva com as famílias em uma*

*comunidade multicultural, as enfermeiras precisam reconhecer as barreiras à comunicação transcultural e trabalhar para remover essas barreiras”* (Munõz e Luckmann, 2005 citado por (Hockenberry, et al., 2011 p. 67). As pessoas africanas estão alertas para qualquer tipo de discriminação, dão importância ao comportamento não-verbal, o afeto é demonstrado pelo toque e pelo abraço; o silêncio pode ser indicativo de falta de confiança e o contacto inicial deve ser olho-a-olho determina o respeito (Hockenberry, et al., 2011 p. 67). Os profissionais de saúde têm a “obrigação” de compreender e respeitar a influência da cultura, raça e etnia, no desenvolvimento de uma relação e prática de cuidados de saúde. Sem dúvida que a comunicação não-verbal, assumiu grande parte da comunicação com a “Luana”. No meu ponto de vista seria importante o recurso a intérpretes, que pelo que percebi não é possível devido ao acréscimo de investimento económico, da instituição. Para dar resposta a esta lacuna, foi elaborada uma pequena lista com os termos em crioulo frequentemente enunciados pela “Luana”, permitindo desta forma uma flexibilidade na nossa comunicação e um entendimento mútuo. Apesar de no início do seu internamento, a comunicação e interação com a criança não ter sido fácil, alguns obstáculos foram superados com o passar do tempo, o que sem dúvida foi uma mais-valia quer para a criança, quer para os profissionais; isto apenas vem reforçar a ideia de que as crianças têm uma capacidade de adaptação acima do normal.

No módulo I, tive oportunidade de **assistir a sete consultas desenvolvimento infantil**, realizadas no Hospital Pedro Hispano, por uma Pediatra de desenvolvimento. O crescimento e desenvolvimento representam o conjunto de mudanças que ocorre desde o nascimento à idade adulta. O crescimento relaciona-se com as mudanças quantitativas, como o peso, altura/estatura, perímetro cefálico, entre outros ao passo que o desenvolvimento refere-se às mudanças qualitativas que determinam a aquisição ou aperfeiçoamento de determinadas capacidades e funções e conseqüentemente novas aprendizagens (Hockenberry, et al., 2011). A avaliação do desenvolvimento assume extrema importância nas consultas periódicas de saúde infantil, tendo o Enfermeiro um papel preponderante na identificação de situações que podem constituir risco/perigo no saudável desenvolvimento e crescimento de uma criança, efetuando o encaminhamento para os profissionais competentes, o mais precocemente possível. As consultas de desenvolvimento são consultas complexas, em que as crianças chegam com alterações a

nível do desenvolvimento motor, na linguagem, capacidades cognitivas, interação limitada ou deficiente com o meio que a rodeia, dificuldades de aprendizagem, concentração, entre muitos outros. Durante a minha passagem nestas consultas apercebi-me que as perturbações de hiperatividade e défice de atenção representavam o maior número de situações encaminhadas para estas consultas, uma vez que se persistirem estes sintomas, podem interferir no desenvolvimento da criança e conseqüentemente ser responsável pelas dificuldades de aprendizagem, insucesso escolar, mau funcionamento social e uma baixa de autoestima. De igual forma percebi que há um trabalho contínuo e eficaz de toda uma equipa multidisciplinar que trabalha não só a criança mas também a família, realizando um plano de intervenção adequado à avaliação da criança e avaliação dos recursos e necessidades da família. Igualmente importante foi reconhecer de que forma é feito o encaminhamento destas crianças para as consultas de desenvolvimento. Sem dúvida, que a escola/professores, os profissionais de saúde (enfermeiro e médico das equipas de saúde) e a ELI são os principais responsáveis pela identificação precoce de qualquer tipo de situação que de certa forma se distanciam dos limites de normalidade.

Ao longo destas consultas, percebi o uso frequente da Escala de Griffis e escala de Mary Sheridan, instrumentos determinantes na avaliação do desenvolvimento infantil.

Tive oportunidade perceber a dinâmica do EE na ELI e NACJAR, uma vez que não foi possível participar nas respetivas reuniões e conhecer instituições de atendimento/apoio à criança, de grande pertinência, nomeadamente a Casa do Caminho. Desta forma, dando resposta ao primeiro ponto enunciado, percebi que a intervenção junto da criança em risco deve ser feita por níveis, visando prevenir as situações que podem afetar a vida da criança. Como refere o artigo N° 7 da Lei nº 147/99, de 1 de setembro “*A intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude é efetuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem (...) do presente diploma*”. A referenciação para o NACJAR poderá ser realizada pelas equipas de saúde Familiar, escola, entre outros, que deverão manter o acompanhamento das situações uma vez que o núcleo não pode nem deve substituir os elementos de 1ª intervenção. Por sua vez a ELI possibilita a intervenção precoce na infância, a crianças com idade compreendida entre 0 e os 6 anos cujos critérios de inclusão estão relacionados com alterações das funções/estrutura do corpo e risco grave no atraso de desenvolvimento, cujo objetivo passa essencialmente por intervenção centrado na família, apoiando o

desenvolvimento da criança em situação de risco e desenvolvendo programas coordenados, com base numa avaliação interdisciplinar. Também aqui o Enf<sup>o</sup> tem um papel preponderante ao estabelecer metas exequíveis com a criança e família que é encaminhada precocemente. Penso que deveria existir o maior número de EE, face ao número de situações que surgem e face ao tipo de respostas que é necessário fornecer. De igual modo, deveria existir uma correta articulação entre os cuidados prestados pelo Enf<sup>o</sup> de família e pelo Enf<sup>o</sup> da comunidade, evitando desta forma discrepâncias no modo de atuação.

Ainda em contexto de CSP, a referir a oportunidade de conhecer a “Casa do caminho”, a 1<sup>a</sup> unidade de emergência infantil, onde me foi possível prestar cuidados a algumas crianças institucionalizadas. Esta instituição possibilita o acolhimento temporário de crianças em perigo, nomeadamente as vítimas de maus-tratos, negligência ou qualquer outro fator que afete o desenvolvimento saudável da criança ou que viole um dos seus direitos. Os maus tratos são uma realidade cada vez mais evidente nos nossos dias, e dizem respeito a “(...) qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima”. (DGS, 2011 p. 7).

Como nos diz (Xavier, 2011 p. 27) “*Ao acolhimento institucional associa-se, frequentemente, uma imagem negativa decorrente das características das instituições anteriormente referidas e do impacto que tem na criança a transição para um ambiente desconhecido*”. Desta forma torna-se pertinente intervir para que as instituições sejam consideradas um espaço de mudança propício ao desenvolvimento adequado das crianças que lá se encontram. Foi com agrado que presenciei o esforço de todos os elementos desta associação em tornar o ambiente da “Casa do Caminho”, o mais familiar possível, proporcionado a estas crianças, sentimentos de amor, carinho, dedicação, segurança, proteção, de forma a minimizar o impacto da “institucionalização”, pois como nos diz (Diogo, 2012 p. 11), o afeto é “*essencial ao desenvolvimento humano*”. Ao longo destas visitas tive oportunidade de manter atualizado o PNV destas crianças, esclarecer dúvidas sempre que pertinente e reforçar alguns ensinamentos, nomeadamente possíveis reações pós-vacinais.

A assistência à criança em situações complexas representa sem dúvida um desafio para os profissionais de saúde, uma vez que exige todo um esforço extra; além de toda exigência científica, técnica e relacional, muitas vezes há necessidade de gerir sentimentos, stress e

ansiedade, nem sempre fácil pois além de profissionais somos humanos.

### **Competências Adquiridas**

- ✓ *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EESIP;*
- ✓ *Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.*

**Objetivo:** Promover a parentalidade.

### **Atividades desenvolvidas**

- Estabeleci com a criança, jovem e família uma relação de empatia;
- Favoreci a vinculação da criança e família/pessoas significativas;
- Apoiei os pais no desenvolvimento das funções parentais;
- Integrei e dinamizei o Projeto Bem-Me-Quer;
- Elaborei panfletos elucidativos, como complemento às sessões dinamizadas no Projeto Bem-Me-Quer;
- Promovi o aleitamento materno;
- Incentivei o “Método Canguru”.

### **Reflexão**

Em todas as sociedades pretende-se que os adultos sejam pais, e se sintam gratos por essa experiência. Contudo, esta nova vivência representa para muitos um enorme desafio que implica mudanças a todos os níveis, nomeadamente mudança de papéis e de relações antigas, ou seja, assumir que além do papel de marido e mulher, estes terão igualmente que assumir o papel de pai e de mãe, respetivamente. Sendo os objetivos da parentalidade promover a sobrevivência e saúde da criança e garantir competências comportamentais, a entrada de um novo elemento na família acarreta não só responsabilidades financeiras, mas também mudança de hábitos, o que pode constituir uma crise na relação do casal (Hockenberry, et al., 2011). Assim sendo, o meu objetivo central foi o dotar os pais e/ou pessoas significativas de conhecimentos e habilidades determinantes para uma adaptação e

empenho adequado ao papel parental.

Segundo a CIPE a Parentalidade é uma ação de tomar conta, com características específicas, nomeadamente: *“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados”* (OE, 2011 p. 66). Desta forma, é conhecido que o exercício de parentalidade assume importância extrema no que respeita à promoção de bem-estar e saúde da criança, podendo ter repercussões significativas no seu desenvolvimento. Assim é, importante que os pais reconheçam a importância das suas práticas parentais e educativas.

A parentalidade representa um desafio não só para os pais mas também para o Enf<sup>o</sup>, que é visto como um elemento fundamental no apoio aos papéis parentais, nesta fase nem sempre fácil de vivenciar. Sem dúvida que este foco assumiu grande importância ao longo de todos os contextos de estágio, nomeadamente em contexto de hospitalização, uma vez que tanto criança como família encontra-se perante uma crise, a qual necessita ser ultrapassada, exigindo reestruturação e adaptação de todos os seus elementos. Além do mais, a situação stressante que constitui a doença/internamento pode ser minimizada pela presença da pessoa e objetos significativos. Assim sendo, foi determinante a minha postura empática com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica, incentivando a presença e colaboração dos pais (elementos cuidadores, protetores e de referência para a criança) nos cuidados, apoiando, esclarecendo e elogiando constantemente os mesmos, no desenvolvimento do seu papel parental bem como reforçando a importância da vinculação de forma a promover o desenvolvimento harmonioso da criança.

Na UCIN, entramos numa realidade completamente diferente, face à preocupação acrescida que é o RN prematuro ou com patologia subjacente, o que afeta não só as componentes motoras e cognitivas, como também as psicoafetivas. Os pais sentem que o seu processo parental foi interrompido, encontrando-se perdidos nesta realidade que não estava previsto ser a sua. Desta forma foi imprescindível informar os pais sobre todo o tipo de cuidados prestados, proporcionando oportunidades de os mesmos segurar no RN ou esclarecer dúvidas relativas a uma diversidade de temáticas, prestando um apoio incondicional. Particularmente importante foi a compreensão relativa ao “método de

canguru”, inserida no programa NIDCAP como determinante para a vinculação pais-bebês indispensável à sobrevivência do neonato e qualidade da relação afetiva, além das múltiplas vantagens adjacentes. Procurei, fundamentando a minha atuação, incitar os pais a usufruir deste método, ao longo do contexto de estágio, apoiando os mesmos neste processo adaptativo.

É em contexto de CSP que a promoção em saúde e conseqüentemente a transição saudável para a parentalidade assume extrema importância, na medida em que trabalhamos a criança saudável e família, no seu próprio meio. De acordo com o Decreto – Lei 28/2008, de 22 de fevereiro, à UCC *“compete prestar cuidados de saúde e apoio social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”*. O mesmo Decreto-Lei promove o CS como a primeira entrada no Serviço Nacional de Saúde, onde os enfermeiros devem assumir, o que é, de facto, o *core da disciplina de enfermagem – assistir as pessoas nas transições*. Esta assistência tem por base projetos de extremo interesse como é o caso do projeto Bem-Me-Quer, com vista à promoção de competências parentais, evitando desta forma as idas ao SU resultantes de falta de apoio, em tempo adequado a estes pais no desempenho das suas funções parentais. A integração neste projeto representou uma mais-valia na aquisição de competências comunicacionais e assistenciais, bem como para a concretização do objetivo definido.

O projeto Bem-Me-Quer possibilita a transição saudável para a parentalidade, bem como promover a saúde da criança, desde o nascimento à adolescência. Além do mais possibilita a intervenção conjunta de profissionais especializados na área de saúde materna e infantil, prestando cuidados especializados, diferenciados e integrados, centrados numa melhoria contínua da qualidade dos mesmos. Engloba contactos individuais, sessões temáticas em grupo e visitas domiciliárias, dependendo das necessidades dos pais. A mais-valia deste projeto centra-se no facto de o mesmo possibilitar a participação ativa dos pais e a partilha de experiências com outros pais, reforçando a autoestima do casal, eliminando alguns receios inertes ao exercício da parentalidade, e possibilitando a aquisição de competências parentais. Do projeto fazem parte um conjunto de Sessões de Educação para a saúde (SES) de grande pertinência (Anexo XVIII), preparando o casal para este novo papel, que é o de ser pais. Posteriormente e após nascimento, este acompanhamento por parte do EE

mantem-se, recorrendo de igual modo a um conjunto de sessões uteis (Anexo XIX) ao adequado desempenho das funções parentais. A referenciação para o respetivo projeto é feita pelo Enf<sup>o</sup> de Família, recorrendo a documentos próprios (Anexo XX), o que exige desde logo uma correta articulação entre a USF e UCC do CSSH. Todo este processo não faz sentido sem avaliação prévia de conhecimentos (Anexo XXI) e sem a avaliação do próprio projeto (Anexo XXII).

Foi com grande prazer que participei e dinamizei as sessões inseridas no projeto considerando pertinente complementar algumas das sessões com panfletos elucidativos sobre algumas temáticas de preocupação e interesse dos pais, nomeadamente a febre e a bronquiolite, dois problemas comuns na infância que nem sempre são fáceis de gerir pelos próprios (Anexo XXIII e XXIV). Com o mesmo propósito elaborei dois guias de bolso para os pais, com o intuito de os alertar para determinadas capacidades da criança, tendo em conta o seu desenvolvimento em determinada faixa etária (Anexo XXV e XXVI), que de certa forma propicia a adaptação dos mesmos à criança, determinando benefícios no sucesso do seu novo papel – o papel parental.

Ao longo de todos os contextos de estágio, e com base no objetivo anteriormente citado, procurei em toda a minha atuação, promover o aleitamento materno. Uma adequada nutrição desde o nascimento, fomenta uma boa saúde, um crescimento e desenvolvimento adequado, bem como representa a base para adequados hábitos alimentares no futuro. Além disso, mas igualmente importante, o processo de amamentação é essencial no estabelecimento de uma relação estrita e de confiança, entre a criança e a mãe, representando o elemento chave no seu desenvolvimento emocional. Os pais necessitam de um feedback positivo para desenvolverem sentimentos de confiança nas suas próprias capacidades. Muitas vezes, ouvir e elogiar os pais, é a intervenção mais eficaz (Bobak, et al., 1995). Sem dúvida que uma mãe bem informada e confiante é determinante para o sucesso da amamentação. Ao longo dos estágios tive oportunidade de perceber o que as mães consideram realmente importante na alimentação do seu filho e concluí que a maioria delas apresenta um desejo enorme em amamentar, contudo com muitos receios associados. A minha atuação centrou-se na promoção de aprendizagens face à necessidade “amamentar” instruindo e treinando a técnica de amamentação, reforçando as vantagens da mesma, alertando para os sinais de uma pega eficaz, sinais de saciedade do RN, conservação e manipulação do leite materno, entre outros. *“Cabe assim aos profissionais*

*assumir uma postura de autoconfiança e de segurança, no apoio efetivo às dúvidas e dificuldades práticas da amamentação. Uma mãe bem informada e confiante e um recém-nascido a mamar bem, são o melhor contributo para o sucesso do aleitamento”* (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004 p. 113).

A realçar o facto de em todos os locais de estágio, dinamizar os CA, refletindo sobre a sua importância e localização. Desta forma pude constatar que no CSSH, não existe um CA, lacuna impensável tendo em conta que a promoção do aleitamento materno é um dever dos profissionais, e um dos maiores receios sentidos por parte dos pais. Por sua vez no SU e UCIN apesar da sua existência, a localização não é a mais adequada o que compromete o momento.

**Objetivo:** Compreender a importância da parceria de cuidados, aquando da prestação de cuidados de enfermagem, à criança/família.

#### **Atividades desenvolvidas**

- Refleti sobre o modelo de parceria de cuidados;
- Incentivei a presença dos pais;
- Envolvi os pais nos cuidados ao RN, criança e adolescente;
- Negociei os cuidados prestados com a criança e família.

#### **Reflexão**

O processo de cuidar em Pediatria exige do EE a aquisição de competências na prestação de cuidados à criança, em parceria com os pais, representando, desta forma, um dos focos de atenção ao longo de todos os contextos assistenciais. Assim sendo o princípio básico de toda a minha prestação de cuidados centrou-se no modelo de parceria, desenvolvido por Anne Casey. É uma competência do EE em Enfermagem de SIP *“trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre”* proporcionando a *“oportunidade para desenvolver medidas de promoção de saúde, indispensável a um pleno crescimento e desenvolvimento”* (Martins, et al., 2012 p. 115).

Tendo em conta que falar em enfermagem de SIP, exige abordar a criança enquanto

elemento inserido num sistema familiar, torna-se fundamental estabelecer uma relação terapêutica com os pais/pessoa significativa, de forma a valorizar os mesmos enquanto principais cuidadores da criança, prevenindo qualquer interferência ao adequado crescimento e desenvolvimento da mesma, maximizando desta forma o seu potencial de saúde. À família “ (...) *deve caber o papel de suporte afetivo, de informar o pessoal hospitalar que cuida das suas crianças/adolescentes dos hábitos, carácter ou comportamento habitual destes e de prestar os cuidados básicos – higiene e alimentação, se tal for permitido no estado de saúde em que se encontrem, de modo a não lhes alterar, na medida dos possíveis, as suas rotinas*” ((IAC), 2006).

Ao longo dos contextos de estágio estabeleci com os pais uma relação de parceria, trabalhando com estes e com a criança num processo dinâmico. Encarei a dificuldade de comunicação entre família e profissionais como algo a ser ultrapassado, uma vez que o diálogo é indispensável na prática diária de cuidados em benefício da criança. Tornou-se fundamental adaptar os cuidados em parceria à criança e família, tendo em conta a necessidade e desejo de a mesma colaborar. O mesmo aconteceu quando a família, reconhecendo as suas limitações, optou por não colaborar nos cuidados. De acordo com (Diogo, 2012 p. 192) “ *Os enfermeiros devem apoiar a decisão dos pais de quererem, ou não estar presentes*”. Foi com base nestes pressupostos que apoiei, instruí, ensinei e assisti a prestação dos pais nos cuidados, sem julgar, após estabelecimento prévio de uma relação efetiva com a criança e família. “*Promover um ambiente seguro e afetivo, nutrir os cuidados com afeto e gerir as emoções dos clientes na vivência de doença e hospitalização tem como pilar a relação de confiança e afetiva que sistematicamente se vai construindo (...)*” (Diogo, 2012 p. 192).

Procurei, em todos os locais de estágio, uma valorização contínua da criança e família, definindo objetivos comuns e estabelecendo um plano de cuidados conjunto. Além disso apoiei e respeitei a sua tomada de decisões, assegurando competência na aquisição do papel parental. Entendi a parceria de cuidados, como fundamental à promoção de uma vinculação adequada entre pais/filhos e equipa multidisciplinar, permitindo reduzir o impacto associado à doença/internamento, em que Enf<sup>o</sup> e família negociam os cuidados a prestar à criança, buscando a excelência dos mesmos.

É visível o conhecimento por parte dos profissionais da importância de parceria com os pais, contudo nem sempre é fácil e perceptível a aplicação desse conhecimento, na prática

diária de cuidados. A minha função foi essencialmente a de sensibilizar os profissionais para a importância desta temática tão complexa mas de extrema relevância, disponibilizando informação recente sobre a mesma, de forma a possibilitar a sua incorporação, nos cuidados. Sem dúvida, que a UCIN constitui o local, em que é visível a prestação de cuidados em parceria com o RN, na sua plenitude.

**Objetivo:** Desenvolver competências na avaliação e controlo adequado da dor;

### **Atividades desenvolvidas**

- Reconheci a dor como 5º sinal vital;
- Proporcionei um ambiente calmo e acolhedor;
- Incentivei a presença dos pais/pessoas significativas;
- Envolvi os pais nos cuidados;
- Reconheci e valorizei possíveis causas de dor e/ou desconforto;
- Identifiquei e utilizei as diferentes escalas de avaliação de dor, disponíveis nos contextos de estágio;
- Utilizei medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo e alívio da dor.

### **Reflexão**

A dor, segundo a definição da OE e da Associação Internacional para o estudo da dor citado por (Almeida, et al., 2004 p. 577) é definida como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos desta lesão”*.

A dor manifesta-se de forma única em cada indivíduo, pelo que qualquer manifestação de dor deve ser valorizada. A dor/desconforto na criança poderá estar muitas vezes associada a interferências como a doença, hospitalização ou mesmo dificuldades de verbalização, o que torna a avaliação e controlo da dor em pediatria um desafio bastante complexo para os profissionais de saúde. Não pretendo com isto dizer que a criança não sente dor, mas sim que esta poderá não ter os recursos disponíveis para a manifestar de forma correta ou compreensível aos olhos do outro. Como nos diz (Hockenberry, et al., 2011 p. 163) *“A capacidade das crianças de descrever dor muda conforme elas crescem e de acordo com a*

*sua maturidade cognitiva e de linguagem*” o que exige do profissional a atenção e interpretação devida dos sublimes sinais que nos poderão ser dados. Sendo o controlo e avaliação adequada da dor um direito de todos os indivíduos, uma vez que sentem dor desde o nascimento, torna-se um dever dos profissionais de saúde dar a devida atenção a esta temática, considerada como o 5º sinal vital (DGS, 2010). Como norma de boa prática, exige-se que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, ao longo das 24 horas, promovendo a continuidade de cuidados.

Ao longo de todos os contextos assistenciais, tive presente aquando do controlo e avaliação da dor, a especificidade do local bem como a linguagem e capacidade cognitiva da criança.

No neonato, pela sua impossibilidade em verbalizar a dor e pela subjetividade do processo doloroso torna-se difícil a avaliação adequada da dor, pelo que os sinais comportamentais e fisiológicos são tidos em conta. A criança pequena perante alguma ameaça de dor chora e grita alto, tentando afastar o estímulo de dor e verbalizando “Dói”, sendo necessário muitas vezes a imobilização da mesma, pelo facto de esta não colaborar; na criança em idade escolar esta reação observa-se apenas durante o procedimento doloroso, tentando arranjar forma de conseguir ganhar algum tempo tais como “ainda não estou pronto, espere um minuto”. No adolescente há uma maior expressão verbal daquilo que está a sentir e do quanto lhe estão a magoar, contudo acabam por colaborar ao não oferecer resistência. (Hockenberry, et al., 2011). O Enfº deve reconhecer estas diferenças de forma a efetuar uma avaliação rigorosa e adequada.

No que se refere à especificidade de cada local de estágio, procurei desde o 1º dia de estágio, identificar quais as escalas utilizadas para a avaliação e controlo de dor e que tipo de medidas era utilizadas para a mesma finalidade, bem como a preocupação assumida pelas equipas no que concerne a esta temática. Desta forma, percebi que existe por parte de toda a equipa multidisciplinar uma preocupação acrescida em incentivar a presença dos pais junto da criança, envolvendo-a nos cuidados e tendo em conta a especificidade que é a adolescência. Contudo verifiquei que nem todos os contextos assistências se encontram sensíveis a esta realidade de forma uníssona, nomeadamente na utilização de escalas de avaliação de dor e medidas para alívio da mesma, como foi o caso do SU e CSP.

O SU, representa o local em que a criança e jovem expressa dor de forma mais evidente e a

um maior numero de situações. O local e pessoas estranhos, toda a panóplia de situações, os procedimentos a realizar, a emergência nas situações e a escassez de tempo para preparar a criança, representam para a esta fatores geradores de stress e desconforto. A realçar o facto de apenas na OBS estarem disponíveis escalas de dor, nomeadamente as escalas de autorrelato (analógica, numérica, qualitativa e de faces). Contudo, existe por parte de todos os elementos da equipa uma preocupação constante na avaliação da dor, a qual tem início de imediato no gabinete de triagem, onde o En<sup>o</sup> observa, questiona e recebe o feedback da criança e/ou da família, efetuando o mesmo procedimento ao longo de todos os postos de trabalho. Por sua vez e em contexto de CSP, pude perceber que a equipa multidisciplinar da USF se encontra pouco sensível a esta temática de extremo relevo, principalmente durante a administração de vacinas, pelo que o meu contributo passou pela sensibilização dos mesmos quanto à manifestação de dor por parte da criança, tendo em conta a idade e estado de desenvolvimento, bem como o recurso a medidas não farmacológicas, as quais serão abordadas posteriormente.

Ao contrário do que acontece no SU, na UCIN e internamento de pediatria é possível prever o tipo de cuidados que serão realizados, pelo que é exequível preparar a criança e tentar prevenir as situações de desconforto tanto na criança como no RN.

Na UCIN dada a particularidade do RN, a avaliação da dor é feito recorrendo ao uso da escala de EDIN (Anexo XXVII) e aos indicadores fisiológicos e comportamentais, observáveis no neonato. Na medida em que é importante reduzir o impacto do internamento no desenvolvimento do RN, tive a sensibilidade e atenção suficiente às suas manifestações, controlei adequadamente a incidência de luzes, diminui o ruído e manipulações, posicionei o RN de forma adequada, de modo a permitir a sua organização dentro da incubadora, reforcei o contacto físico dos pais, entre outros, como forma de prevenir o desconforto do neonato. A constante monitorização é uma mais-valia, permitindo a deteção precoce das alterações nos parâmetros vitais, que podem ser sinais de desconforto e/ou dor, e uma atuação preventiva e eficaz. A realçar a preocupação dos profissionais, em recorrer à glucose 24%, segundo protocolo existente (Anexo XXVIII), como medida não farmacológica, o que possibilita a estimulação de endorfinas que bloqueia a perceção da dor. No internamento de pediatria (Pediatria A), tendo em conta que abrange a faixa etária dos 3 aos 17 anos e 364dias, as escalas usadas com frequência são a escala numérica, escala visual analógica, bem como a escala de faces de Wong Baker

(Anexo XXIX). Tive sempre em consideração as crianças com necessidades especiais, défice de comunicação ou com doença crónica, recorrendo a escalas apropriadas.

De uma forma geral e tendo em conta todos os contextos assistenciais, aquando do acolhimento da criança/ família procurei conhecer a história de dor da criança, identificando os seus medos, experiências traumatizantes vividas, bem como estratégias de alívio de dor, fundamentando a minha prática diária de cuidados na promoção de conforto da criança, definida pela Teoria de Conforto de Kolkaba. Na medida em que a dor é mencionada pela criança como o sinal de desconforto mais frequente, a Teoria de Conforto de Kolkaba elucidou-me acerca da forma de conseguir minimizar ou suprimir (Kolkaba, 1992). Procurei também minorar o impacto da hospitalização e consequências adjacentes, tais como desconforto ou risco de lesão corporal muitas vezes associado a procedimentos, recorrendo para tal a medidas farmacológicas (sempre que necessário), mas principalmente às medidas não-farmacológicas. Usei como arma a relação empática estabelecida com a criança e família, encarando os pais como parceiros no cuidar (ninguém melhor que os pais conhecem aquela criança).

Os fármacos mais utilizados em pediatria foram o paracetamol, ibuprofeno, diclofenac, morfina e EMLA. Este último é uma das medidas farmacológicas que tem vindo a ser implementada em meio hospital, mas que não se encontra disponível em contexto de CSP, porém poderia ser uma solução para o alívio de dor/desconforto na administração de vacinas (tendo em conta as contra-indicações subjacentes). Este “fármaco” continua a ser desconhecido para a maioria dos pais bem como de alguns profissionais, estando adjacente o défice de recursos económicos e consequentemente a diminuição do poder de compra. Independentemente do fármaco, existe uma dependência médica para a sua administração, pelo que o controlo da dor não se pode limitar ao uso de analgésicos e anestésicos. Cabe a nós, de forma autónoma, estar capacitados para recorrer sempre que necessário a outro tipo de medidas, nomeadamente as não – farmacológicas. Estas medidas deveram complementar e não substituir as intervenções farmacológicas, em caso de dor moderada a intensa.

As intervenções não-farmacológicas não fazem sentido sem o estabelecimento prévio de uma relação de confiança entre Enf<sup>o</sup>/criança/família e sem informação adequada sobre os procedimentos a realizar (Hockenberry, et al., 2011). Desta forma, antes de qualquer tratamento potencialmente doloroso, preparei a criança para o procedimento, evocando uma linguagem adequada à idade e evitando o uso de termos que pudessem potencializar

ainda mais o sentido dado ao termo “dor”, recorrendo a um conjunto de estratégias nomeadamente a gestão adequada do ambiente físico, o posicionamento adequado da criança, a presença da pessoa e/ou objeto significativo, o recurso a brincadeiras, a jogos, ao humor como forma de distração e relaxamento ou mesmo recorrendo à técnica de imaginação guiada, em que a criança imagina algo prazeroso, e consegue afastar-se do negativismo associado à dor (Hockenberry, et al., 2011). Outra das estratégias utilizadas foi a da estimulação da sucção não nutritiva, com chupeta e/ou sucção nutritiva através da amamentação ou glicose a 24% (UCIN)/ 30% (SU). Em contexto de CSP e UCIN, a massagem infantil, foi uma estratégia utilizada para o alívio das cólicas, bem como forma de conforto.

O registo minucioso em sistema informatizado ou em folha própria foi uma constante no decorrer dos estágios.

**Objetivo:** Adquirir competências na assistência à criança/jovem e família, no âmbito da educação para a saúde.

### **Atividades desenvolvidas**

- Reconheci necessidades de intervenção no âmbito da educação para a saúde;
- Realizei pesquisa bibliográfica, de forma a dar resposta às necessidades encontradas;
- Compreendi o papel do EE na promoção das competências parentais;
- Compreendi o papel do Enf<sup>o</sup> na promoção de estilos de vida saudáveis, em contexto escolar;
- Elaborei uma sessão de educação para a saúde sobre “Sono e Repouso”, inserida no Curso de Educação Parental, do Projeto Bem-Me-Quer;
- Realizei sessões de educação para a saúde sobre a temática “Sexualidade Saudável”, em contexto de Saúde Escolar.

### **Reflexão**

A educação para a saúde é uma ferramenta indispensável ao desenvolvimento pessoal e social de um indivíduo, o que se reflete numa sociedade saudável (Gil, et al., 2010). Sendo

o Enf<sup>o</sup>, o profissional privilegiado na promoção de competências aos grupos com os quais contacta nas mais variadas áreas de intervenção, as sessões de educação para a saúde (SES) possibilitam a aquisição de conhecimentos e mudança de atitudes, fundamentais à promoção de saúde e prevenção da doença, objetivo major no exercício da atividade profissional do Enf<sup>o</sup> como definido pelo REPE no seu artigo 8º “ (...) *tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença (...)*”.

A aquisição de competências na assistência à criança/jovem e família, no âmbito da educação para a saúde (a grupos), foi concretizada no Módulo I, contexto de CSP, em resposta às necessidades encontradas no âmbito do Projeto Bem-Me-Quer e SE.

O estágio no CSSH, mais propriamente na UCC da respetiva instituição, possibilitou como foi dito anteriormente o contacto privilegiado com o Projeto Bem-Me-Quer, o qual engloba temáticas pertinentes com vista à aquisição de competências parentais, conseguidas através da realização de SES. Face à panóplia de sessões realizadas no Curso de Educação Parental, identifiquei lacunas e informação desadequada na sessão referente ao “Sono e Repouso”, sentindo por parte dos pais algumas dificuldades na interpretação e aquisição de conhecimentos face à temática que tanto os preocupa procurando respostas concretas, o que levou à necessidade de reformular a sessão. Assim sendo, elaborei em conjunto com a colega de estágio, uma SES subordinada ao tema “Sono e Repouso” (Anexo XXX) promovendo desta forma a aquisição de competências parentais e complementando a informação cedida anteriormente. Sem dúvida que o feedback recebido dos pais foi de uma melhoria óbvia na elaboração da sessão, possibilitando a aquisição de conhecimentos pertinentes nas suas competências parentais, o esclarecimento de dúvidas e o simples tranquilizar dos mesmos face a determinadas situações. De forma a complementar as sessões e a possibilitar aos pais, adequadamente e no seu lar, a “revisão” das mesmas, procurámos e disponibilizámos alguns vídeos, que os pudessem elucidar, sempre que alguma dúvida de maior persistisse.

No âmbito da SE, o Enf<sup>o</sup> é considerado o mediador privilegiado na promoção de competências, sendo as SES indispensáveis ao desenvolvimento pessoal e social saudável, como fora inicialmente referido por (Gil, et al., 2010). Sem dúvida que as SES neste âmbito representaram o maior desafio com o qual fui confrontada, na medida em que a adolescência é um marco importante na vida do indivíduo, em que o jovem se encontra face a um conjunto de alterações que poderão afetar a sua vida. Desta forma, e recorrendo

a um conjunto de programas específicos, trabalha-se em prol da maioria dos problemas de saúde e da prevenção ou redução de comportamentos de risco, de forma significativa (DGS, 2006). O programa nacional de SE “*possibilita a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde*” (DGS, 2006 p. 6), abrangendo 4 áreas prioritárias de intervenção, nomeadamente a saúde individual e coletiva, a inclusão escolar, o ambiente escolar e os estilos de vida saudáveis cuja finalidade passa por promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais; promover um ambiente escolar seguro e saudável; reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis e contribuir para o desenvolvimento dos princípios de escolas promotoras de saúde. Tendo em conta as 4 áreas prioritárias de intervenção e face à população alvo (adolescência), sem dúvida que a promoção de estilos de vida saudáveis, mais especificamente a saúde sexual e reprodutiva, representaram o foco central de atenção aquando da aquisição de competências na assistência à criança/jovem e família, no âmbito da educação para a saúde (a grupos), em resposta às necessidades encontradas no âmbito da SE.

A educação sexual pode ser encarada como um processo decorrente ao longo de toda a vida, através do qual se adquirem informações pertinentes e se concebem atitudes, crenças e valores. Além do mais integra uma diversidade de dimensões, nomeadamente o desenvolvimento bio-psico-sexual, a saúde sexual e reprodutiva, as relações interpessoais, os afetos, a intimidade, o corpo humano, bem como a identificação do género, condições fundamentais à construção de bases seguras para uma sexualidade adulta saudável (Gil, et al., 2010). A saúde sexual e reprodutiva passa pelo desenvolvimento de uma vida sexual satisfatória e segura, pela informação e acesso a métodos de planeamento familiar seguros, aceitáveis e eficazes, o acesso a serviços de saúde adequados e ainda o direito à saúde escolar como meio favorável a relações interpessoais. Esta tem como objetivos principais: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; reduzir a incidência das DST e suas consequências e melhorar a saúde e bem-estar de todos os intervenientes (DGS, 2001).

A Educação sexual é uma necessidade e direito das crianças e dos jovens, previsto na Legislação Portuguesa, sendo a escola grande promotora da saúde, logo o espaço privilegiado e o EEESIP “ator” indispensável à promoção de uma sexualidade segura,

gratificante e saudável, foi com “garra” e determinação que intercedi no âmbito da educação para a saúde em contexto escolar, considerando que promover no adolescente a adoção de comportamentos saudáveis, com base em tomadas de decisão pertinentes e responsáveis, não é uma tarefa fácil. No entanto tive consciência que este tema representa uma das preocupações a ter, quando se fala em adolescência, pelo que é pertinente a realização de SES, no meio considerado ideal, a Escola. O planeamento prévia da sessão (Anexo XXXI) possibilitou o traçar de objetivos, a elaboração dos conteúdos e metodologia a utilizar face aos recursos materiais disponíveis e população alvo.

As SES realizadas (Anexo XXXII) incidiram sobre “A sexualidade e suas expressões” e “Saúde Sexual e Reprodutiva”, abordando assuntos como a afetividade, as emoções, orientação sexual, diversidade e tolerância, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis, tendo em conta os destinatários da sessão - alunos do 9º Ano da Escola de Irmãos Passos, da Escola da Senhora da Hora e a uma turma de CEF (curso profissional), num total de **sete sessões**, recorrendo a uma linguagem de fácil compreensão, mas com mensagens realistas e fundamentadas. No decurso das sessões, percebi que seria benéfico realizar este tipo de sessões na própria escola, atenuando um pouco a inibição dos adolescentes, que não se encontram num meio que lhes é familiar e ponderar a presença dos professores na medida em que estes causam entraves à expressão do adolescente, fazendo muitas vezes juízos de valor. Para o sucesso das mesmas considerei características e conhecimentos inerentes a cada turma e individualidade de cada interveniente, motivando a participação dos elementos e adequando as minhas intervenções com base no feedback recebido.

A avaliação de conhecimentos e da SES teve por base a aplicação de 2 questionários distintos, os quais se encontram evidenciados no anexo XXXIII e XXXIV, respetivamente. Desta forma, e como meio de avaliar o impacto da sessão na aquisição de conhecimentos e mudança de atitudes, cada adolescente teria de designar as afirmações enunciadas no questionário fornecido, como **Verdadeira** ou **Falsa**, tendo por base as informações cedidas pelos docentes aquando das aulas lecionadas e posteriormente reforçadas através das SES. A representação dos resultados obtidos nos questionários de avaliação de conhecimentos e respetiva reflexão das respostas dadas encontram-se no anexo XXXV, contudo considero pertinente referir que apenas 91% das respostas cedidas pelos alunos das diferentes turmas foram assertivas. Este resultado, permite concluir, que de uma forma geral, este tipo de

intervenção nas escolas é fundamental para a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, dado que continuam a persistir muitas dúvidas e verdades erróneas, que poderão interferir no desenvolvimento saudável da criança/família. O questionário de avaliação da sessão, de uma forma geral permite a avaliação do formador, tendo em conta a interação com a população alvo e domínio dos conteúdos expostos, bem como da organização da sessão, deixando espaço para críticas e possíveis sugestões. A acrescentar o facto de este questionário não ter sido aplicado, tendo em conta os destinatários e tempo que seria necessário despendido.

Em modo de síntese, resta-me acrescentar que a concretização deste objetivo, possibilitou não só a aquisição de competências de comunicação como a consciencialização para o papel preponderante do EE no âmbito da educação para a saúde com vista à promoção das competências parentais e estilos de vida saudáveis, que se reflecte numa sociedade saudável.

**Objetivo:** Desenvolver competências crítico-reflexivas sobre o papel do EE, na área de SIP;

### **Atividades desenvolvidas**

- Dialoguei com as Enfermeiras Orientadoras, sobre a importância do EE, em cada um dos contextos;
- Observei e analisei a atuação do EEESIP, nos diferentes contextos assistenciais;
- Percebi a atuação do EE, em cada um dos domínios;
- Atuei, tendo por base as competências do EE.

### **Reflexão**

A reflexão sobre a importância do EE, aquando da prestação de cuidados ao RN/criança/adolescente e família em busca da excelência de cuidados foi uma constante ao longo de todos os contextos de estágio e aquando da realização deste relatório, encontrando-se intimamente relacionado com os restantes objetivos traçados. Para a efetivação do mesmo foi primordial o diálogo estabelecido com as Enfermeiras

Orientadoras e a observação minuciosa e refletida da sua atuação, na prática de cuidados.

Ao EE são reconhecidas “*competências científicas, técnicas e humanas para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (REPE, 1996 p. 3). A OE acrescenta que o EE “*é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (OE, 2010 p. 2).

Ao longo do meu percurso enquanto aluna de pós – licenciatura foi evidente a importância do EE no que respeita ao conjunto de competências desenvolvidas, de forma a responder eficazmente no âmbito da gestão, formação, investigação e na prestação de cuidados, com vista a uma melhoria de qualidade e excelência dos mesmos. Desta forma, esteve bem patente, a consciência relativamente à sua responsabilidade profissional, ética e legal, salvaguardando não só a segurança dos cuidados como dos seus clientes; a promoção do seu próprio conhecimento e do conhecimento do seu grupo de pares, face à necessidade de adaptação às mudanças, constituindo a prática baseada na evidência, a base para a prática dos cuidados prestados. Compete a este profissional a função de líder, motivando todos os elementos, de forma a dar respostas adequadas; gerir eficazmente os conflitos inertes à própria profissão; servir de elo de ligação entre os seus elementos; ser responsável pela tomada de decisões; supervisionar os cuidados do seu grupo de pares e integrar adequadamente novos elementos, numa equipa.

Na área SIP, o EE “*...utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa*” (OE, 2010 p. 2). Face a estas evidências, foi determinante a reflexão efetuada, testemunhando ao longo dos contextos assistenciais, a relevância do EE na prestação de cuidados especializados, a um grupo tão “vulnerável” como é o RN/criança/adolescente e respetiva família, já que falar em SIP, implica abordar a família, “envolvendo-a” nos cuidados.

No âmbito de CSP pude perceber que o papel do EEESIP na prestação de cuidados à criança/família, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença têm início precoce, na medida em que a sua atuação processa-se ainda na vida intra-uterina, em que se prepara o casal para o desenvolvimento de uma transição adequada para a parentalidade, bem como para a promoção de um processo vincutivo entre pais/filho. Além do mais, é através das consultas de SIJ que o EE promove o crescimento e desenvolvimento infantil adequado, bem como a promoção da auto-estima do adolescente, incitando à tomada de decisões responsáveis. Só o EE em SIP é detentor de uma motivação pessoal e características de personalidade específicas, que lhe possibilitam cuidar a criança e família (Tavares, 2011), bem como é único profissional reflexivo, que atempadamente encaminha as situações potenciadores de risco na vida da criança, recorrendo ao seu olhar crítico e cuidadoso para a deteção precoce dessas mesmas situações. Desta forma, é fundamental numa equipa, a presença de EE em SIP, de forma a produzir ganhos em saúde, respondendo às necessidades específicas de cada criança/família que é cuidada, e consequentemente zelar pelos seus direitos. Assim sendo, considero pertinente referir o défice de EE a realizar consultas de SIJ, no CSSH o que coloca alguns entraves à prestação de cuidados de excelência, nesta área de especialidade.

Ao EE cabe a responsabilidade de assistir a criança e respetiva família, na maximização da saúde, reduzindo o impacto da doença e hospitalização e promovendo o seu adequado desenvolvimento. Ao longo do estágio de internamento em Pediatria, percebi que só o EE, profissional dotado de competências científicas, técnicas e relacionais e um conjunto de habilidades e conhecimentos específicos da sua área de especialidade, poderá praticar cuidados especializados e de qualidade. É através deste profissional que se transmite toda a confiança e tranquilidade necessária, criando com a criança/família uma relação de empatia, em momentos de particular complexidade como a “simples” hospitalização ou mesmo a adaptação da criança/ família ao diagnóstico de uma doença crónica, oncológica ou com necessidades especiais. Muitas situações ocorreram em que o EE é chamado a responder a situações que envolvem conflitos quer entre membros da equipa, quer dos recetores de cuidados que só ele tem a capacidade de resolver. Da mesma forma percebi que este é o líder nas equipas, sendo o responsável pela gestão de cuidados e organização dinâmica de todo um serviço, tendo em conta as habilidades e competências de cada profissional, como ser único, e com vista à aquisição de novas aprendizagens.

Atualmente somos confortados com uma realidade cada vez mais exigente e desafiadora, sendo o EE o primeiro a ser chamado para dar resposta às necessidades da criança e família. Foi no âmbito do SU e UCIN, que percebi a perspicácia do EE, no reconhecimento de situações de instabilidade e risco de morte e a sua adequação nas estratégias de comunicação com a família, em situações tão delicadas como estas.

Finda esta reflexão, resta-me acrescentar que ao longo de todos os contextos assistências, identifiquei a preocupação por parte das equipas, em especializar os Enfermeiros na área de SIP, de forma a obter ganhos em saúde, no que consiste à prestação de cuidados especializados e de qualidade ao RN/criança/adolescente e família.

### **Competências Adquiridas**

- ✓ *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.*

**Objetivo:** Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a criança/jovem e família.

### **Atividades desenvolvidas**

- Concebi um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação empática com a criança/família;
- Estabeleci uma relação empática com a criança/família;
- Incentivei a presença dos pais, junto do RN/criança;
- Comuniquei eficazmente com todos os elementos da equipa multidisciplinar;
- Adequei a linguagem utilizada à idade e estágio de desenvolvimento da criança;
- Utilizei uma linguagem adequada à família, tendo em conta as suas crenças culturais e étnicas;
- Recorri a diferentes formas e estratégias de comunicação.

### **Reflexão**

O Homem é um ser social, e como tal relaciona-se comunicando e comunica relacionando-

se. Desta forma, a comunicação é a pedra basilar de qualquer relacionamento, que envolve o processo de enviar e receber mensagens, recorrendo a uma diversidade de formas ou estratégias de comunicação. A comunicação em Enfermagem vai além da comunicação em geral, na medida em que a relação Enf<sup>o</sup>/Cliente se processa através de uma relação terapêutica (Riley, 2004).

A comunicação é uma competência essencial à prática de Enfermagem e determinante para a qualidade dos cuidados prestados, impondo-se num enorme desafio para os Enfermeiros, quando contextualizada na área de Pediatria, pois desde o RN ao adolescente, que o Enf<sup>o</sup> é confrontado com diferentes formas de comunicação. Comunicar em Pediatria implica comunicar adequadamente com a criança, tendo em conta a sua idade e estágio de desenvolvimento, bem como com a família, tendo em conta todos os seus valores culturais, estatuto social, entre outras condicionantes. É nesta interpretação especializada e individualizada, na forma como cada um expressa os seus sentimentos e emoções, que o EE se destaca.

Em todos os contextos de estágio, foi determinante para o sucesso das minhas intervenções o recurso a uma comunicação efetiva com a criança e jovem, bem como com a família e/ou pessoas significativas. Sem dúvida que tal não seria possível sem o estabelecimento de uma relação de empatia e cooperação com todos os elementos da equipa multidisciplinar, preciosas fontes na aquisição de competências na área de SIP e “responsáveis” por todo o meu processo de crescimento pessoal e profissional.

Para a concretização deste objetivo, as atividades anteriormente citadas, foram na totalidade implementadas no decorrer de cada contexto de estágio, tendo em conta as particularidades de cada local.

A eficácia da comunicação resultou da minha preocupação constante em propiciar um ambiente adequado ao estabelecimento de uma relação de ajuda. Desta forma, foi determinante nos diversos contextos assistenciais manter um ambiente o mais calmo possível e com o menor número de interferências, considerando o primeiro contacto com a família e a criança determinante para o sucesso na prestação dos cuidados de enfermagem e interpretação correta dos mesmos, face ao cuidar. Apresentei-me sempre de modo adequado, estabelecendo uma relação de empatia e assegurando privacidade e confidencialidade em qualquer informação fornecida, inserindo sempre que possível a

criança na tomada de decisões. Recorri a uma linguagem acessível e fluente, isenta de termos técnicos, de modo a que toda e qualquer mensagem transmitida fosse entendida tanto pela criança como pela família. Ao comunicar com os pais, promovi o envolvimento dos mesmos, escutei cuidadosamente (dizem muitas vezes o que os preocupa), e remeti-me muitas vezes ao silêncio (Hockenberry, et al., 2011). Sem dúvida que a comunicação com os pais exigiu de mim uma maior atenção e reflexão. Nem sempre os pais estão preparados para o que temos a dizer e muitas vezes são eles próprios que têm as respostas para nos dar. Honestidade e Verdade estiveram presentes, em cada uma das minhas afirmações.

Apesar de a maior parte da comunicação verbal ser realizada com os pais não podemos nunca esquecer a criança, pelo que esta deverá ser um participante ativo neste processo. Desta forma é importante que se considere e reflita acerca do estágio de desenvolvimento da criança, para melhor adequar a nossa linguagem. De forma a reduzir a ansiedade e stress associado ao internamento ou à nossa simples presença associada muitas vezes ao factor desconforto/dor procurei, ao longo de todos os estágios, recorrer a estratégias comunicacionais eficazes, tendo em consideração a faixa etária e etapa de desenvolvimento, as quais se encontram definidas por (Hockenberry, et al., 2011). Desta forma, nos latentes, a comunicação não-verbal assumiu grande importância; incapazes de usar palavras, fiquei atenta aos seus comportamentos e reações, encarando o sorriso como forma de contentamento e o choro como manifestação de insatisfação. A massagem infantil representou igualmente uma estratégia eficaz de comunicação, com recurso ao toque. As crianças em idade pré-escolar definem-se pelo seu egocentrismo, pelo que apenas interessa o que lhes será dito e feito; desta forma tentei dirigir todas as minhas atenções para ela, pois nada do que se diga aos outros interessa. Para tal usei uma linguagem adequada, tendo em conta as analogias utilizadas, uma vez que as crianças nesta faixa etária são incapazes de separar a realidade da fantasia. Em idade escolar a criança exige explicações de tudo, pois acredita mais naquilo que sabe do que naquilo que vê. Nesta idade a criança têm uma grande preocupação com a integridade corporal, pelo que qualquer ameaça ou possibilidade de lesão corporal é encarada pela mesma com grande ansiedade. Tendo em consideração estes factos, tive o cuidado de explicar todo e qualquer procedimento à criança, tentando que a mesma colaborasse comigo de forma a facilitar a minha atuação e garantindo sempre a sua integridade e integridade dos seus objetos/pertences. A adolescência representa uma fase de crise para os adolescentes em

que ocorre a passagem de criança para a vida adulta, numa busca constante de maturidade e independência. Os adolescentes desencadeiam nos profissionais de saúde comportamentos específicos no modo de comunicar, possibilitando estes aos mesmos o silêncio e o isolamento por eles preferido. Existem autores que defendem que os adolescentes, por norma, revelam as suas preocupações com pessoas fora do seu núcleo familiar, exigindo a apenas que alguém o compreenda, escute, esteja disponível e que, principalmente, a informação cedida seja confidencial e confinada ao sigilo (Hockenberry, et al., 2011). O Enf<sup>o</sup> deverá estar preparado a receber do adolescente as mais variadas atitudes e comportamentos, e a reconhecer quando é que os pais devem ou não estar presentes. Desta forma, sempre que necessário as consultas de SIJ ou qualquer intervenção ao adolescente, independentemente do contexto de estágio, foram realizadas na ausência dos pais/pessoa significativa, permitindo a expressão de sentimentos e emoções, bem como esclarecimento de algumas dúvidas, tendo sempre em mente as linhas orientadoras do guia de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010). Esta faixa etária foi sem dúvida a que mais dificuldade me trouxe, uma vez que é necessário gerir muito bem o facto de que o mesmo já não é criança mas também ainda não é adulto, pois como nos diz (Hockenberry, et al., 2011 p. 108) *“é um erro ver um adolescente como um adulto, com a sensatez e controle do adulto; do mesmo modo, também é um equívoco assumir que o adolescente tem as preocupações e expectativas de uma criança”*. As SES no âmbito da SE, representaram o maior desafio com o qual fui confrontada, na medida em que a adolescência é um marco importante na vida do indivíduo, em que o jovem se encontra face a um conjunto de alterações que poderão afetar a sua vida, mas foi igualmente a situação que me fez ultrapassar alguns receios e o desafio em si, que é esta faixa etária, possibilitando o desenvolvimento de competências comunicacionais, pois é exigido não só o domínio da temática mas técnicas comunicacionais adequadas, que motivem todo o grupo. Assim sendo, mostrei-me disponível para escutar, sem julgar; recorri ao uso de uma linguagem acessível mas realista; respeitei a individualidade de cada um, tendo em conta a cultura, educação, história de vida, entre outros; assegurei confidencialidade e sigilo profissional.

Nem só de palavras “vive” a comunicação, pelo que privilegiei igualmente as componentes da comunicação não-verbal, a qual assumiu com frequência a forma de desenhos, jogos e brincadeira, elementos favorecedores ao estabelecimento de uma relação terapêutica e

instrumentos fulcrais na minha prestação de cuidados, considerando o Brincar como um direito da criança, reconhecido na Convenção Internacional dos Direitos da Criança. Ao longo dos estágios, foram várias as situações em que “brinquei” com as crianças, recorrendo a espaços privilegiados, como o caso da sala FNAC no internamento de pediatria que possibilita toda uma expressão de sentimentos ou de uma forma simples mas eficaz, encaminhando a criança e adolescente para os espaços adequadas à sua faixa etária. A criatividade é uma “arma poderosa” para quem trabalha na área da Pediatria.

A realidade dos CSP é bem distinta da realidade dos cuidados diferenciados, denotando-se aspectos distintos na competência comunicacional. A doença e a hospitalização são fontes geradoras de ansiedade e stress, que por si só interferem na forma como é estabelecida qualquer tipo de comunicação. Ao contrário, a criança e família que recorre ao CS fá-lo-á com vista a uma promoção de saúde e prevenção da doença, não sendo portanto confrontada com as fontes anteriormente referidas.

Face às realidades com as quais contactei, sem dúvida que o estágio em SU e a UCIN representaram o meu maior desafio, no que concerne ao estabelecimento de uma comunicação eficaz. Num SU, pais e crianças são confrontadas com a necessidade emitente de tratamentos, constituindo uma das experiências mais traumáticas vivida por ambos. Muitas vezes o tempo escasseia, face à gravidade da situação, deixando poucas ou nenhuma oportunidade de preparar a criança/família, para a situação e procedimentos adjacentes. Os pais estão igualmente envolvidas nesta realidade que é o SU, não ouvindo muitas vezes o que lhes é transmitido, pretendendo apenas que o seu filho seja atendido com a maior brevidade possível. Sem dúvida que a comunicação num SU constitui um enorme desafio aos profissionais que lá laboram, integrando momentos de grande reflexão, tendo em conta os entraves à comunicação. Nas situações vividas aquando do estágio, geri eficazmente o tempo para comunicar com a criança e família, recorrendo a uma linguagem assertiva, coerente, pautada por um discurso calmo e tranquilo, mostrando disponibilidade para escutar e para apoiar. Durante os procedimentos procurei distrair a criança, recorrendo a uma diversidade de técnicas e promovendo a presença e envolvimento dos pais. Por sua vez, a admissão numa UCIN representa para os pais um momento de angústia uma vez que estes, não foram preparados para lidar com esta situação, que de um momento para o outro lhe fora imposta, acabando por alterar toda uma dinâmica familiar. Sem dúvida que a equipa da UCIN tem um olhar diferente sobre o cuidar destas crianças e apoiar os pais

nesta nova etapa de vida. Desta forma, procurei ao longo do estágio gerir igualmente a minha ansiedade face ao desconhecido e à complexidade das situações, ajudando os pais através do esclarecimento de dúvidas, expressão de emoções/sentimentos e apoio incondicional, envolvendo-os nos cuidados. A comunicação com o RN destaca-se de todas as outras formas de comunicação com a criança e o adolescente, dada a sua especificidade em não comunicar verbalmente. Desta forma foi imperioso a atenção dada à comunicação não-verbal sendo o toque a técnica de comunicação eleita, encontrando-me alerta para outro tipo de sinais, nomeadamente o choro, a postura, as expressões faciais, entre outros.

Foram imensas as situações e oportunidades que tive para adquirir competências comunicacionais ao longo de todo o meu percurso, nos diferentes contextos de estágio: participação e intervenção nas sessões de educação para a saúde, aquando da prestação de cuidados nas diferentes circunstâncias assistenciais, no decurso das consultas de SIJ, nos ensinamentos realizados, no âmbito da SE, em que cada situação por si só permitiu o meu crescimento quer pessoal e profissional, bem como o desenvolvimento de competências no domínio da prestação de cuidados.

Em suma, o objetivo definido inicialmente foi concretizado com imensa satisfação e profissionalismo. A comunicação é privilegiada enquanto fonte principal de informação e sem dúvida a forma mais natural do ser humano se relacionar, possibilitando a compreensão acerca do que o outro quer, pensa, ou sente.

### **2.1.2 Domínio da Gestão**

A prestação de cuidados de enfermagem aliada a uma gestão adequada é determinante para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente, em qualquer instituição de saúde, independentemente do contexto assistencial a que se refere. O EE na sua área de especialidade é o responsável pela aquisição de competências no domínio da gestão, conseguidas através de um processo de liderança. O Regulamento n.º 122/2011, artigo 7º da Ordem dos Enfermeiros, suplementa a informação anteriormente citada referindo que o Enfº na sua área de Especialidade “*Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*” bem como “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (OE, 2011 p. 4).

A gestão em enfermagem passa essencialmente pela gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados.

### **Competências Adquiridas**

- ✓ *Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;*
- ✓ *Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;*
- ✓ *Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;*
- ✓ *Realizar a gestão de cuidados na área de EESIP.*
- ✓ *Colaborar na integração de novos profissionais.*

### **Objetivos:**

Conhecer as estratégias de gestão em enfermagem, nos diferentes serviços.

Compreender o processo de integração de novos profissionais.

### **Atividades desenvolvidas**

- Adquiri conhecimentos sobre os métodos de gestão de cuidados, recursos materiais e recursos humanos, nos diferentes contextos assistenciais;
- Compreendi o papel do EE na área da gestão;
- Colaborei com as Enfermeiras Tutoras nas práticas de gestão, específicas de cada contexto de estágio;
- Refleti constantemente, sobre os cuidados prestados;
- Colaborei na supervisão de cuidados de enfermagem na área de EESIP;
- Consultei documentos destinados ao processo de integração de novos elementos;
- Observei e analisei o processo integração de novos elementos na equipa.

### **Reflexão**

O contexto atual em que nos encontramos exige que as instituições de saúde e seus elementos constitutivos sejam detentores de competências que possibilitem respostas adequadas, eficazes e eficientes, de modo a evitar desperdícios e desajustes organizacionais. Assim sendo, também aqui o En<sup>o</sup> é chamado para responder às exigências que lhe são impostas no que concerne à gestão de cuidados, recursos materiais e

humanos. A gestão em Enfermagem é vista como *“um conjunto de atividades gerenciais e assistenciais, caracterizadas pelo exercício da liderança, de tal modo que a influência atinja todos os liderados. Isto ocorre desde a realização dos procedimentos técnicos, na elaboração de critérios de qualidade nas principais decisões tomadas, nas linhas de comunicação e nas formas de conduzir as equipas em todos os níveis de Enfermagem”* (Cunha, et al., 2010 p. 318).

Ao longo de todos os contextos de estágio, e tendo em conta as limitações impostas, analisei de forma crítica a intervenção do EE na área de Gestão, tendo em conta os recursos que tinha ao seu dispor. Para a concretização deste objetivo foi indispensável não só a colaboração das Enfermeiras Orientadores como das Enfermeiras Chefes, dos respetivos serviços. De uma forma geral, foi perceptível a dificuldade inerente à gestão, principalmente gestão de recursos humanos, visto se encontrar subjacente a cada elemento constitutivo da equipa, características pessoais e comportamentais, mas igualmente competências técnicas, humanas, relacionais e de liderança. Apercebi-me que apesar de grande parte da gestão ser da responsabilidade das Chefias, muitas das funções de gestão são delegadas nos EE. A REPE, seu artigo 10<sup>a</sup> acrescenta que *“Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar (...) cuidados de enfermagem* (REPE, 1996).

Os recursos humanos representam todas as pessoas que permitem o adequado funcionamento do serviço, desde os assistentes operacionais, aos médicos, enfermeiros, administrativos, entres outros. Neste tipo de gestão foi determinante o conhecimento acerca do funcionamento do sistema *Sisqual* para a elaboração do horário do pessoal de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais, bem como método de elaboração de plano de férias, elaboração de normas e procedimentos adequados ao bom funcionamento de um serviço, à exceção do estágio realizado em CSP em que os recursos humanos tanto na UCC como na USF são geridos de uma forma autónoma tendo por base a necessidade de intervenção nos projetos adjacentes a cada elemento.

A gestão de recursos materiais é feita de forma idêntica nos contextos de estágio com os quais contactei, à exceção da UCIN (local em que não foi possível identificar o processo de gestão de recursos), beneficiando da presença de sistemas informatizados que possibilitam uma gestão mais controlada e eficiente de todo o material, evitando rutura ou excesso de produtos (o que equivale a uma redução de custos), diminuição da possibilidade de

ultrapassar os prazos de validade impostos pelo fabricante, bem como diminui em grande o tempo despendido a realizar os pedidos, permitindo uma maior disponibilidade do profissional em outros assuntos. O EE é o elemento de referência promovendo na equipa a gestão eficaz e eficiente de todos os meios e equipamentos que tem ao ser dispor para prestar cuidados de qualidade; na identificação dos materiais/equipamentos em falta, tendo sempre em consideração todo e qualquer fator que pode interferir nestas necessidades (nomeadamente épocas do ano, taxa de ocupação, motivo de internamento, entre outros), bem como no controlo e manutenção do stock. Exceccionalmente, e em casos de “falha” nos recursos, são elaborados pedidos On-line, colmatando necessidades pontuais que não eram previstas pela equipa, situações essas que ocorrem com frequência no SU, em que se assiste a períodos de maior afluência, como é o caso dos períodos de Inverno ou em situações excecionais, muitas vezes difíceis de controlar, o que exige toda uma flexibilidade por parte da equipa.

Assim sendo, no SU assiste-se a uma reposição de materiais por níveis, o internamento em Pediatria, beneficia de um programa de stock avançado enquanto a gestão de materiais no âmbito de CSP é realizada diariamente por um sistema de reposição de stock, designado “*Kaisen*” que possibilita a recolocação de material clínico e material da farmácia, com uma periodicidade específica. O SU e unidade de internamento contam ainda com a funcionalidade do sistema PYXIS, permitindo um controlo mais adequado de produtos.

A gestão de cuidados na área de SIP é deixada, de um modo geral, à responsabilidade do EE, sendo benéfica a observação realizada à atuação das Enfermeiras tutoras, EE e grande parte dos turnos, responsáveis de turno. Na UCC este tipo de gestão, é baseada no trabalho realizado em prol dos projetos elaborados e apresentados à instituição, sendo realizadas reuniões mensais (2 por mês, geralmente), constituindo momentos de partilha e uma mais-valia, no que concerne à melhoria dos cuidados. No SU, apesar da distribuição dos Enfermeiros, por posto de trabalho, ser realizada pela Enf<sup>a</sup> Chefe, é destacado um Enf<sup>o</sup>, por norma EE que assume a posição de líder, que coordena toda a equipa, dá apoio nos locais de maior necessidade e gere possíveis situações de conflito, que com frequência surgem neste tipo de locais. Nos restantes locais, o plano de trabalho para cada turno é realizado tendo em conta as competências dos profissionais presentes e situação clínica do RN/criança/adolescente, mantendo uma continuidade de cuidados, de forma a possibilitar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

A liderança e a gestão de conflitos são indissociáveis da gestão realizada pelo EE, pelo que ao longo dos estágios realizados, pude perceber que é o EE que gere todas as situações de conflito, recorrendo a um conjunto de características que lhe são subjacentes, sendo muitas vezes considerado o líder da equipa, de forma a motivar todos os seu elementos em prol de cuidados de qualidade e consequentemente de ganhos em saúde, ainda mais quando se fala numa área tão particular e específica como é a de SIP. Assim sendo o EE é encarado como *“o líder inspirador de sua equipe para alcançar as metas estabelecidas no compromisso da melhoria da assistência, uma vez que competência de liderança abrange o desenvolvimento organizacional dos recursos humanos e a excelência no atendimento dos clientes”* (Cunha, et al., 2010 p. 319). Foi igualmente neste sentido, que atuei tendo em conta as minhas limitações e a minha posição enquanto aluna de pós- licenciatura.

Sendo o EE, reconhecido pela OE como aquele a quem são reconhecidas *“competências científicas, técnicas e humanas para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (REPE, 1996 p. 3), é certamente o profissional eleito para prestar cuidados de qualidade ao RN/criança/adolescente e respetiva família, logo detentor de um conjunto de competências e conhecimentos inerentes ao processo de supervisão e integração.

Desde o 1º dia que consultei todo o tipo de documentos, normas e manuais existentes nos locais de estágio, de forma a possibilitar uma adaptação e integração adequada aos mesmos. Assim sendo, constatei que nem todos os contextos assistenciais dispõem de documentação facilitadora para este processo. Apenas em CSP existe um manual de integração dos profissionais, encontrando-se o SU e a UCIN (Anexo XXXVI) *“dotado”* de documentação fundamental para um adequado processo de adaptação e consequentemente de satisfação e realização quer pessoal quer profissional. Enquanto elemento externo ao serviço, tentei transmitir aos elementos dos respetivos locais a importância de ter ao nosso dispor algo que oriente o nosso caminho e percurso, opinião essa que foi aceite e interiorizada.

Em todos os contextos de estágio, tive oportunidade de analisar e colaborar no processo de integração de novos elementos, com base num processo supervisivo, tendo em consideração que todas as instituições nas quais foram efetuados os estágios, são instituições de referência, favorecedoras do processo de formação, independentemente de se tratar de alunos de licenciatura, pós – licenciatura ou mesmo colegas na sua prática

profissional. No decorrer deste processo tive sempre em conta a relação profissional centrada na exigência, no conhecimento técnico e científico, no apoio, cooperação, companheirismo e formação específica, com o objetivo de orientar os novos elementos para a tomada de decisão autónoma, centrada na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo de todos os contextos de estágio, refleti ativamente sobre todas as minhas intervenções e tomadas de decisão tendo sido por base o conhecimento científico e zelando única e exclusivamente pela saúde, bem-estar, conforto e segurança dos utentes bem como dos elementos da equipa multidisciplinar, tendo por base os princípios gerais do código deontológico do Enf<sup>o</sup>.

### **2.1.3 Domínio da Formação**

A formação é um aspeto fundamental para o desempenho profissional, que emerge da necessidade de adaptação às constantes mudanças e evolução tecnológica e científica, presente nos dias de hoje. Além do mais, prestar cuidados à criança envolve um trabalho conjunto com a família/ pessoa significativa, que exige do Enf<sup>o</sup> um conjunto de competências específicas nesta área, para que esta possa usufruir de cuidados de excelência.

As ações formativas proporcionaram a aprendizagem de novos conhecimentos, os quais favorecem a aquisição de competências na área de especialidade, e a reflexão de todas as nossas intervenções. Igualmente importante, a formação em serviço, é o espaço ideal para este tipo de intervenção e cabe ao EE colaborar em ações de formação, transmitindo todo o conhecimento adquirido, aos profissionais de saúde.

A formação é sem dúvida, um dos domínios a ter em consideração por todo e qualquer EE, independentemente da sua área de especialidade. *“É a oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro, e para as «coisas da vida», bem como a estetização e a revelação da beleza e da utilidade dos cuidados de Enfermagem”* (Hesben, 2000 p. 138).

## **Competências Adquiridas**

- ✓ *Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;*
- ✓ *Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;*
- ✓ *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;*

**Objetivo:** Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal e profissional.

## **Atividades desenvolvidas**

- Reconheci na equipa uma preocupação acrescida, no âmbito da formação;
- Analisei o papel do EEESIP, na área de formação em serviço;
- Consultei os planos de formação, existentes nos diferentes contextos assistenciais;
- Realizei pesquisa bibliográfica exaustiva;
- Refleti ativamente, nos cuidados prestados;
- Promovi o desenvolvimento pessoal e profissional de outros elementos;
- Participei em sessões de educação para a saúde, ações de formação e encontros temáticos.

## **Reflexão**

A formação surge da necessidade de mudança, pelo que o En<sup>o</sup> deve estar consciente destas mesmas mudanças, possibilitando a aquisição de novas formas de comportamento, atuação e de adaptação a novas situações que emergem da sua prática de cuidados, e que exige competência, perícia e responsabilidade. Sendo o EE detentor de competências e conhecimentos científicos especializados, procura constantemente o seu enriquecimento pessoal e emocional bem como o enriquecimento dos outros, o qual é conseguido através da partilha de conhecimentos. A OE acrescenta que este profissional deve “*responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área de especialidade*” (OE, 2010 p. 10).

Ao longo de todos os contextos assistenciais pude constatar que existe por parte das

equipas, uma preocupação constante no que diz respeito à importância da formação contínua, encontrando-se recetivas às formações em serviço, às que são promovidas pelo núcleo de formação ou investindo na sua própria formação. Contudo ao longo da concretização dos estágios nos diferentes locais pude constatar, que nem todos possuem um plano de formação adequado às necessidades identificadas nos serviços. Exemplo disso, é o caso da UCIN, que apesar de ser um serviço extremamente organizado e composto por uma equipa bastante especializada, beneficiaria de um plano, que de certa forma, colmatasse algumas lacunas nomeadamente no que concerne à documentação da assistência ao RN, recorrendo a uma linguagem CIPE, uma vez que a equipa se encontra pouco familiarizada com este sistema, desconsiderando o facto do mesmo ser adequado a este tipo de unidades. O mesmo foi observado no serviço de Internamento de pediatria, que apesar de não usufruir um plano de formação incita a participação da maioria dos Enfermeiros do Serviço a participar no Curso de Enfermagem em Emergência Pediátrica, nomeadamente no ENPC que representa uma mais-valia para cada profissional bem como para as crianças que usufruem dos seus cuidados. Esta formação é sem dúvida importante, tendo em conta que pensámos numa unidade externa e distante do edifício principal, onde se torna necessária a atuação eficiente e eficaz do profissional de saúde, até à chegada de toda uma equipa especializada.

No SU, devido ao facto do atendimento ser direcionado para o RN, crianças e adolescentes com problemas de saúde súbitos e urgentes, torna-se necessário a atuação eficaz e eficiente do Enf<sup>o</sup> pelo que são elaboradas mensalmente formações, na sala de emergência, as quais infelizmente não tive oportunidade de assistir/participar, compreendendo no entanto a sua dinâmica.

No âmbito dos CSP foi importante observar a preocupação da ULSM em manter os elementos com conhecimentos atualizados e fundamentados em conhecimento científico, deparando-me com um plano de formação anual, abordando temáticas pertinentes. Contudo considero imprescindível a existência de uma interligação entre a UCC e USF, que muitas vezes é desvalorizada, o que pode gerar incongruências, informações contraditórios, conhecimento desatualizado, interferindo nos cuidados prestados. Penso que a solução passaria por formações conjuntas, em determinadas temáticas, como é o caso das sessões lecionadas no Projeto Bem-Me-Quer.

Ao longo de todos os contextos de estágio, houve uma necessidade constante de formação

peçoal, com vista a uma mudança de atitudes e um novo olhar sobre as coisas, de forma a manter um processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, refletindo criticamente na e sobre a prática. Para a concretização deste objetivo, ao longo de todo o meu percurso, realizei pesquisa bibliográfica de forma pertinente e contínua de forma a manter o conhecimento atualizado e válido e posteriormente partilhar informação, sensibilizando os elementos das equipas para a importância da formação. Igualmente importante foi a minha presença em SES, ações de formação e encontros temáticos que contribuíram para o enriquecimento do meu campo de conhecimentos, as quais passo a citar:

- Formação em serviço sobre linguagem CIPE/SAPE, no internamento de Pediatria;
- Sessão no âmbito dos “Cuidados Paliativos Pediátricos” (Internamento em Pediatria, realizada pela colega de estágio);
- Formação em serviço sobre “Gestão de conflitos e Gestão de Stress”, em contexto de CS;
- SES, no âmbito do Projeto Bem-Me-Quer, ao longo de todo o estágio em CSP;
- Encontro temático com CPCJ’s (Anexo XXXVII);
- Encontro de Pediatria subordinado ao tema “Perturbações do Desenvolvimento” (Anexo XXXVIII).

Para a efetivação deste objetivo, as estratégias/atividades planeadas, foram na sua totalidade implementadas.

### **Competências Adquiridas**

- ✓ *Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;*
- ✓ *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
- ✓ *Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;*
- ✓ *Promover a formação em serviço na área de EESIP.*

**Objetivo:** Desenvolver competências no âmbito da formação a pares.

### Atividades desenvolvidas

- Identifiquei necessidades formativas;
- Realizei pesquisa bibliográfica, sobre as necessidades formativas identificadas;
- Realizei formação ao grupo de pares: *“Infeção associada aos cuidados de saúde e tipos de isolamento”*;
- Furneci material de apoio à equipa multidisciplinar, com vista à aquisição de conhecimentos, resultante da pesquisa realizada;
- Analisei o impacto da formação realizada, nos elementos da equipa multidisciplinar.

### Reflexão

O EE, na sua área de especialidade detêm um papel importante na aquisição de competências, no domínio da formação. Enquanto aluna do mestrado em enfermagem com EESIP, e tendo em conta as competências anteriormente citadas, desde o primeiro dia de estágio procurei identificar “lacunas” ou necessidades formativas na equipa de enfermagem, pois *“para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos actores nas situações de trabalho, ou seja, que a interação com essa situação faça sentido”*. (Costa , et al., 2011 p. 18).

A oportunidade de desenvolver competências no âmbito da formação a pares surgiu em contexto de internamento em Pediatria. Desta forma, aquando da realização do estágio, foram algumas as temáticas identificadas, após uma observação e reflexão rigorosa dos cuidados prestados por toda uma equipa multidisciplinar, que do meu ponto de vista exigiam uma atenção minuciosa e que de certa forma careciam de investigação. A dor em pediatria, a parceria de cuidados e tipo/medidas de isolamento, foram desta forma identificadas e expostas à equipa, de forma a promover toda uma reflexão e análise quanto à pertinência de uma das temáticas a expor, em contexto formativo. Contrariamente ao que julgava ser a temática de escolha, os tipos/medidas de isolamento, foi sem dúvida considerada pela Enf<sup>a</sup> orientadora e restantes elementos da equipa, como de especial relevo e a ideal para abordar em contexto de formação em serviço, uma vez que existem imensas lacunas e a não uniformização de práticas, podendo colocar em causa a viabilidade e qualidade dos cuidados prestados.

Após pesquisa intensa, fundamentada e validada pelos elementos do controlo de infeção da respetiva instituição, sobre a temática a abordar no âmbito da formação de pares, foi distribuída informação referente à mesma (Anexo XXXIX), de forma a englobar o maior número de elementos possíveis, já que era do interesse não só dos elementos da Pediatria A, mas igualmente da Pediatria B e zona de isolamentos.

A formação “*Infeção associada aos cuidados de saúde e tipos de isolamento*” (Anexo XL) realizou-se no dia 19 de Novembro de 2012, pelas 14:45 contando com a presença de cerca de 12 elementos, aos quais foi entregue o plano de sessão (Anexo XLI). O número não muito elevado de elementos deveu-se ao facto de no mesmo dia ser realizada a formação da colega de estágio, algo que ficou aquém do nosso controlo. Desta forma foi impossível a presença de alguns profissionais em ambas as formações, que coincidiu igualmente com o horário de passagem de turno. Contudo, foi bastante gratificante a realização da mesma, pois senti que toda a informação transmitida constituiu sem dúvida um momento de aprendizagem, uniformizando alguns procedimentos e colmatando algumas lacunas inicialmente existentes. Pelo feedback recebido, sem dúvida que esta formação terá impacto na vida profissional de cada elemento que esteve presente, bem como daqueles em que não foi possível a sua presença, conseguida através de uma partilha de conhecimentos e do fornecimento de material de apoio, resultado de uma pesquisa aprofundada da temática em questão.

A avaliação da sessão foi efetuada por meio de questionário de avaliação, sendo os itens avaliativos referentes à minha prestação enquanto formadora e à formação, em si (Anexo XLII). Ao longo da formação, apercebi-me pela reação e expressão dos formandos, que a formação de interesse conjunto, sendo o mesmo comprovado aquando da entrega dos questionários de avaliação da sessão; prova disso foi o facto de na maioria dos questionários entregues, ao item: “Globalmente, as expectativas iniciais formam satisfeitas”, ser atribuído cotação máxima. De forma a enriquecer e complementar a formação, foram elaboradas as placas identificativas para os diferentes isolamentos, bem como as orientações para a família e o doente isolado, documentação igualmente disponibilizada ao longo da sessão (Anexos XLIII e XLIV).

Foi gratificante assistir a mudanças significativas na atuação dos profissionais, aquando da prestação de cuidados à criança, resultantes da aquisição de conhecimento por mim transmitidos, fundamentados em conhecimento científico e tendo por base os critérios da

instituição. Muito mais compensador é o facto, de ainda hoje, após término do estágio ser o elemento de referência, naquela equipa sendo pedida a minha colaboração para realizar uma formação no mesmo âmbito, mas direccionada para a equipa médica e assistentes operacionais.

#### **2.1.4 Domínio da Investigação**

A investigação em enfermagem é uma atividade de procura objetiva de conhecimento, com vista à melhoria contínua na prática de cuidados, sendo o EE o profissional detentor de um discurso claro, credível e cientificamente comprovado. Pretende-se, desta forma, que este profissional especializado não só analise as evidências encontradas, como proceda à sua aplicação na prática diária dos cuidados por si prestados. Complementando o que fora anteriormente referido “*os enfermeiros sentem cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam*” (Martins, 2008 p. 63).

A prática baseada na evidência deverá constituir a base da prática dos cuidados de enfermagem, que apenas será conseguida através da pesquisa bibliográfica assertiva, sendo a tomada de decisão baseada em conhecimento científico.

#### **Competências Adquiridas**

- ✓ *Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;*
- ✓ *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;*
- ✓ *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*
- ✓ *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*
- ✓ *Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.*

**Objetivo:** Analisar de forma crítica as implicações da investigação, no cuidado à criança e família.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Realizei pesquisa bibliográfica sobre uma diversidade de temáticas, específicas da área de SIP;
- Recorri a uma diversidade de métodos de pesquisa para fundamentar toda a informação existente, nos documentos elaborados;
- Incorporei na minha prática de cuidados, os resultados obtidos da investigação;
- Partilhei os resultados obtidos da investigação;
- Assumi uma atitude de carácter reflexivo e análise crítica;

### **Reflexão**

A prática baseada na evidência constituiu, desde sempre, o fio condutor ao longo de todo o meu estágio, independentemente do contexto assistencial, na medida em que todas as minhas decisões e intervenções foram fundamentadas em conhecimento científico. Além do mais, e como refere (Martins, 2008) só através da investigação é possível o contínuo desenvolvimento da profissão, com base em tomada de decisões pertinentes, de forma a prestar cuidados de qualidade.

Na medida em que me encontro a realizar uma pós-licenciatura em enfermagem de especialização em SIP, área bem distante da minha prática diária de cuidados, senti uma necessidade acrescida em realizar uma pesquisa bibliográfica aprofundada, não só através de manuais como também de base de dados, sobre uma diversidade de temáticas, específicas da área de especialidade, de acordo com as exigências sentidas em cada contexto de estágio, bem como fundamentação em todos os documentos elaborados. A minha pesquisa resultou de toda uma busca constante em ferramentas úteis como o RCCAP, MEDLINE, B-ON, recurso a livros, circulares normativas, artigos e revistas científicas, possibilitando toda uma incorporação de resultados científicos, essenciais à minha prestação de cuidados com qualidade. Igualmente importante foi o mobilizar de conhecimentos teóricos adquiridos, aprofundar e desenvolver competências nos vários domínios, bem como abordar os elementos da equipa multidisciplinar, “verdadeiros tesouros”, que possibilitaram toda uma reflexão e análise crítica, sobre uma diversidade de situações e temáticas, o que possibilitou não só o meu crescimento pessoal e profissional, como o crescimento de todos os elementos.

A pesquisa realizada foi determinante para a concretização dos meus objetivos, procurando a aquisição de competências do EE em SIP, e de forma a aplicar na minha atuação para com a criança/família, conhecimentos provenientes da investigação, com fundamentação e validação. A utilização dos resultados provenientes da mesma, foi fundamental para os ensinamentos realizados, nas SES para a saúde, na elaboração de documentos, para a aquisição de conhecimentos na área de SIP com os quais não me encontrava familiarizada, bem como para uma prática de cuidados especializados na respetiva área, e conseqüentemente para o meu processo de crescimento.

A área de SIP apresenta particularidades específicas que associada ao facto anteriormente referido exigiu da minha parte todo um investimento e flexibilidade criteriosas, realizando pesquisas pertinentes ao longo dos diferentes módulos de estágio, o que possibilitou uma assistência adequada ao RN/criança/jovem e respectiva família.

O módulo III, dada a sua especificidade e complexidade foi aquele que exigiu um investimento maior da minha parte. Encontrando-se este subdividido entre SU e UCIN considero adequado falar separadamente de situações que de certa forma impuseram a necessidade de uma reflexão e pesquisa pertinente. Assim sendo em contexto de UCIN, procurei entender a importância do programa NIDCAP de forma a proporcionar cuidados individualizados e centrados no desenvolvimento ao RN e respetivas famílias internadas numa UCIN, em que sem dúvida, a reflexão sobre este assunto e através da prática baseada na evidência, possibilitou colmatar a lacuna existente face a esta temática. De igual modo, o contacto com RN ventilados, impôs-se um enorme desafio sendo necessário todo um conhecimento sobre as diferentes formas de suporte ventilatório, o qual foi conseguido através do diálogo informal com a Enfª Orientadora, pesquisa bibliográfica, bem como durante a prestação de cuidados ao RN ventilado. Sendo um estágio de grande relevo tendo em conta a diversidade de patologias e especificidade de procedimentos, foi igualmente importante e benéfico o conhecimento e contacto com uma das técnicas raramente utilizadas, ECMO, realizada a dois RN com diagnóstico de Hipertensão Pulmonar Persistente no RN, em que o sucesso se deveu uma vez mais à colaboração de toda a equipa e dos conhecimentos adquiridos através da Investigação. No SU, por si só e como o próprio nome indica a atuação em situação de emergência ou mesmo urgência requer habilidade práticas e eficiência no momento de atuar, mas igualmente a posse de conhecimento atualizado e científico, pelo que procedi igualmente à pesquisa de dados

relativos a esta realidade. A relação terapêutica num SU, bem como a atenção dada à dor/sofrimento quer da criança quer da família constituíram duas temáticas de especial enfoque, sugestivas de ser investigadas pelo que após obtenção de resultados de investigação com recurso à pesquisa bibliográfica, os mesmos foram incorporados na prática e transmitidos à equipa multidisciplinar.

No módulo II, fui confrontada com alguns síndromes aquando da prestação de cuidados à criança/família, o que associado ao facto, do internamento em Pediatria A, abranger uma diversidade de especialidades, conhecimentos em áreas para mim desconhecidas como a ortopedia e oncologia pediátrica, administração e preparação de alguns fármacos, procedimentos em pediatria, entre muitas outras coisas. De igual modo fui confrontada com alguns problemas, nomeadamente a necessidade de sensibilizar e responsabilizar os profissionais de saúde para a incidência da infeção associada aos cuidados, particularmente na área de pediatria, recorrendo desta forma à investigação de forma a transmitir conhecimento válido.

No contexto de CSP, e no âmbito do Projeto Bem-Me-Quer, sem dúvida que a temática “Parentalidade”, constitui um tema passível de investigação, que merece especial atenção por parte dos profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros, responsáveis por promover o desenvolvimento adequado dos papéis parentais, uma vez que interfere em muito no adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

**Objetivo:** Desenvolver um projeto no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, no CSSH.

### **Atividades desenvolvidas**

- Realizei pesquisa bibliográfica pertinente;
- Identifiquei lacunas no que respeita à rede de cuidados continuados integrados;
- Reconheci a importância de alargar a rede de cuidados continuados integrados, à Pediatria;
- Solicitei a consulta de dados referente às crianças com necessidades especiais, apoiadas pela instituição;
- Iniciei um pré-projeto no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos.

## **Reflexão**

Este objetivo surge única e exclusivamente, em contexto CSP, face a uma lacuna encontrada na rede de cuidados continuados integrados. A reconfiguração dos CSP possibilitou uma mais-valia no que concerne à prestação de cuidados de qualidade, possibilitando a criação das USF e UCC.

No âmbito da saúde infantil, a ULS Matosinhos já disponibiliza vários serviços à população, contudo percebi que os cuidados continuados integrados encontravam-se única e exclusivamente direcionados para a população idosa e doentes crónicos, assegurando a sua transição e continuidade, excluindo a área de Pediatria. Contudo, e como se encontra definido pelo (Ministério da Saúde , 1999), assiste-se nos últimos anos a mudanças significativas, em que as doenças crónicas se associam não só à população idosa, mas também à população infantil. De igual modo as mudanças tecnológicas, sociais e políticas possibilitam respostas adequadas a situações de especial complexidade pediátrica para as quais anteriormente não havia resposta. A prestação de cuidados continuados é assumida por (Manual Sinais Vitais, 2005), como um direito fundamental do cliente, sendo o apoio domiciliário encarado como uma alternativa válida e eficaz ao internamento/hospitalização, favorável ao bem-estar quer da pessoa, que da família/pessoas significativas. É neste sentido que surge a necessidade de implementar um projeto na área de influência da ULS de Matosinhos que beneficie não só a criança/família como a própria instituição de saúde. Surge assim a necessidade e motivação necessária para a criação de uma unidade no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP).

Para a concretização deste objetivo foi necessário todo um investimento pessoal e revisão exaustiva da bibliografia disponível, comprovando as limitações existentes no âmbito da pediatria e um levantamento minucioso do nº de crianças que poderia fazer parte deste projeto. Visto as crianças identificadas representarem um nº extremamente reduzido, levou a supor que seria necessário uma procura mais abrangente na ULSM. Assim sendo e antes de dar início a este longo, mas prazeroso processo, foi elaborada uma carta de permissão de consulta dos dados (Anexo XLV) considerados relevantes, de forma a confirmar a viabilidade e pertinência deste projeto, bem como a elaboração do esboço de um pré-projeto (Anexo XLVI). Apesar de todos os entraves e obstáculos encontrados foi obtida, com brevidade, uma resposta afirmativa, possibilitando o desenrolar deste novo projeto, benéfico para a ULSM. Devido ao término do estágio, infelizmente este desafio, não foi na

sua totalidade concluído, contudo a sensação foi o de “dever” cumprido e a intenção de dar continuidade ao mesmo, num momento futuro. Prova disso é a inscrição realizada num Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, a realizar no dia 5 de Março (Anexo XLVII) e a minha palavra deixada à Enf<sup>a</sup> Orientadora.

Em modo de conclusão deixo a apreciação feita pela OE que afirma que a *“Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (...). Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena”* (OE, 2006 p. 1).

### 3. Considerações Finais

O estágio é o complemento imprescindível do ensino teórico, pois permite a mobilização e integração de saberes na prática, possibilitando o desenvolvimento de competências específicas para a prestação de cuidados, na área de especialidade. Desta forma a elaboração deste relatório foi fundamental para o desenvolvimento do meu sentido crítico e reflexivo ao permitir toda uma análise referente às experiências e competências adquiridas durante o estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo dos diferentes contextos assistenciais adquiri e aprofundei as competências definidas no plano de estudos, as quais se encontram agrupadas em domínios de atuação, nomeadamente na área da gestão, formação, investigação e prestação de cuidados, recorrendo a um conjunto de atividades específicas. A salientar, a formação a pares realizada em contexto de módulo II, subordinada ao tema “*Infeção associada aos cuidados de saúde e tipos de isolamento*”, a elaboração de um pré-projeto no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, aquando da realização do Módulo I, e a análise crítico-reflexiva da intervenção do Enfermeiro Especialista, no que concerne à área de Gestão. A prestação de cuidados especializados à criança/ família, sustentada em pressupostos científicos, representou a centralidade do processo de aquisição de competências, direcionando a minha atuação para a promoção do desenvolvimento e adaptação dos mesmos, aos processos de saúde e doença. Assim sendo, assisti cerca de 225 crianças/família em diferentes faixas etárias, mais especificamente 50 em contexto de cuidados de saúde primários, 90 em situações de doença aguda e/ou crónica em serviços de internamento de pediatria, 60 em contexto de serviço de urgência e 25 na unidade de cuidados intensivos neonatais. Sem dúvida que todas as unidades de saúde proporcionaram o contacto com excelentes campos de estágio, sendo o desenvolvimento das competências possíveis graças ao apoio, disponibilidade e colaboração de todos os elementos das diferentes equipas multidisciplinares, determinantes no meu processo de crescimento pessoal e profissional.

Ao longo deste percurso, foram algumas as dificuldades/limitações com as quais fui

confrontada, nomeadamente o contacto com uma realidade distinta da minha, a conciliação do horário profissional com a carga horária de estágio, a posição complicada de ser profissional e ao mesmo tempo aluna de pós-licenciatura, o stress associado a situações complexas, a gestão de todo um conjunto de sentimentos e o cansaço. Contudo, foi com imensa motivação e determinação que as mesmas foram superadas, tendo sempre em mente grandes momentos vividos em parceria com a criança e família, por quem vale a pena lutar.

O balanço de todo o meu percurso foi bastante positivo e produtivo, tendo em conta as competências adquiridas e aprendizagens realizadas, decisivas para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como para a prestação de cuidados especializados e de excelência à criança/família, visando uma melhoria contínua dos cuidados prestados. Além do mais, finda esta longa caminhada sinto que me encontro cada vez mais próxima da concretização de um grande sonho – ingressar na área de saúde infantil e pediátrica.

Para finalizar, gostaria de deixar a minha sugestão, a qual poderá beneficiar futuramente os alunos de pós- licenciatura e que se centra no número de horas disponibilizadas para a concretização do módulo III de estágio. Considero que este módulo não deveria ser subdividido em SU Pediátrico e UCIN, visto tratar-se de dois contextos de estágio extremamente ricos e específicos. Sem dúvida que ao ser disponibilizado um maior número de horas a cada contexto assistencial, facilitaria em muito a integração nos respetivos locais e conseqüentemente o desenvolvimento de competências específicas para a prestação de cuidados especializados à criança/família. Não pretendo com isto dizer, que este contexto adquire importância superior face aos restantes, mas sim relevância semelhante. Assim sendo, a minha sugestão passa pela redistribuição equitativa do número total de horas, por quatro e não três módulos de estágio ou então contemplando um total de horas superior ao que se encontra previsto no plano de estudos, em que o módulo III comportaria um total de 360 horas, subdividido em SU Pediátrico e UCIN suportando, desta forma, a unidade curricular, um número superior de horas de contacto, nos diferentes contextos de estágio.

#### 4. Bibliografia

**Adam, Evelyn. 1994.** *Ser Enfermeiro*. Lisboa : Instituto Piaget, 1994.

**Afonso, C. et al. 2008.** *Portefólio: Uma ferramenta de apoio à reflexão continuada*. s.l. : Noesis, 2008.

**Almeida, Armando. 2012.** *Supervisão de Cuidados*. Porto : Universidade Católica , 2012. Aulas leccionadas no âmbito da Pós- Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

**Almeida, M<sup>a</sup> Fernanda Branco de, et al. 2004.** *Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia*. São Paulo : Atheneu, 2004.

**Alto comissariado para a Saúde.** Amamentar. O sítio do Aleitamento Materno para cidadãos e profissionais de saúde. [Online] <http://www.amamentar.pt>.

**Amlung, Stephanie, et al. 1999.** *Enfermagem Materno-Infantil - Plano de Cuidados*. 3<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro : Reichmann & Affonso Editores, 1999. ISBN:85-87148-60-5.

**Andrade, Filipa, Guerreiro, Antónia e Loureiro, Fernanda. 2012.** *Promoção de saúde num serviço de internamento em pediatria*. Nº 284/285, Outubro/Novembro, ano 24 de 2012, pp. 4,5,6 e 7. Revista de formação contínua em Enfermagem.

**Associação para a promoção da Segurança Infantil.** Segurança Rodoviária. Sitebysite. [Online] [Citação: 2 de Dezembro de 2012.] <http://www.apsi.org.pt>.

**Batalha, Luis. 2010.** *Dor em Pediatria*. Lisboa : Lidel, 2010. ISBN: 9789727575930.

**Biblioteca Médico- Científica para a família. 2005.** *ABC do Crescimento*. Matosinhos : QUIDNOVI, 2005. Vols. 1-18.

**Bobak, Irene M., et al. 1995.** *Enfermagem na Maternidade*. 4<sup>a</sup> Edição. Loures : Lusociência, 1995. ISBN: 972-8383-09-6.

**Bolander, V.R. 1998.** *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. 1<sup>a</sup> Edição. Lisboa : Lusociência, 1998.

**Brazelton, T. Berry. 2010.** *O grande livro da criança*. 12<sup>a</sup> Edição. Lisboa : Editorial Presença, 2010. ISBN: 978-972-23-1930-0.

**Cardoso, Alice. 1999.** *Manual de tratamento da dor crónica*. Lousã : Lidel - Edições técnicas, Lda, 1999. ISBN: 972-757-056-9.

**Carrilho, Eugénia Monteiro e Palminha, J. Martins. 2003.** *Orientação Diagnóstica em Pediatria - Dos sinais e sintomas ao Diagnóstico Diferencial*. Lousã : LIDEL, 2003. Vol. volume 1 e 2. ISBN: 978-972-757-248-9.

**Carvalho, Amílcar, et al. 2003.** *Gestão, Formação e Investigação em Enfermagem: Partilha de experiências*. 1ª Edição. Coimbra : Direcção do serviço de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 2003. Vol. volume 2. ISBN: 972-9051-30-5.

**Casey, Anne e Mobbs, Sarah.** *Partnership in practice*. s.l. : Nursing Time. Vols. Vol. 84, Nº4.

**Ceia, Carlos. 2000.** *Normas para apresentação de trabalhos científicos*. 3ª Edição. s.l. : Editorial Presença, 2000.

**Centro Hospitalar de São João (CHSJ). 2011.** Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico, da Região Norte - Normas de ativação e critérios de transporte. 2011.

**Centro Hospitalar São João (CHSJ). 2011.** Centro Hospitalar São João, EPE. [Online] Abril de 2011. [Citação: 20 de Abril de 2012.] <http://www.chsj.pt>.

**Centro Hospitalar de São João (CHSJ). 2006.** Um Hospital Pró Joãozinho. [Online] 2006. [Citação: 8 de Outubro de 2012.] <http://www.ojoazinho.com/>.

**Collinson, Gill e Hamer, Susan. 1999.** *Evidence - Based Practice*. s.l. : Baillière Tindall, 1999. Royal College of Nursing.

**Conselho Internacional de Enfermagem, CIE. 2006.** CIPE. Versão 1.0. Tradução Ordem dos Enfermeiros. Lisboa : s.n., 2006.

**Costa , Arminda, Costa , Nilza e Serrano, Maria Teresa. 2011.** Artigo de Investigação - Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). s.l. : Revista de Enfermagem, 2011. Vols. Referencia III, Nº3.

**Costa, Kátia Néyla de Freitas Macedo, et al. 2010.** *Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar*. [Online] 2010. [Citação: 04 de 02 de 2013.] <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm>. ISSN: 1518-1944.

**Costa, Mª de Lourdes Gil Patrício Varandas da. 2011.** *Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercursão da formação na qualidade de cuidados*. Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias. Lisboa : Instituto de Ciências da Educação, 2011.

**Craig, Jean V, Mullally, Sarah e Smyth, Rosalind L. 2004.** *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2004. ISBN:972-8383-61-4.

**Crescêncio , Erica da Paixão, Leventhal, Lucila Coca e Zanelato, Suzana. 2009.** [Online] 2009. [Citação: 4 de Fevereiro de 2013.] <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>. ISSN: 1518-1944.

**Cronam, Kate e Selbst, Steven M. 2001.** *Segredos em Emergência Pediátrica*. Porto Alegre : Artmed Editora, 2001. ISBN: 1-56053-411-7.

**Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm, Feldman, Liliane Bauer e Ruthes, Rosa Maria. 2010.** *Foco no cliente: Ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem*. São Paulo : Revista Brasileira de Enfermagem, Março/Abril de 2010. Vols. vol 63, Nº 2.

**Cunha, Sara Raquel, Queiroz, Ana Albuquerque e Meireles, Maria Amélia. 2007.** *Investigar para compreender*. Loures : Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-38-7.

**Diário da Republica (DR). 2008.** Decreto - Lei 28/2008 (1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008). [Online] 22 de Fevereiro de 2008. [Citação: 8 de Janeiro de 2013.] <http://www.portaldasaude.pt>.

**Diário da República (DR). 2011.** Lei de Protecção de crianças e jovens em perigo. 2011. Vol. vol. Nº204. Lei nº 147/99 de 1 de Setembro .

**Diogo, Paula. 2012.** *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiencia emocional no acto de cuidar*. Loures : Lusociência , 2012. ISBN: 978-972-8930-75-2.

**Direcção Geral de Saude (DGS). 2001.** Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Lisboa : s.n., 2001. ISBN:972-9425-62-0.

**Direcção Geral de Saúde (DGS). 2005.** Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de actuação. Lisboa : s.n., 2005.

**Direcção Geral de Saúde (DGS). 2006.** Programa Nacional de Saúde Escolar. s.l. : Ministério da Saúde: Divisão de Saúde Escolar, 2006. Despacho nº 12.045/2006 (2ª série) publicado em Diário da República nº. 110 a 7 de junho.

**Direcção Geral de Saúde (DGS). 2007.** Programa Nacional de Prevenção e Contolo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Março: Lisboa : s.n., 2007.

**Direcção Geral de Saúde (DGS). 2010.** *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. s.l. : Ministério da Saúde, 2010.

**Direcção Geral de Saúde (DGS). 2011.** Dor como 5º sinal vital - registo sintomatico da intensidade da dor. [Online] 2011. [Citação: 4 de Fevereiro de 2013.] <http://www.dgs.pt/>.

**Direcção Geral de Saúde (DGS) . 2011.** Maus tratos em Crianças e Jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. s.l. : Direcção-Geral da Saúde, 2011.

**Direcção Geral de Saúde (DGS). 2011.** Plano Nacional de Vacinação 2012. Portugal : s.n., 2011.

**Docentes da UCP. 2011/2012.** Aulas leccionadas nas Unidades Curriculares . Porto : UCP Porto, 2011/2012.

**Feldman, Ruth Duskin, Olds, Sally Wendkos e Papalia, Diane E. 2001.** *O Mundo da Criança*. Amadora : McGraw Hill de Portugal, Lda, 2001. ISBN: 972-773-069-8.

**Fernandes , Ananda. 2010.** *The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain*. Universidade de Lisboa. Lisboa : Repositório da Universidade de Lisboa, 2010. Tese de Doutoramento. <http://repositorio.ul.pt>.

**Fernandes, Ananda. 2000.** *Crianças com Dor - o quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra : Quarteto Editora, 2000. ISBN: 972-8535-49-X.

**Ferraz, Carla e Ribas, M<sup>a</sup> José. 2010.** *O papel da comunidade*. 2010, Vols. Vol. XIX, N<sup>o</sup>3. Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia.

**Gameiro, Manuel Henriques. 1999.** *Sofrimento na Doença*. Coimbra : Quarteto, 1999. ISBN: 972-8535-06-6.

**Gaspardo, Claudia M., Linhares, Maria Beatriz M e Martinez, Francisco E. 2005.** *A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistémica da literatura*. Porto Alegre : s.n., 2005. Vols. vol.81, n<sup>o</sup> 6. Jornal de Pediatria. ISSN: 0021-7557.

**Gil, Helena e Inácio, Ana. 2010.** *Corpo das Palavras - Kit bibliográfico de apoio às sessões de educação sexual no 1<sup>o</sup> ciclo do Ensino Básico*. s.l. : APF - Associação para o planeamento da família, 2010.

**Gonçalves, Daniela e Ramalho, Rui. 2009.** Portefólio reflexivo como estratégia de formação. [Online] 2009. [Citação: 7 de Outubro de 2012.] Rcaap.

**Hanson, Shirley May Harmon. 2005.** *Enfermagem de cuidados de saúde à família- Teoria, Prática e Investigação*. 2<sup>a</sup> Edição. Loures : Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-83-5.

**Hesben, Walter. 2000.** *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures : Lusociência, 2000.

**Hockenberry, Marilyn J, Wilson, David e WinKelstein, Marilyn L. 2006.** *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro : Mobsy Elsevier, 2006.

**Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011.** *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8<sup>a</sup> Edição. Rio de janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.

**INFARMED. 2006.** EMLA e Vacinação. [Online] 2006. [Citação: 30 de Janeiro de 2013.] <http://www.infarmed.pt>.

**Instituto de apoio à criança (IAC). 2006.** *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem*

*no Hospital*. 1ª. Lisboa : Quarto Crescente, Lda, 2006. ISBN:972-8003-23-4.

**Instituto de Apoio à Criança (IAC). 1998.** Carta da criança hospitalizada / Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa : IAC : s.n., 1998

**Instituto de Apoio à criança (IAC). 2008.** Carta da Criança Hospitalizada. 4ª Edição Lisboa : Instituto de apoio à criança, 2008.

**Instituições de Apoio à criança (IAC).** Caso do Caminho. [Online] [Citação: 29 de Janeiro de 2013.] <http://www.casadocaminho.pt>.

**Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO).** Cuidados Alimentares em Neutropenia no Domicílio. [Online] <http://www.ipoporto.min-saude.pt>.

**Jorge, Ana Maria. 2004.** *Família e Hospitalização da criança - (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004. ISBN:972-8383-79-7.

**Kavanagh, Wendy. 2009.** *Massagem para os bebés: Massagens e reflexologia para bebés e crianças*. London : Arteplural Edições, 2009. ISBN: 978-989-8013-60-6.

**Kolkaba, Katharine. 1992.** Holistic confort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, Nº15. [www.thecomfortline.com/confort\\_theory](http://www.thecomfortline.com/confort_theory). [Online] 1992. [Citação: 13 de Novembro de 2012.]

**Lopes, Mª João Rebelo. 2011.** *Relatório de Estágio*. Lisboa : Universidade Católica, 2011.

**LouShort, Billie e Williams, Lisa. 2010.** *ECMO Specialist Training Manual - Extracorporeal Life Support Organization*. 3ª Edição. s.l. : RNC - NIC, 2010. ISBN: 978-0-9656756-3-5.

**Mano, Maria João. Nº 8. Maio de 2002.** *Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais*. Coimbra : Revista Referência, Nº 8. Maio de 2002.

**Manual Sinais Vitais. 2005.** *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. 2ª Edição. Coimbra : FORMASAU - Formação e Saúde, Lda, 2005. ISBN: .

**Martins, José Carlos Amado. 2008.** *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Coimbra : Pensar em Enfermagem, 2008. Vols. 12, Nº2. Artigos de reflexão.

**Martins, José Carlos. 2008.** *Pensar em Enfermagem. Investigação em Enfermagem:*

*alguns apontamentos sobre a dimensão ética.* 2º Semestre de 2008, Vol. 12.

**Martins, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva e Mendes, Maria Goreti Silva Ramos. 2012.** *Parceria nos cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à acção dos enfermeiros.* s.l. : Revista de Enfermagem, III série - nº 6, Março de 2012.

**Metzger, Christiane, et al. 2002.** *Cuidados de Enfermagem e dor.* Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2002. ISBN: 972-8383-32-0.

**Ministério da Saúde . 1999.** *Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar do século 1998-2002.* Lisboa : Minsitério da Saúde , 1999.

**Moura, Elisabete Conde Pinto e Ribeiro, Ana M<sup>a</sup> Lourenço Dias. 2008.** *Guia Orientador da Consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil. Versão 4* Matosinhos : Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2008.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2002.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2002.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2003.** *Do caminho percorrido e das propostas.* Lisboa : Conselho de Enfermagem, 2003.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2006.** *Investigação em Enfermagem - Tomada de Decisão.* Lisboa : s.n., 2006.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2006.** *Tempo de Mudança.* s.l. : Revista da Ordem dos Enfermeiros, Nº22, 2006. ISBN: 978-972-99646-9-5.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2008.** *Dor - Guia Orientador de Boa Prática.* s.l. : Cadernos da Ordem, Junho de 2008. Vols. Serie I, Nº1. ISBN: 978-972-99646-9-5.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2008.** *Servir a comunidade e garantir qualidade: "Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários".* [Online] 2008. [Citação: 4 de Fevereiro de 2013.] <http://www.ordenfermeiros.pt>.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2009.** <http://www.ordemenfermeiros.pt>. *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue.* Junho de 2009. ISBN: 978-989-96021-6-8.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2010.** *CIPE - Classificação para a Prática de Enfermagem - Versão 2.0.* s.l. : International Council of Nurses, 2010.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2010.** *Guias Orientadores de Boa Prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Entrevista ao Adolescente. Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010. Vol. I, Cadernos da Ordem: Série I, Nº3.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2010.** *Guias Orientadores de Boa Prática em enfermagem*

de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros , 2010. Vol. Volume I.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2010.** Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Online] 29 de Maio de 2010. [Citação: 5 de Abril de 2012.] [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_comp\\_etencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_comp_etencias_comuns_enfermeiro.pdf).

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2010.** *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.* [Online] 2010. [Citação: 5 de Novembro de 2012.] <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

**Ordem dos Enfermeiros (OE) . 2011.** CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros , Fevereiro de 2011. ICN - International Council of Nurses. ISBN: 978-92- 95094-35-2.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2011.** Guias Orientadores da Boa Prática em Enfermagem Infantil e Pediátrica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011. Vol. Volume III. 978-898-844-01-1.

**Ordem dos Enfermeiros (OE). 2011.** Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Online] 18 de Fevereiro de 2011. [Citação: 22 de fevereiro de 2013.] Regulamento n.º122/2011. [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista).

**Pedro, João José Boieiro. 2009.** *Parceiros no cuidar: A perspectiva do cuidador do Enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica .* Universidade do Porto. Porto : s.n., 2009. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem.

**Pereira, Natália das Graças Garcia. 2008.** *Comunicação de Enfermeiro/utente num serviço de urgência.* Lisboa : s.n., 2008. Dissertação de Mestrado em comunicação em saúde.

**Pimentel, Maria Helena. 2001.** *Mitos e Ideias Incorrectas acerca da dor na criança.* Abril de 2001.

**Pires, Maria João Felgueiras. 2011.** *Promoção do Desenvolvimento Infantil.* 2011. Relatório para Obtenção do Grau de Mestre em enfermagem, co Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. obtido em <http://repositorio.ucp.pt> a 30 de Janeiro de 2013.

**Portugal.Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Decreto de Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto de Lei Nº 104/98 de 21 de Abril.** <http://www.ordemenfermeiros.pt>. [Online] Decreto de Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto de Lei Nº 104/98 de 21 de Abril. [Citação: 5 de Novembro de 2012.]

**Riley, Júlia Balzer. 2004.** *Comunicação em Enfermagem.* 4ª. Loures : Lusociência, 2004.

**Santos, Andrea Oliveira. 2011.** *NIDCAP®: Uma filosofia de Cuidados....* 2011, Vols. vol.XX, nº 1. Artigo de revisão.

**Sheehy, Susan. 2001.** *Enfermagem de Urgência - Da teoria à Prática* . Loures : Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9.

**Simões, Adeildo. 2002.** *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A, 2002.

**Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2004.** Consensos Nacionais em Neonatologia. Coimbra : Sessão de Neonatologia, 2004.

**Tavares, Patrícia Pombo. 2011.** *Acolher brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures : Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda., 2011. ISBN: 978-972-8930-70-7.

**UNICEF, Comité Portugues. 2008.** Manual de Aleitamento Materno. s.l. : Edição Revista, 2008. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

**Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). 2011.** Manual de Integração: USF Horizonte. 2011.

**Unidade Local de Matosinhos (ULSM).** Unidade Local de Matosinhos. [Online] [Citação: 4 de Novembro de 2012.] <http://www.ulsm.min-saude.pt>.

**Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). 2009.** Plano de Acção: 2010-2012: UCC de Matosinhos. Matosinhos : ULSM, 2009.

**Universidade Católica Portuguesa (UCP). 2011.** Regulamento Geral. Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional. Porto : Instituto de Ciências da Saúde do Porto, 2011.

**Veiga, M.A.P.L.F. 1994.** *Cuidar na intimidade, intimidade no cuidar: Sentimentos vividos por Enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção da vida*. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas, 1994. Dissertação no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

**Vidal, Inês Fonseca Forja da Cunha. 2010.** *Dor no recém-nascido*. Coimbra : Universidade de Coimbra, 2010. Artigo de Revisão.

**Wong, Donna L. 1999.** *Enfermagem pediátrica - Elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1999.

**Xavier, M<sup>a</sup> João Marques . 2011.** *O Bem-estar subjectivo de adolescentes institucionalizados*. Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia. Lisboa : s.n., 2011. Dissertação de Mestrado. consultado no RCAAP a 28/02/2013.


# ANEXOS



## Anexo I – Plano de estágio




Ano	2012														2013											
Semestre	1º Semestre						2º Semestre						3º Semestre													
Mês	Abril		Maio				Junho		Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro								
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	19	2	7	14	21	28
da Semana	28	5	12	19	26	2	9	16	23	6	13	21	27	3	10	17	24	1	8	17	20	5	12	19	26	2
	23 abril a 23 maio				24 maio a 23 junho				1 Out. a 27 Out.			29 Out. a 24 Nov.			26 Nov. a 5 janeiro.			7 janeiro a 02 fevereiro.								
<b>Carina Sofia Oliveira Correia</b>	Hospital São João				Hospital São João				Hospital São João						CS Senhora da Hora											

 Internamento de Pediatria

 Centro de Saúde

 Urgência

 Neonatologia



## Anexo II – Plano de estudos





## Objetivos e Competências a desenvolver

Apresentam-se os Objetivos Gerais e Específicos propostos pelo Plano de Estudos do Curso, que pretendem orientar globalmente as competências a desenvolver.

### Objetivos Gerais:

Com o presente Estágio pretende-se que o aluno demonstre:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

### Objetivos Específicos:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
11. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
28. Promover a formação em serviço na área de EESIP;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

### Anexo III – Caracterização dos locais de estágio



### **Serviço de Urgência e Serviço de Neonatologia do CHSJ**

O Hospital de São João foi inaugurado a 24 de Junho de 1954, sendo considerado o maior hospital da região Norte e o segundo maior do país. É um hospital universitário com uma ligação à Faculdade de Medicina do Porto, prestando assistência direta à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos vizinhos. Atua como centro de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas. Para muitas especialidades e áreas do saber médico é a última instância no país em termos de diagnóstico e tratamento.

Em 31 de Dezembro de 2005, o Hospital de São João passou a Entidade Pública Empresarial, dando início a um processo de reorganização interna e de investimento em melhores condições hoteleiras para os seus doentes e desde Março de 2011, que a instituição é designada por CHSJ, EPE.

O CHSJ é constituído por um edifício de 11 pisos, 2 dos quais se localizam no subsolo e por um conjunto satélite de edifícios. Dentro do edifício principal alberga os serviços de urgência, internamento, especialidades médicas e cirúrgicas, laboratórios, imagiologia, hoteleiros e a globalidade dos serviços administrativos e de gestão. Possui ainda uma variedade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados.

O SU do CHSJ é diferenciado em Pediátrico e de Adultos, no entanto, em algumas das especialidades os serviços são comuns (Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia), realizando o atendimento urgente num espaço físico externo à área da urgência.

Todos estes serviços estão agrupados em 6 Unidades Autónomas de Gestão: Medicina, Cirurgia, Mulher e Criança, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, urgência e cuidados intensivos e da Saúde Mental.

O módulo III, referente ao SU e neonatologia, foram realizados na instituição anteriormente referida, sendo as informações recolhidas do site da respetiva instituição. A urgência pediátrica localiza-se no piso 1, ao passo que a neonatologia se localiza no piso 2.

O SU Pediátrica está sedado no CHSJ, EPE e é o único na área Metropolitana do Porto, abrangendo toda a Região Norte do país. O processo de implementação deste serviço iniciou-se há cerca de nove anos, face à necessidade de garantir uma assistência de qualidade à criança e família em situação de doença aguda, urgente ou emergente, na região. Desde o início que a urgência Pediátrica do Porto envolve os Pediatras do próprio hospital, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e ainda das Unidades dos Hospitais Maria Pia e Santo António, actualmente reunidas no Centro Hospitalar do Porto.

Este serviço encontra-se disponível 24 horas por dia e abrange todas as crianças até aos 17 anos

e 364 dias, que se encontrem inscritos nos Centros de Saúde dos concelhos do Porto, Gondomar, Maia, Matosinhos e Valongo. Sempre que necessário este serviço poderá recorrer a uma diversidade de especialidades (Especialidades Cirúrgicas, Ortopedia, Ginecologia, Neurologia, Ginecologia, entre outras); a realçar o facto de que a especialidade de oftalmologia se encontrar repartida entre o Hospital São António e CHSJ, sendo os primeiros quinze dias de cada mês da responsabilidade do CHSJ e os restantes quinze do Hospital de Santo António.

Estruturalmente, o serviço de urgência apresenta várias áreas distintas, que passo a enumerar: sala de espera, com serviço administrativo 24 horas por dia; dois gabinetes de triagem; sala de emergência; duas salas de esperas (uma das quais com um área destinada ao cantinho de amamentação e a outra mais indicada para adolescentes ou situações mais complexas, como a que se verificou aquando dos surtos de gripe A, em que esta apresenta uma porta para o exterior); seis gabinetes médicos; sala polivalente contigua a sala de pequena cirurgia; área de tratamentos dos enfermeiros; área de sujos; sala de apoio da equipa; sala das reavaliações – após observação médica e sala de Observações (OBS).

O SU pediátrico encontra-se muito bem estruturado, com áreas apropriadas e pinturas de grande pertinência, nas paredes. Considero importante referir três aspectos que considero menos adaptados a este serviço, que deveriam ser melhorados ou tidos em conta. Um dos aspectos refere-se à sala de emergência, o outro aos espaços destinados aos adolescentes e por fim a localização de um dos cantinhos de amamentação. A sala de emergência é um dos locais mais bonitos do serviço de urgência, composto por desenhos e de interessantes combinações de cores contudo, e tendo em conta o objectivo da mesma, julgo que não se encontra adaptada à situação. Considerando que o serviço de urgência abrange crianças até aos 17 anos e 364 dias, julgo que os espaços não são os mais apropriados, pois as pinturas existentes são por vezes muito infantis. Por fim considero que um dos locais destinados ao cantinho de amamentação não está muito bem localizado. Um deles encontra-se numa sala de espera, onde por vezes não é muito fácil gerir as emoções subjacentes, tornando-se facilmente num local pouco calmo e/ou adequado para um momento tão benéfico que é a amamentação.

Por sua vez, o serviço de Neonatologia encontra-se localizado no piso 2, do CHSJ, e é considerada a unidade referência da Região Norte. Permite a prestação de cuidados específicos a recém-nascidos com patologia cirúrgica e/ou cardíaca, da respectiva instituição ou provenientes de outras, com recurso ao Sistema de Transporte Inter – Hospitalar (TIP).

A área precedente à entrada na unidade apresenta espaços bastante interessantes, com paredes repletas de sucessos, fotos e agradecimentos, que revelam os momentos intensos vividos nesta unidade. Considero importante referir alguns aspectos, que considero menos adaptados, tendo em conta que a unidade foi remodelada há já algum tempo. O circuito de sujos apresenta bastantes lacunas, impossibilitando a distinção entre áreas limpas e sujas. Os pais não têm um espaço apropriado para se “vestirem adequadamente” antes de entrar na unidade, usufruindo apenas de

um pequeno corredor, por onde passa um número elevado de pessoas. Existe apenas uma sala de reuniões onde se discutem alguns casos, em que nem sempre se consegue a privacidade necessária e nem sempre é dada resposta à diversidade de situações existentes. A própria copa da equipa é extremamente pequena, faltam equipamentos pelo que não há uma resposta adequada às necessidades da mesma.

A unidade propriamente dita, encontra-se bem equipada no que se refere aos equipamentos, materiais de apoio e suporte ao recém-nascido, contando com a intervenção de uma equipa multidisciplinar diferenciada e especializada. De momento, a unidade é formada por 17 unidades, constituída por uma área destinada a Recém-Nascido (RN) de alto-risco (cuidados intensivos), uma área de cuidados intermédios, com berços e incubadoras e um quarto de isolamento, destinado a RN que exigem isolamento ou para situações mais complexas. Contudo também aqui encontrei algumas lacunas, dignas de serem colmatadas, dado a especificidade de situações presentes e visto a unidade de Neonatologia ser uma referencia na Região Norte. A referir o facto de o espaço entre incubadoras ser demasiado reduzido, dificultando a prestação de cuidados e impossibilitando a presença de um cadeirão para os pais permanecerem junto do RN. Outro facto a realçar, é o da localização das diferentes áreas, nomeadamente da área destinada aos cuidados intensivos. Esta deveria ser a área mais “resguardada”, contudo é a que fica logo à entrada, sendo a porta aberta imensas vezes ao longo do dia.

A área de cuidados intensivos (RN de alto risco) é construída por 8 incubadoras, com 5 ventiladores disponíveis; já na parte destinada a cuidados intermédios, estão disponíveis 8 berços/incubadoras. A grande diferença entre intensivos e intermédios é o facto de nestes últimos, o RN não se encontrar com nenhum tipo de ventilação assistida.

### **Internamento de Pediatria – HPISJ**

O módulo II, referente ao internamento de Pediatria, foi realizado no CHSJ, sendo as informações recolhidas do site da respectiva instituição. O objetivo geral deste momento de estágio consiste na prestação de cuidados de saúde a crianças com problemas de saúde agudo e/ou crónico, bem como doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos. A escolha deste sítio deve-se ao facto de, para além de ser o meu local de trabalho, este ser considerado o maior Hospital da Região Norte, abrangendo um elevado número de utentes, pelo que certamente me proporcionará um número elevado de experiências.

Até há bem pouco tempo o serviço de internamento de pediatria (médico e cirúrgico) encontrava-se localizado no interior do edifício principal; contudo, apesar do défice existente no mesmo e porque o sorriso de uma criança vale tudo, foi elaborado um projeto com vista a construir o maior e melhor Hospital Pediátrico do Mundo. Desta forma, iniciou-se em 2006, um processo de reorganização do Hospital de São João, com vista a angariar fundos monetários, de forma a

proporcionar uma maior qualidade e excelência nos cuidados de saúde, e que dá vida a um projeto designado “um lugar para o Joãozinho”. O “Joãozinho” é o melhor amigo de todas as crianças e desmistifica a imagem do hospital e profissionais, junto das crianças, recorrendo a diferentes formas de interação e brincadeiras ([www.ojoaozinho.com](http://www.ojoaozinho.com)).

O projeto anteriormente falado deu lugar ao HPISJ, neste momento ainda em instalações provisórias e que se encontra em funcionamento desde Maio de 2011. Esta unidade funciona em interação com o edifício principal do hospital, 24 horas por dia, e abrange todas as crianças dos zero aos 17 anos e 364 dias, num ambiente adequado, longe dos adultos, e respondendo às necessidades específicas de cada faixa etária. Nesta unidade apenas se encontra a Pediatria Médica, uma vez que a Pediatria Cirúrgica ainda permanece no piso 2, do edifício principal. A acrescentar que a “antiga” Pediatria Médica enquanto unidade inserida no edifício principal, se encontrava dividida em Pediatria A abrangendo todas as crianças com mais de 3 anos até aos 17 anos e 364 dias e a Pediatria B que inclui as crianças dos 0 aos 3 anos, inclusive. Atualmente, e desde que a Pediatria Médica funciona no HPISJ (instalações provisórias), esta divisão não é feita, sendo apenas designada de Pediatria Médica; contudo ainda se encontram presentes os critérios de divisão, pois predominam 2 alas distintas. Face à entrada principal do edifício, encontra-se do lado esquerdo uma equipa que presta cuidados a crianças dos 3 aos 17 anos e 364 dias, com todo o tipo de patologia médica excepto a oncologia (uma vez que existe o hospital de dia) e a ortopedia; enquanto do lado direito encontramos a zona dos quartos de isolamento e a ala referente às crianças dos 0 aos 3 anos. Mesmo assim, é frequente serem admitidas crianças na Pediatria Médica A com idade inferior aos 3 anos, nomeadamente quando é necessária realização de vídeo EEG, ou quando está subjacente algum tipo de patologia anteriormente enunciada.

As crianças que são admitidas no serviço de Pediatria, podem ser enviadas do serviço de urgência, por transferência de outros serviços da entidade hospitalar (Neonatologia, Pediatria cirúrgica, ortopedia infantil, unidade de cuidados intensivos pediátricos, hospital de dia, consulta externa, entre outros) ou mesmo do exterior à instituição. A taxa de ocupação no serviço é de aproximadamente 62,4%, datado até ao dia 31 de Outubro de 2012, podendo atingir os 68% nos meses de Inverno (informação obtida junto da Enfermeira Chefe).

Finda, esta breve caracterização do HPISJ resta-me acrescentar que o meu estágio decorreu na ala das crianças dos 3 aos 17 anos e 364 dias, sendo um dos critérios escolhidos pela Enf<sup>a</sup> Chefe do mesmo, a taxa de ocupação de momento existente, que era superior neste local e na zona dos quartos de isolamento. Esta escolha proporcionar-me-á um número elevado de experiências pelo que todo o meu estágio se estende a este local – Pediatria A.

Estruturalmente, o serviço de pediatria apresenta várias áreas distintas, nomeadamente:

- Sala de espera, com serviço administrativo;
- 4 Gabinetes médicos (3 de pediatria médica, sendo que 1 deles é comum à Pediatria B, identificando-se os mesmos por cores que representam equipas

- distintas e 1 gabinete de ortopedia infantil;
- 2 Salas de tratamento (uma de ortopedia e a outra para os restantes cuidados de enfermagem);
  - 1 Sala de enfermagem;
  - 1 Sala de Vídeo EEG;
  - 7 Enfermarias (2 de ortopedia, 1 de oncologia e 4 para as restantes especialidades)
  - 1 Copa de alimentação;
  - 1 Sala de reposição de material (stock avançado)
  - 2 Espaços de arrecadação;
  - 1 Sala de limpos;
  - 1 Sala de desinfeção;
  - 1 Espaço para o circuito de lixos, com o exterior;
  - 3 Casas de banho disponíveis para as crianças internadas;
  - 1 Vestiário para os pais (com casa de banho, armários e chuveiros), comuns aos dois serviços (A e B);
  - 2 Vestiários (disponíveis para os profissionais da Pediatria A e B);
  - 1 Copa do pessoal (comum às duas alas);
  - Gabinete da Enfermeira Chefe;
  - Sala FNAC (comum aos dois espaços), com acesso ao exterior;
  - Refeitório das crianças (comum aos 2 espaços), com acesso ao exterior.

O HPISJ resultou do projeto falado anteriormente, aquando da caracterização do local de estágio, funcionando em instalações provisórias. Apesar de não conhecer as antigas instalações da Pediatria Médica, é da opinião de toda a equipa que este local apresenta sem margem de dúvida melhores condições. Enquanto elemento exterior ao serviço, considero o espaço físico com condições apropriadas, contudo considero pertinente referir alguns aspectos, que considero menos adaptados. Os quartos apesar de equipados com todo o material necessário à prestação de cuidados à criança/família apresentam espaço insuficiente, dificultando a prestação de cuidados de enfermagem. O serviço consegue dar resposta ao internamento de 31 crianças, em que as salas de ortopedia e oncologia tem espaço para 4 camas, e as restantes podem por vezes chegar às 6 camas. Da mesma forma, os acompanhantes apresentam condições mínimas para o seu descanso e cuidado pessoal, existindo apenas um cadeirão para o acompanhante de cada criança/jovem. Uma das coisas com que me deparei e que de certa forma me fez um pouco de confusão foi o facto de não existirem campainhas em nenhum dos quartos, o que no meu ponto de vista traria alguns benefícios, nomeadamente uma maior segurança para os pais. Da mesma forma muitas vezes não existe a preocupação em colocar as crianças juntamente com crianças da sua idade, nem resguardar a privacidade dos adolescentes, deparando-me logo no 1º dia com crianças em idade pré-escolar juntamente com adolescentes e adolescentes de sexo diferente, na mesma unidade.

O serviço beneficia de iluminação natural e de um espaço exclusivo para a pediatria, contudo deparei-me com a intensidade de ruído pouco desadequado e com um cheiro por vezes desagradável, relacionado com as instalações provisórias e défice no circuito de sujos. Nem todas as divisões têm presente as condições ideais para controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (higienização das mãos, condições de assepsia, limpeza e desinfecção dos espaços físicos), falhando principalmente na correta triagem dos lixos. Cabe ao profissional de saúde adotar as medidas correctas de forma a minimizar este problema, pois as infeções associadas aos cuidados de saúde afectam não só a qualidade dos mesmos, como também a vida e segurança da criança/família e profissionais (Direcção Geral de Saúde, 2007).

A sala FNAC é um dos espaços mais bonitos do serviço de Pediatria, composto por desenhos, pinturas e combinações de cores magníficas, onde a criança dispõe de uma diversidade de atividades lúdicas, contando com o apoio das educadoras de infância. Além do mais, são organizados programas do interesse da criança, que de certa forma atenuam um pouco o sofrimento associado à doença e hospitalização, tais como peças de teatro, o momento do conto, a música, contando com a participação de alguns dinamizadores, como a operação nariz vermelho, a acreditar entre outros. Mesmo assim, penso que seria benéfico que esta sala proporcionasse mais áreas de interesse para os adolescentes, que vêm muitas vezes este local como destinado apenas para as crianças pequenas, tirando pouco ou nenhum proveito da mesma. Igualmente importante seria a reorganização no horário de funcionamento deste espaço que se encontra fechado à hora do almoço e durante todo o domingo, o que prejudica em muito a criança internada. Esta sala deveria ainda oferecer à criança momentos educativos, em que a mesma, encontrando-se afastada da escola deveria encontrar nas educadoras um elo de ligação com a escola.

### **Centro de Saúde da Senhora**

A ULSM é uma instituição pública, com dupla tutela e com uma multiplicidade de unidades, dentro de uma mesma instituição. Apresenta uma rede de transporte comum, uma única central de esterilização e farmácia, permitindo uma continuidade de cuidados, devido à parceria existente entre unidade hospitalar e CSP.

A reconfiguração dos CSP, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), possibilitou uma mais-valia no que concerne à prestação de cuidados de qualidade, uma vez que proporcionou a criação das USF e UCC, entre outras unidades. A missão dos ACES é garantir a prestação de CSP à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos usufruam dos meios postos ao serviço da saúde e do bem-estar do indivíduo (OE, 2006).

O ACES da ULSM agrupa as unidades funcionais dos Centros de Saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e S. Mamede Infesta mas também a Unidade de Saúde Pública de

Matosinhos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU), garantindo a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população do Concelho de Matosinhos. Este Concelho, pertencente à área metropolitana do Porto, é constituído por 10 freguesias, nomeadamente Custóias, Guifões, Lavra, Leça do Balio, Leça de Palmeira, Matosinhos, Perafita, Santa Cruz do Bispo, S. Mamede de Infesta e da Senhora da Hora, com uma área total de cerca de 62,3 Km<sup>2</sup> e de aproximadamente 169 261 habitantes ([www.ulsm.min-saude.pt](http://www.ulsm.min-saude.pt)).

O CSSH foi inaugurado a 10 de outubro de 1994, dando resposta à necessidades de cerca de 55 000 utentes, distribuídos pelas freguesias de Senhora da Hora, Custóias e Guifões. Apesar de apresentar uma equipa dinâmica e bastante motivada, ainda há muito a melhorar. Atualmente apenas existem 2 Enfermeiros Especialistas em SIP, o que representa uma enorme lacuna na resposta à necessidade da população alvo.

O módulo de estágio no âmbito da SIP decorreu na UCC e USF do CSSH, integrada na ULSM. De acordo com o Decreto – Lei 28/2008, de 22 de fevereiro, à UCC “*competete prestar cuidados de saúde e apoio social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção*”. O mesmo decreto-lei promove o CS como a primeira entrada no Serviço Nacional de Saúde, onde os enfermeiros devem assumir, o que é, de fato, o *core da disciplina de enfermagem – assistir as pessoas nas transições*. Esta assistência apenas poderá ser concretizada com sucesso, por equipas diferenciadas e especializadas compostas por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais. A equipa multidisciplinar labora em projetos de extremo interesse, nomeadamente na área da reabilitação, da promoção de competências parentais e do prestador de cuidados, gestão do regime terapêutico, cuidados continuados integrados e cuidados paliativos, no âmbito da saúde escolar e no apoio a crianças e jovens em risco (ULSM, 2012).

Por sua vez a USF, face mais visível da reforma dos CSP, entre muitas outras coisas possibilitou o alargamento da cobertura populacional, direcionando o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar. Sem dúvida que o indivíduo é o elemento chave da prestação de cuidados, contudo apenas faz sentido referenciá-lo quando inserido no seio de uma família. Torna-se imprescindível o papel do Enfermeiro de família como agente de mudança nos CSP, ao reconhecer a importância da promoção de saúde da família para o desenvolvimento eficaz dos seus elementos. Desta forma, as USF/UCSP são compostas por equipas de saúde familiares, compostas por médico e enfermeiro de família e assistente técnico (ULSM, 2012)

O CSSH localiza-se na Rua da Lagoa S/Nº 4460-352, funcionando de 2ª a 6ª feira das 8 às 20horas. Além disso, presta assistência noturna (programada) das 20 às 8horas e fins de semana das 9 às 17h. As unidades funcionais do CSSH incluem UCC da Senhora da Hora, USF Lagoa,

USF Caravela, Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e Unidade de cuidados de Enfermagem da Senhora da Hora. Trata-se de um Centro de Saúde relativamente recente, com 2 pisos distintos, em que o piso 0 é composto por material clínico e não clínico, contando com o funcionamento das USF e UCSP. No 1º piso funciona a UCC, contando com a presença de 6 gabinetes.

De acordo com (ULSM, 2012) pretende-se com as USF a prestação de cuidados de saúde personalizados à população abrangida, garantindo acessibilidade, qualidade e continuidade nos cuidados prestados. A UCC tem como função “*prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção*” (Ferraz, et al., 2010 p. 193). A UCC da Senhora da Hora contribui para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica, tendo em conta a referência realizada pelo autor anteriormente citado. Conta com o apoio de uma equipa multidisciplinar (fisioterapeutas, assistentes técnicos, médicos, enfermeiros, serviço de nutrição, departamento de saúde mental e psicologia e assistentes operacionais) no âmbito da promoção de saúde nas mais variadas áreas (Saúde Materna e Obstetra, Saúde da Criança e Jovem, saúde comunitária, entre muitas outras) ([www.ulsm.min-saude.pt](http://www.ulsm.min-saude.pt)).

A instituição apesar de bem localizada, encontra-se bastante limitada no que concerne a alguns espaços, tornando-se desadequados e desadaptados à população que abrange. Considero pertinente referir três falhas que do meu ponto de vista são consideráveis e de certa forma interferem com a nossa prestação de cuidados e necessidades da população. Uma delas referente à inexistência de um cantinho de amamentação (CA) tanto na USF como na UCC, o que no meu ponto de vista é impensável tendo em conta que uma das preocupações dos profissionais de saúde se relaciona com a promoção do aleitamento materno, como ideal para todos os recém-nascidos. Na USF o que designavam por CA localizava-se numa zona de passagem, logo isenta de tranquilidade e conforto, em frente ao sanitário público, delimitado por uns biombos fornecidos pela “nutribén”. A realçar que durante de estágio não me deparei com nenhuma mãe/bebé a usufruir deste local pelo que fui questionando os profissionais de saúde, qual o local eleito para este fim. A resposta obtida foi ao encontro daquilo que imaginei inicialmente, ou seja num dos gabinetes do pessoal ou em qualquer local das instalações. Na UCC assiste-se à mesma situação, ficando o “CA”, se assim se pode designar, restrito ao gabinete da Enf<sup>a</sup> Orientadora. Contudo considero pertinente referir que ao longo das sessões de educação para a saúde e mesmo durante a realização dos contactos individuais, a Enf<sup>a</sup> orientadora sempre se mostrou sensível a esta temática disponibilizando o seu tempo para qualquer esclarecimento, fornecendo desde o 1º momento, o seu contacto telefónico o que do meu ponto de vista não substitui o “CA”, mas pelo menos reduz em parte a ansiedade sentida por estes pais. Ao longo da participação no Projeto “Bem-Me-Quer – Projeto de Enfermagem para a Parentalidade”, apercebi-me que um dos maiores receios e preocupação dos pais está relacionado com a amamentação, daí a necessidade e

importância da criação urgente de pelo menos um CA, onde os pais poderiam contar com o apoio de alguém especializado.

Um dos défices que também denotei, relacionado com limitações físicas da instituição, relaciona-se com o facto de a UCC se localizar no 1º andar, sem acesso por elevador. Tendo em conta que a este local se dirigem grávidas ou mães que acabaram de ter os seus filhos, torna-se difícil o acesso ao mesmo.

Por fim, e possivelmente a limitação menos prejudicial é o facto de as aulas práticas do curso de preparação para o parto e parentalidade (CPP) e massagem do RN, serem realizadas num espaço disponibilizado pela junta de freguesia. Penso que seria benéfico a realização de aulas práticas no respetivo CS, uma vez que o local disponibilizado pela junta não se encontra nas melhores condições (espaço limitado; condições climatéricas desadequadas, principalmente para o RN; realização de outras atividades próprias de uma junta, conjuntamente com as sessões), e indisponibilidade da realização das sessões por necessidade de obras no local, prejudicando desta forma as mães e RN que desde o início reconheceram a importância da realização das mesmas, mas que no momento se deparam com esta situação. A acrescentar, que apesar das limitações enunciadas, é de louvar a disponibilidade demonstrada pela junta de freguesia, contudo são os pais e crianças que não devem nem podem sair prejudicados, sendo essencial encontrar alternativas a este tipo de situações.



## Anexo IV – Horários realizados nos módulos de estágio



Módulo III - Urgência Pediátrica

Abril							Maio																							
23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
A	N			M	T				M					M		N			T	T	N			M		N			M	

	Turno	Horário	Carga Horária	Horas
M	Manha	8h00m - 15h30m	7h30m	37,5 h
T	Tarde	15h00m - 22h30m	7h30m	22,5 h
N	Noite	22h00m - 8h30m	10h30m	42 h
A	Apresentação			5 h
TOTAL				107 h

Módulo III - Neonatologia

Maio				Junho																							
28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
A		M	T	N			T		N		M			N			M	T					M	T			

	Turno	Horário	Carga Horária	Horas
M	Manha	8h00m - 15h30m	7h30m	37,5 h
T	Tarde	15h00m - 22h30m	7h30m	22,5 h
N	Noite	22h00m - 8h30m	10h30m	31,5 h
A	Apresentação			6,5 h
TOTAL				98 h

Módulo II - Internamento Pediatria médica

OUTUBRO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
A	N			M					M					M	M	M	N			M	M				M	M					

	Turno	Horário	Carga Horária	Horas
M	Manha	8h00m - 15h30m	7h30m	67,5 h
T	Tarde	15h00m - 22h30m	7h30m	0 h
N	Noite	22h00m - 8h30m	10h30m	31,5 h
A	Apresentação			4,5 h
			TOTAL	103,5 h

Módulo II - Internamento de Pediatria

NOVEMBRO																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
					N			M	M		T		M	N			M				N			M							

	Turno	Horário	Carga Horária	Horas
M	Manha	8h00m - 15h30m	7h30m	37,5 h
T	Tarde	15h00m - 22h30m	7h30m	7,5 h
N	Noite	22h00m - 8h30m	10h30m	31,5 h
P	Formação	14h00-15h00	1h00m	1 h
			TOTAL	77,5 h

Módulo I - Saúde Infantil

Novembro					Dezembro																															
26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
M	M		M	M			T		M		M			T	M	M	M	M			T			MT	M	M										

Horário de Janeiro																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
	M	M	M					M	M	M	M			M	M	M	M			T	M			M				T					

	Turno	Horário	Carga Horária	Horas
M	Manha	8h00m - 15h00m	7h00m	182 h
T	Tarde	13h00m - 20h00m	7h00m	35 h
MT	Manha/tarde	9h00m - 19h00m	10h00	10 h
			TOTAL	227 h

Anexo V – Objetivos pessoais definidos para os diferentes contextos assistenciais



### **Objetivos definidos para o Serviço de urgência**

- Conhecer o serviço de urgência, no que respeita à sua estrutura física, orgânica, metodologia e dinâmica funcional;
- Desenvolver competências na área da comunicação com a criança e sua família em contexto de serviço de urgência;
- Assistir a criança/família em contexto de serviço de urgência pediátrica nas diferentes áreas de atendimento;
- Promover a parentalidade;
- Compreender a ansiedade dos pais quando recorrem ao Serviço de urgência;
- Promover o aleitamento materno;
- Fomentar a parceria de cuidados;
- Refletir acerca da articulação existente entre o serviço de urgência e os restantes serviços hospitalares e comunidade;
- Desenvolver competências crítico-reflexivas sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no serviço de urgência;
- Identificar as causas mais frequentes de ida ao serviço de urgência pediátrica e analisar os focos de atenção de enfermagem que daí decorrem;
- Promover a gestão adequada da dor;
- Conhecer as estratégias de gestão dos cuidados de enfermagem, no serviço de urgência;
- Adquirir conhecimentos sobre o sistema informático (J-one), que tem vindo a ser implementado no serviço de urgência;
- Compreender a dinâmica e funcionamento do transporte inter e intra-hospitalar;

### **Objetivos definidos para o UCIN**

- Conhecer a estrutura física e dinâmica funcional do Serviço de Neonatologia, do Centro Hospitalar de São João
- Refletir criticamente sobre o papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, em contexto de Neonatologia
- Promover a parentalidade e vinculação
- Promover o aleitamento materno
- Fomentar a parceria de cuidados
- Desenvolver competências técnicas e relacionais com o recém-nascido e família
- Analisar o impacto que o internamento em neonatologia representa para os pais
- Colaborar na prestação de cuidados ao recém-nascido de alto risco e risco intermédio, em

contexto de neonatologia

- Adquirir conhecimentos sobre as diferentes formas de suporte ventilatório ao recém-nascido
- Promover a gestão adequada da dor
- Analisar os focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem em contexto de neonatologia, recorrendo à linguagem CIPE
- Compreender a articulação da unidade de neonatologia com outros serviços, nomeadamente serviço de obstetria, bloco de partos, terapia ocupacional, pediatria e cuidados de saúde primários
- Adquirir conhecimentos sobre o programa de avaliação do cuidado do desenvolvimento individualizado do recém-nascido – NIDCAP

### Objetivos definidos para o internamento em pediatria

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO ALUNO	ESCALA				
	1 Ins	2 S	3 B	4 MB	5 Ex
1. Conhecer a estrutura física, orgânica, metodologia e dinâmica funcional do serviço de pediatria;					
2. Prestar cuidados especializados à criança/família segundo a metodologia do processo de enfermagem;					
3. Desenvolver competências na área de comunicação com a criança e família, no contexto de internamento;					
4. Observar e analisar criticamente o impacto do processo de hospitalização na criança/família.					
5. Analisar os focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem, no internamento em Pediatria, recorrendo a uma linguagem CIPE;					
6. Promover a parentalidade;					
7. Compreender a importância da parceria de cuidados, aquando da prestação de cuidados de enfermagem à criança/família, no serviço de Pediatria;					
8. Desenvolver competências na avaliação e controlo adequado da dor;					
9. Reflectir acerca da articulação existente entre o internamento de pediatria e os restantes serviços hospitalares e comunidade;					

10. Desenvolver competências crítico-reflexivas, sobre o papel do Enfermeiro Especialista em SIP no contexto de internamento de pediatria;					
11. Conhecer as estratégias de gestão dos recursos materiais e humanos, num serviço de internamento em pediatria;					
12. Desenvolver competências no âmbito de formação de pares;					
13. Analisar de forma crítica as implicações da investigação no cuidado à criança e família em contexto hospitalar.					

### Objetivos definidos para o Centro de Saúde da Sra. Da Hora

<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO ALUNO</b>	<b>ESCALA</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional do Centro de Saúde da Senhora da Hora;					
2. Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/família, em contexto de cuidados de saúde primários;					
3. Detectar precocemente, apoiar e orientar situações específicas e complexas em contexto de cuidados de saúde primários;					
4. Utilizar a linguagem CIPE no SAPE/SINUS para documentar a assistência de enfermagem;					
5. Desenvolver competências na área de comunicação com a criança e família;					
6. Promover a parentalidade;					
7. Desenvolver competências na avaliação e controlo adequado da dor;					
8. Reflectir acerca da articulação existente entre os cuidados de saúde primários, unidade hospitalar e comunidade, com vista à continuidade de cuidados;					

9. Desenvolver competências critico-reflexivas, sobre o papel do Enfermeiro Especialista em SIP, em contexto de cuidados de saúde primários;					
10. Adquirir competências na assistência à criança/jovem, no âmbito de saúde escolar;					
11. Conhecer as estratégias de gestão de recursos, da UCC da Senhora da Hora;					
12. Desenvolver um projecto no âmbito dos Cuidados Continuados Pediátricos, no Centro de Saúde da Senhora da Hora;					
13. Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal;					
14. Analisar de forma critica as implicações da investigação no cuidado à criança e família.					

## Anexo VI – Guia de acolhimento da UCIN



### Método Canguru



O Método Canguru (MC) está largamente difundido nas Unidades de Neonatologia, pelos benefícios (afectivos e neurosensoriais) comprovados para o recém-nascido/família.

O bebé é colocado, despido (só com fralda e gorro), na posição vertical, sobre o peito da mãe/pai, em contacto pele com pele, durante um período de tempo, que seja agradável para os dois (recomenda-se períodos superiores a 90 minutos). Este método, não substitui as intervenções clínicas, mas contribui para o processo de recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida do Bebê e da sua família.



**Programa NIDCAP®**  
Newborn Developmental Care and Assessment Program

**nidcap** são bebés que nascem antes do tempo e os bebés doentes, precisam de cuidados especiais no hospital durante algum tempo.

Estes bebés, pela sua fragilidade, são muito sensíveis aos estímulos do ambiente que os rodeia. São facilmente perturbados por tudo o que se passa à sua volta.

Comunicam através de sinais que indicam se estão confortáveis ou desconfortáveis. Para entender esta linguagem, desenvolveu-se um programa destinado a perceber e interpretar esses sinais!

Cuidar para o desenvolvimento...

Nós preocupamo-nos!



SÃO JOÃO

### Preparar a ida para casa...

A alta do vosso filho será programada, pela equipa de saúde.

Ao longo do internamento, foram recebendo informações sobre os cuidados a ter com o vosso bebé; antes da alta: esclareçam as vossas dúvidas.

Se necessitarem de documento comprovativo do internamento do seu filho, solicitem-no. A mãe pode suspender a licença de maternidade, durante todo o internamento: informe-se!

À saída do hospital deverão estar na posse dos seguintes documentos:

- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;
- Boletim Individual de Saúde (se fez vacinas);
- Receitas médicas;
- Marcação de consultas, se necessário;
- Carta de alta, com o resumo do internamento, destinada ao médico assistente e à consulta externa do Centro Hospitalar S. João;
- Carta de alta de enfermagem, dirigida ao Centro de Saúde.
- Mesmo depois da alta, podem telefonar para o serviço para esclarecerem algumas dúvidas.

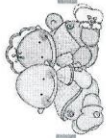
### Contactos:

Telefone: 22 55 12 190 (directo); através da telefonista: 22 55 12 100; 22 55 12 200

Linha Saúde 24 é uma iniciativa do Ministério da Saúde. Todos os dias, 24 horas por dia, basta ligar o nº de telefone: 808 24 24 e entrará em contacto com Profissionais de Saúde qualificados, que lhe darão os melhores conselhos sobre a forma de lidar com a sua situação de saúde em particular.

1. Página do Facebook: <https://www.facebook.com/centrohospitalar.sj>  
2. NIDCAP® Newborn Developmental Care and Assessment Program

2011.



## Pais,

O vosso bebé acaba de ser entregue aos cuidados do nosso Serviço. Neste folheto, desejamos oferecer informações que vos ajudarão durante o tempo em que o vosso filho estiver conosco.

Estamos disponíveis para vos acompanhar e esclarecer sobre todas as dúvidas que forem surgindo durante a sua estadia neste serviço.

## Sejam bem-vindos!

*"A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família."*  
Carta de crianças Hospitalada VIII

Somos a equipa de saúde que estará a cuidar do seu filho constituída por: Enfermeiras; Médicos; Técnicos de Saúde; Assistentes operacionais; Assistente Social; Psicólogo; ...

Esta equipa, acompanha o vosso bebé ao longo das 24h. Em todos os turnos há uma enfermeira, responsável pelo vosso bebé, com quem podem falar esclarecer dúvidas,

As informações clínicas relativas à saúde do seu bebé são reservadas exclusivamente aos pais ou seus substitutos legais e serão prestadas diariamente pelo médico de serviço (preferencialmente entre as 11 e as 12h).

## A vossa presença é muito importante!

Por isso desejamos que permaneçam, junto do vosso filho, tanto tempo quanto vos seja possível, tendo em consideração a organização e o funcionamento do serviço. Nos seguintes períodos realiza-se a passagem de turno: 8:00-8:30; 15:00-15:30; 22:00-22:30. Ser-vos-á entregue um livre-trânsito, para a entrada no hospital.

A visita de outros familiares, é feita com autorização da direcção do serviço: fale com a enfermeira chefe.

## No serviço – orientações:

Para proteger o vosso bebé, existem normas que é obrigatório respeitar. Na primeira visita serão informados destas orientações:

- Os objectos pessoais são guardados num armário aberto. Evite trazer objetos de valor;
- Removam todos os adereços (anéis, pulseiras, relógios); arregacem as mangas até ao cotovelo e lavem cuidadosamente as mãos e os antebraços;
- As unhas devem estar curtas e não deve usar verniz e unhas artificiais;
- Antes e depois, de tocarem no vosso bebé, passem as mãos pelos antissépticos existentes perto dos lavatórios e junto das unidades;
- Não toquem nos outros bebés e nas outras incubadoras ou berços;
- Respeitem a privacidade dos outros bebés/pais;
- Falem num tom de voz baixo e evitem conversar junto dos bebés;
- Cumpram escrupulosamente as normas básicas de higiene e asseio pessoal;
- Quando estiverem doentes, não entrem sem o comunicar. Serão adoptadas as medidas adequadas;
- Devem manter o telemóvel em silêncio dentro da unidade e saíam quando tiverem de o atender;
- Podem fotografar (sem flash) e filmar o vosso bebé, mas não os profissionais.

As informações contidas neste folheto, não respondem a todas as vossas dúvidas, por isso não hesitem em procurar ajuda ou informações junto dos profissionais do serviço.

## Outras informações:

O hospital dispõe de vários recursos que podem utilizar:

- Refeições:** existem vários espaços, onde podem fazer refeições: refeitório (piso 2) e tem ainda acesso ao *shopping* pelas consultas (traseiras do hospital).
- Serviço social:** informações sobre apoio social. Localização: à entrada do serviço de Neonatologia.
- Gabinete do utente:** informações sobre direitos e deveres dos utilizadores dos serviços de saúde e apresentar sugestões ou reclamações e elogios. Localização: piso 1, perto do *Atrium* Hospitalidade.
- Serviço religioso,** (católico; assistência a outras confissões religiosas, por solicitação). **Capela e secretariado** - piso 9, corredor central, elevador nº4, Telefone: 225512350.

## Aleitamento materno

O seu leite é o melhor alimento para o seu bebé e mesmo em pequena quantidade, é importante para iniciar a alimentação. No serviço dispomos de bombas eléctricas para extracção de leite materno: informe-se junto das enfermeiras do serviço.

## Anexo VII – Consultas de SIJ realizadas



Tive oportunidade ao longo do estágio na USF de participar e realizar algumas consultas de SIJ (**num total de 26 consultas**), tendo em conta as orientações da (Direção Geral de Saúde, 2005), as quais passo a citar:

- Consulta de 1 mês: tive oportunidade de realizar **uma** consulta a um RN de 1mês e 5 dias. Além do exame físico realizado e respetivo registo dos dados antropométricos no boletim individual de saúde e sistema informático, tentei perceber o tipo de alimentação realizada, as características de eliminação e a terapêutica instituída, nomeadamente os suplementos vitamínicos. Tratava-se de uma mãe que já não amamentava pelo que tentei centrar a minha atuação e ensinamentos nos cuidados a ter com o aleitamento artificial, nomeadamente na preparação e administração dos biberões. Além do mais alertei para alguns cuidados, nomeadamente na prevenção de acidentes, cuidados a ter com a pele e eritema da fralda (que no caso estava presente) bem como possíveis reações vacinais à BCG e VHB;
- Consulta dos 2/3 meses: tive oportunidade de realizar **cinco** consultas nesta faixa etária, que coincidiu com a vacina dos 2 meses. Efetuado exame físico e respetivo registo dos dados antropométricos no boletim individual de saúde e sistema informático. Concentrei os meus ensinamentos na promoção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, as características da eliminação, o padrão de sono do RN, a promoção de passeios ao ar livre, entre outros. Efetuada vacinação das respetivas crianças, reforçando as possíveis reações vacinais;
- Consulta dos 4 meses: tive oportunidade de realizar **quatro** consultas, coincidente com a vacina dos 4 meses. Efetuado exame físico e respetivo registo dos dados antropométricos no boletim individual de saúde e sistema informático. Realizados ensinamentos oportunos em relação à alimentação e eliminação, prevenção de acidentes (quedas, asfixia, acidentes rodoviários (...)), importância da higiene oral, logo após erupção do primeiro dente. Administração da vacina dos 4 meses, e possíveis reações vacinais;
- Consulta dos 6 meses: tive oportunidades de realizar **três** consultas. Além dos critérios referidos anteriormente e que foram reforçados, baseei a minha intervenção nos ensinamentos acerca da introdução de novos alimentos alertando para a importância de prevenir precocemente a cárie dentária. Vacinação dos 6 meses e possíveis efeitos pós vacinais.
- Consulta de 15 meses: realizei **três** consultas a crianças de 15 meses, tendo por base a avaliação do crescimento e desenvolvimento dos mesmos, no que respeita a hábitos alimentares adequados, sono e repouso, prevenção de acidentes bem como alertar para as novas competências adquiridas, nomeadamente o andar sem apoio e o começar a alimentar-se.
- Consulta dos 4 anos: tive oportunidade de realizar **uma** consulta. O exame físico e respetivo registo foi tido em conta, bem como os aspetos abordados nas faixas etárias anteriores (reforçados), contudo a consulta centrou-se mais no temperamento e consequências do relacionamento com outras crianças, um dos problemas identificado pelos pais. A minha atuação, juntamente com a Enf<sup>a</sup> centrou-se na disciplina e na

capacidade de lidar com este tipo de situações, alertando para possíveis alterações de comportamento e na promoção de um desenvolvimento saudável.

- Consulta dos 5 – 6 anos: realizei **três** consultas a crianças com 6 anos. Além do exame físico e respetivo registo nos locais estipulados, efetuei ensinamentos sobre a necessidade de uma alimentação adequada, hábitos de sono e repouso apropriados, ocupação de tempos livres e atividades de lazer; o preparo psicológico para a entrada na escola e preparação dos pais para possíveis regressões e/ou problemas associados a este novo momento na vida da criança e reforço na importância de uma adequada higiene oral, bem como prevenção de cáries.
- Consulta dos 11-13 anos: realizadas **três** consultas (uma jovem em cada idade, 11, 12 e 13 anos respetivamente). Nestas consultas foi tida em conta a privacidade do jovem, realizando a consulta com e sem a presença dos pais. Realização do exame global de saúde e promoção de saúde (relação com os pares, hábitos saudáveis, prevenção de acidentes, entre outros). Tido em conta o desenvolvimento psicossocial, cognitivo e psicossocial. Alertar os pais para os acontecimentos inerentes à adolescência e o respeito pelos mesmos. A jovem com 13 anos foi ainda vacinada (HPV).
- Consulta a adolescentes de 16 anos: efetuadas **três** consultas. Além dos critérios da consulta realizada anteriormente, procedi à avaliação dos parâmetros vitais, peso corporal; alertei para os comportamentos de risco e suas consequências e reforcei ensinamentos sobre a importância do uso de métodos contraceptivos.

**Direcção Geral de Saúde, DGS. 2005.** Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de actuação.  
Lisboa : s.n., 2005.

## Anexo VIII – Consulta de vacinas administradas



<b>Idades</b>	<b>Vacinas do PNV</b>	
0 Meses	BCG	0 Administrações
	VHB(1ªdose)	0 Administrações
2 Meses	VHB(2ªdose)	5 Administrações
	HibDTPaVIP(1ªdose)	5 Administrações
4 Meses	HibDTPaVIP(2ª dose)	4 Administrações
6 Meses	VHB(3ªdose)	5 Administrações
	HibDTPaVIP(3ª dose)	4 Administrações
12 Meses	Men C	2 Administrações
	VASPR(1ªdose)	1 Administração
18 Meses	HibDTPa	1 Administração
5-6 Anos	DTPaVIP	0 Administrações
	VASPR(2ªdose)	0 Administrações
10 – 13 anos	HPV	1 Administrações
	Td	0 Administrações

<b>Vacinas Extra PNV</b>	<b>Administrações</b>
Prevenar	5
Rotarix	1
Istivac	10



Anexo IX – Idade/Estádio de desenvolvimento e impacto da hospitalização



**Entre 6 aos 30 meses:** ansiedade causada pela separação; protesto face à separação dos pais, recusando a atenção de qualquer pessoa; mostra-se menos ativa e desinteressada pelas brincadeiras; regressão para comportamentos anteriores;

**Pré-escolar:** ansiedade causada pela separação; egocentrismo; expressam a raiva nos seus objetos e nos cuidados prestados (qualquer restrição ou limitação pode provocar na criança resistência e inconformidade; a principal reação à mudança (alterações nos rituais) é a regressão, tornando-se mais dependentes;

**Idade Escolar:** a separação dos pais não é fator assim tão agravante uma vez que nesta fase buscam a independência; contudo reagem à separação de atividades habituais e dos seus colegas; para estas crianças muitas vezes surge a ameaça direta à sua segurança; o tédio é característico nesta idade; as limitações físicas provocadas pela doença podem levar à frustração e depressão da criança.

**Adolescência:** para os adolescentes, a hospitalização é vista como uma ameaça na busca de identidade e perda de controlo; o facto de se tornarem dependentes pode levá-los à rejeição, falta de cooperação e isolamento, vivenciando sentimentos de raiva, auto-afirmação e frustração.

**Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª Edição. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.**



## Anexo X – Tabela de material de pensos



## MATERIAL DE PENSOS

	NOME GÉNÉRICO	NOME COMERCIAL	IMAGENS REPRESENTATIVAS	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERAÇÕES
DESBRIDANTES	Hidrogel Poliacrilato Malto-dextrina	Hydrosorb Gal Tenderwet Multidex		Gel estável, viscoso que mantém a ferida húmida, promovendo a cicatrização. Facilita a remoção de tecido necrosado. Permite desbridamento autolítico. Tem duas escalas permite avaliar a profundidade da ferida e o volume de gel residual. Limpa feridas de forma rápida e suave. Desbridamento de lesões necróticas secas ou mesmo húmidas. Preocupa-se com a nutrição da pele. Evita a secura, perda de elasticidade e funcionalidade da pele. Limpa feridas de forma rápida e suave. Desbridamento de lesões com fibrina, necróticas húmidas e com intenso exsudado.	<p>Podem ser conjugado com outros pensos. Idealmente 24h em fase aguda, mas pode permanecer na ferida até 3 dias.</p> <p>Não se pode cortar. Não exceder os bordos da ferida. Mudar de 24h/24h. Não espremer. Ricar para cima.</p> <p>Podem ser conjugado com outros pensos. Podem permanecer na ferida até 3 dias.</p>
ABSORVENTES	Alginato de Cálcio Poliuretano espuma sem rebordo Poliuretano espuma cavitário Poliuretano espuma traqueostomia Poliuretano espuma com rebordo sacro	Sorbilgon Permafoam Permafoam Permafoam Permafoam		Feridas com exsudado moderado, infectadas ou sangrantes. Elevada capacidade de absorção. Retêm bactérias e detritos. Rico em cálcio. Grande capacidade de absorção. Controlo eficaz do exsudado na fase da limpeza e granulação. Acelera a drenagem do exsudado e protege a pele contra macerações. Absorção vertical. Microbriodistante.	<p>Podem permanecer mais de 24h até ficar completamente transformado em gel (aproximadamente 2 dias)</p> <p>Podem permanecer vários dias (5 a 7 dias). O cavitário pode ser cortado e usado em locais, sob forma de tiras até preencher a mesma. A placa deve exceder o contorno da ferida cerca de 1-2cm. Não usar a espuma com agentes oxidantes como hipoclorito ou água oxigenada... Não plastificar.</p>
CONTROLO DE EXSUDADO PROMOTORES GRANULAÇÃO	Poliuretano com gel com rebordo	Hydro Tac Confort		Penso revestido com hidrogel, tanto pode absorver o exsudado das feridas como hidratar as feridas secas. Indicado na fase de granulação e de epitelização com exsudado moderado ou ligeiro. Colocar directamente o lado revestido com o gel na ferida. Se existir focos ou fissuras usar outro produto (ex: Hydrosorb gel ou Sorbilgon) Apesar de aderente e necessário fixar com ligadura ou adesivo.	<p>A mudança do penso superior a 24h ou quando apresentar exsudado nas margens (não exceder os 3 dias). Não usar em simultâneo com agentes oxidantes como hipoclorito ou água oxigenada. Podem ser cortado de forma estável.</p>
CONTROLO DE INFECÇÃO	Compressa com prata não aderente Sulfadiazina de prata	Atraumann Ag Silvederma		Compressa não aderente impregnada com prata, indicada para feridas infectadas, visto possuir propriedades antibacterianas. Material macio e maleável garantindo um bom contacto com o leito da ferida. Sempre como primeiro penso ou selo, directamente no leito da ferida. Antibacteriano tóxico preventivo e curativo em infecções de pneumomonas e staphylococcus.	<p>Podem permanecer na ferida até 7 dias mesmo mudando o penso secundário. Podem ser cortado de forma estável. Não dobrar.</p> <p>Aplicação uma vez dia com uma camada creme 1mm de espessura. Podem aplicar-se penso secundário.</p>
PENSO IMPREGNADO	Gase Vaselineada	Grassolid		Compressas neutras de gase vaselinada. Para tratamento de feridas exsudativas superficiais (abrasões, lacerações, queimaduras...) Colocar um penso absorvente sobre a compressa parafinada para absorver o exsudado da ferida.	<p>Podem ser cortada, ao tamanho da ferida, removendo as películas de protecção de forma estável. Substituição sempre que necessário.</p>
PELÍCULA PROTECTORA E EPITELIZANTE	Hidrocolóide extrafino Penso Hidroactivo não Aderente Hidrogel com rebordo	Hydrocoll extrafino HydroTul Hydrosorb Confort		Penso estável, auto-adesivo e absorvente, semi-permeável. Protege e ajuda na cicatrização da ferida. Penso não aderente para tratamento de feridas traumáticas superficiais crónicas ou agudas. Material fino, macio e flexível, garantindo um bom contacto com o leito da ferida. Penso transparente, não aderente. Pouco absorvente uma vez que propicia ambiente húmido. Usados de forma eficaz após tratamento com radioterapia (12 e 24 grau).	<p>Este penso deverá ser substituído aquando da execução do tratamento (podendo permanecer 5 a 7 dias). Podem cortar. Não dobrar.</p> <p>Podem permanecer até 7 dias. Só é retirado se a "bolha" atingir a dimensão da ferida. Penso deve exceder os bordos da ferida em 1,2 cm. Não necessita de penso secundário.</p>
PROTECÇÕES CUTÂNEAS	Creme Protector com Creatina Espuma Protector Creatina+Pantanol	Menalind Creme Menalind Espuma		Creme protector. Protege e isola a pele irritada, da área genital e anal. Contém óxido de zinco e creatina. Espuma protectora. Protege a pele irritada, formando uma rede protectora da camada superficial da pele. Ajuda a prevenir zonas de pressão.	<p>Podem ser usado em cada muda de fralda. Preocupa-se com a nutrição da pele. Evita a secura, perda de elasticidade e funcionalidade da pele. Preocupa-se com a nutrição da pele. Evita a secura, perda de elasticidade e funcionalidade da pele.</p>

Carina Correia e Maria Vasconcelos. Alunas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica



Anexo XI – Motivos de vinda ao SU, focos adjacentes e intervenções realizadas



Identifiquei como principais causas de ida ao SU as urgências respiratórias, as neurológicas, as gastrointestinais e geniturinárias, as quedas, acidentes de viação, acidentes de trabalho, acidentes pessoais (em casa, escola, rua...) e intoxicações.

Urgências respiratórias – estas são identificadas através da observação pormenorizada e da atuação rápida do Enfº, uma vez que pode ser precursora de paragem cardíaca. A realçar o recurso ao SU por tosse, antecedentes de asma, sinais de dificuldade respiratória e uma situação de obstrução da via aérea por corpo estranho. Ao longo do estágio tive ainda contacto com uma criança com suspeita de tosse convulsa, que acabou por não ser confirmada, mas que de certa forma gerou alguma ansiedade no SU, visto tratar-se de uma doença extremamente contagiosa.

Urgências neurológicas – traumatismo crânio-encefálico, resultado de quedas e convulsões, associado a febre, foram as situações mais presenciadas.

Urgências gastrointestinais e geniturinárias – presenciei imensos casos de desidratação, associado a vómitos, diarreia ou má alimentação e de dor abdominal, que quase sempre levava ao diagnóstico de apendicite aguda.

Não menos importante, foram os casos de febre, quedas, intoxicação por ingestão medicamentosa, voluntária e involuntária, tentativas de suicídio, dor muitas vezes inespecífica e muitas situações que acabaram por ser orientadas para pedopsiquiatria.

Os focos decorrentes destas situações e que mereceram toda a atenção dos profissionais de saúde são: Dispneia, Dor, Expetorar, Papel parental, Alteração do Comportamento, Vômito, Febre e diarreia.

As intervenções realizadas tiveram em conta as áreas de atendimento específicas do SU. As intervenções em contexto de triagem foram enunciadas ao longo do conteúdo abordado no relatório em si. Desta forma tive oportunidade de:

- **Gabinete de enfermagem** – vigilância de sinais vitais, punções venosas, administração de terapêutica, colheita de análises e produtos, algaliação, entubação, aspiração de secreções, entre outras;
- **Sala de Pequena Cirurgia** – realização de pensos a feridas traumáticas e suturas realizadas à criança/adolescente em contexto de queda ou acidentes pessoais, colocação de cateter epicutâneo por desbridamento (técnica desconhecida). Colaborei na assistência prestada a jovens vítimas de acidente de viação, acidente de trabalho e atropelamento, nomeadamente vigilância de sinais vitais, estado geral, perdas hemáticas, estado de consciência bem como transferência em plano duro;
- **OBS** – tive oportunidade de admitir crianças que após estabilização, nas diferentes áreas de atendimento, exige vigilância. As intervenções de enfermagem passam pela

monitorização de sinais vitais, colocação de acesso venoso e administração de terapêutica, vigilância de situações pertinentes (crianças com história de febre, crises convulsivas, diabetes inaugural, entre outros). Os motivos mais frequentes de transferência para OBS, foram os de febre em RN, dor abdominal, vômitos e diarreia, convulsões, intoxicações medicamentosas, quedas com suspeita de TCE, politraumatizados, crianças com doença crônica, nomeadamente doenças metabólicas, crianças com paralisia cerebral, cardiopatias congénitas, entre outros. Tive ainda oportunidade de preparar crianças que seriam intervencionados, a maioria dos casos por apendicite, procedendo ao acompanhamento do circuito da criança/família no BO e recobro, onde sem dúvida que o papel do Enfermeiro é fundamental.

- **Sala de Emergência** – em sala de emergência não me foi possível atuar, compreendendo no entanto toda a dinâmica adjacente. A minha ação centrou-se verificação de todo o material e equipamentos disponíveis, preponderante para a atuação numa situação de emergência.

## Anexo XII – Programa NIDCAP



Em 2003, o Serviço de Neonatologia do CHSJ iniciou a formação e treino no programa de NIDCAP, sendo a sua implementação um processo longo que envolveu toda uma equipa, de forma a proporcionar cuidados individualizados e centrados no desenvolvimento ao RN internado, em unidades neonatais e respetivas famílias. Desde 2011, que o programa de cuidados NIDCAP é uma realidade na unidade de cuidados neonatais. ([www.chsj.pt](http://www.chsj.pt)).

É sabido que o ambiente tradicional das UCIN representa para a maioria dos RN, a separação dos pais, o uso excessivo de estímulos e frequentemente a experiência de procedimentos invasivos e dolorosos. Além disso, estudos revelam que o desenvolvimento no ambiente extra-uterino antes das 37 semanas pode desencadear no RN um desenvolvimento desadaptado e desorganizado. Esta desorganização manifesta-se através da alteração nos diferentes sistemas: autónomo, motor, organização de estados, auto-regulação e equilíbrio. Assim sendo, o programa NIDCAP foi criado com o objetivo de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no RN, fora do útero materno, reduzindo desta forma as complicações iatrogénicas, relacionadas com o ambiente, proporcionando o aumento das competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde. Este tem como bases a coordenação, avaliação, meio ambiente tranquilo, consistência no cuidar/cuidados colaborativos, agrupamento de cuidados, posicionamento adequado, oportunidades para contacto pele-a-pele, suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família (Santos, 2011).

Coordenação: implica a compreensão e conhecimento do desenvolvimento do RN, bem como da família, por parte de toda uma equipa multidisciplinar que trabalha em conjunto. A equipa de Neonatologia é uma equipa dinâmica, que trabalha em conjunto e em prol do adequado desenvolvimento do RN.

Avaliação: fornece dados sobre o cuidado individualizado, registando os sinais comunicativos do RN antes, durante e após cada procedimento, em folha própria. Esta avaliação efetuada de forma repetida possibilita um conhecimento aprofundado do RN (forças do RN, limiar de stress, capacidade de organização e auto-regulação entre outros), permitindo uma adequação dos cuidados prestados.

Na unidade de Neonatologia, existem profissionais destacados para a execução desta avaliação, contudo não tive oportunidade de assistir a essa avaliação uma vez que estão estipulados dias próprios para a realização do mesmo.

Meio ambiente tranquilo: nas unidades cuidados intensivos neonatais, o ruído excessivo impossibilita uma adequada manutenção dos estados de sono, tão importante para o adequado desenvolvimento do sistema nervoso central, além de propiciar alterações na fala e dificuldades na aprendizagem; da mesma forma, a luz intensa é um fator de stress para o RN, por apresentar menos defesas em relação à luz ambiente. Na UCIN do CHSJ, há uma preocupação de toda a equipa em manter um ambiente o mais tranquilo possível e isento de luz direta intensa que tanto interfere com o desenvolvimento do RN.

Agrupamento de cuidados/estruturar às 24horas: o plano de cuidados deve ser estruturado por toda a equipa e com a família. Os procedimentos que provocam desconforto/stress deverão ser concentrados, e realizados de acordo com as necessidades do RN, respeitando os seus ciclos de sono e a sua reorganização. Apesar de este ser considerado um elemento chave do programa de NIDCAP, penso que não se adequa por completo, na medida em que segundo a equipa de enfermagem e com base em estudos realizados, a concentração de cuidados implica um gasto acrescido de energia e conseqüentemente a exaustão do RN.

Posicionamento: permite a promoção de conforto, ao facilitar a organização sensório-motor do RN e prevenindo sequelas neuro-comportamentais. O RN deve ser correctamente posicionado de forma a minimizar o gasto de energia. A equipa de enfermagem preocupa-se imenso com este parâmetro e para tal recorre a determinados princípios tais como: segurar os membros, de forma a proporcionar estabilidade e conforto; equilíbrio entre extensão e flexão; organização dos estádios de sono/vigília; evitar estiramento dos músculos; posicionar o RN de forma a olhar no sentido ascendente, de modo a facilitar o desenvolvimento das capacidades motoras e evitar os estímulos múltiplos, na medida em que o RN não é capaz de processar as múltiplas interações, podendo levá-lo à exaustão. O recurso aos ninhos é também uma das medidas adotadas, bem como a posição lateral, promovendo o bem-estar e tranquilidade do RN.

Oportunidade para contacto pele-a-pele: este é proporcionado pela técnica de canguru, que é usada na unidade, e que consiste na colocação do RN de fralda em posição ereta, sobre o tórax de um dos pais. Esta técnica possibilita entre muitas outras, a promoção da vinculação, a manutenção da temperatura adequada, adequados ganhos a nível de peso e aleitamento materno, além de colmatar os efeitos nocivos da UCIN.

Conforto para a família: a parceria de cuidados entre os profissionais desta unidade e os pais é sem dúvida a chave para o desenvolvimento futuro do RN. É importante que os pais se sintam úteis e que se considerem os principais cuidadores do seu filho. É da responsabilidade do Enfermeiro, reduzir ao máximo o impacto da hospitalização.

O programa de NIDCAP permite adequar os cuidados ao RN de forma a dar resposta às suas respostas e a proporcionar um adequado funcionamento de todos os sistemas; contudo ainda se encontra em fase de implementação, pelo que não pode ser considerado um modelo ideal de cuidados. Com a elaboração deste objectivo pretendia compreender os princípios deste programa e de que forma poderia responder às necessidades do RN, numa UCIN.

**Santos, Andrea Oliveira. 2011. NIDCAP®: Uma filosofia de Cuidados.... 2011, Vols. vol.XX, nº 1.**  
Artigo de revisão.

**Centro Hospitalar São João (CHSJ). 2011. Centro Hospitalar São João, EPE. [Online] Abril de 2011. [Citação: 20 de Abril de 2012.] <http://www.chsj.pt>.**

## Anexo XIII – Sistema informático J-ONE



O J-one, sistema informático atualmente usado no SU, foi implementado recentemente no CHSJ, possibilitando a visualização de toda e qualquer informação referente ao utente em causa, bem como suporte de apoio a todos os profissionais, na tomada de decisões

Este sistema, sendo um sistema de acesso universal possibilita um contacto cada vez mais próximo entre a Criança, Médico e Enfermeiro, na medida em que toda a informação pertinente se encontra informatizada e de acesso fácil.

Apesar de já utilizar o J-one no meu serviço (serviço de medicina), o mesmo não apresenta a mesma aplicabilidade no SU, pelo que foi necessário todo um empenho e descoberta relativamente ao mesmo; para tal contei com o apoio de toda a equipa multidisciplinar que me orientou quanto ao sistema, reconhecendo todas as lacunas, na medida em que também para eles este é recente e em fase de implementação.

Atualmente, o J-one permite ter acesso às crianças que estão à espera de ser triadas e o motivo geral de vinda ao SU; facilita a visualização rápida dos possíveis locais onde a criança se encontra (locais comuns, OBS, UCI, sem atendimento, alta), o que de certa forma auxilia a localização da mesma; proporciona o conhecimento dos exames e análises pedidas para a criança que foi avaliada pelo médico, bem como a prescrição de terapêutica. Parâmetros como a alimentação, apoio interno, processo e intervenções de enfermagem, outras atitudes e alta, ainda não se encontram acessíveis e corretamente parametrizados, pelo que não são utilizados. Considero que apesar de ser uma mais-valia nem sempre é fácil num SU, recorrer a este tipo de sistema informático que permita aceder a toda a informação pertinente.

O J-one recorre ao uso de diferentes cores que desde logo ajuda o profissional de saúde a perceber o que o mesmo transmite. Desta forma sempre que exista um exame pedido, colheitas a realizar ou terapêutica a administrar, a cor que surge é o vermelho que indica que algo se encontra pedido e que ainda não foi identificado; o amarelo informa que o profissional tomou conhecimento da ação pretendida, mas que por qualquer motivo não foi realizada, e como tal aparece pendente; o verde representa a realização da acção e o azul significa que não existe ainda não pedido para aquela criança.



## Anexo XIV – Cuidados Alimentares em neutropenia no domicílio



## Cuidados alimentares em Neutropenia no Domicílio



Serviço de Pediatria do Hospital  
Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar  
São João

Elaborado por:  
Carina Correia  
Marta Vasconcelos



	Permitidos	Proibidos
Laticínios	Leite UHT, iogurte, queijo, manteiga, natas e gelados pasteurizados e embalados individualmente. Queijo em fatias embalado individualmente.	Leite cru, queijos não pasteurizados. Queijos com fungos (Brie, Camembert, Roquefort, Gorgonzola,...). Queijo em barra ou bola.
Carne, peixe, ovos e produtos derivados	Carne e peixe "bem passados". Ovos bem cozinhados com gema e clara duros. Ovos pasteurizados.	Carne e peixe crus ou "mal passados" e mariscos. Ovos crus, ou mal cozinhados. Enchidos e fumados (presunto, chourço, salichas frescas,...)
Vegetais	Cozidos (frescos, congelados ou enlatados)	Crus ou em saladas
Frutos	De casca grossa (banana, laranja, melão, melancia ou meloa)	Crus de casca fina (maçã, pêra, pêssago, uvas, morango,...) Frutos secos (amêndoas, passas, avelãs, nozes,...), Mel
Cereais e derivados	Pão e cereais de pequeno-almoço sem frutos secos. Arroz, massa, feijão e grão.	Cereais com frutos secos.
Outros alimentos	Gomas, rebuçados e pastilhas embaladas individualmente. Sobremesas lácteas e pudins comerciais ou caseiros. Bolos, bolachas e biscoitos sem recheio embaladas individualmente.	Bolos com cremes e recheios. Doces com ovos crus. Produtos de pasteleria e de confeitaria. Alimentos e refeições pré-confeccionadas.
Bebidas	Água tratada (engarrafada ou da torneira fervida) Sumos e néctares pasteurizados. Chá de ervas em saquetas fervidas	Água não tratada (da fonte ou do poço). Sumo e néctares não pasteurizados.
Ervas e especiarias	Adicionar durante a cozedura (pelo menos 5 minutos antes do final)	Adicionadas após a cozedura ou para decoração do prato.
Condimentos	Mostarda, Ketchup e maionese, Sal, azeite e vinagre em unidades.	Maionese caseira.

## Higiene dos alimentos

- A descongelação deve ser feita no frigorífico ou no microondas e nunca à temperatura ambiente.
- Os alimentos descongelados devem ser utilizados rapidamente e nunca devem voltar a ser congelados.
- Dividir os alimentos em doses individuais, embalar/acondicionar devidamente (em recipientes fechados) e refrigerar ou congelar.
- Cozinhar bem os alimentos, de forma a evitar zonas cruas ou mal cozinhadas.
- Picar a carne no momento e confeccionar o mais rapidamente possível.
- Os alimentos perecíveis (carne, peixe, laticínios) quer sejam crus ou cozinhados, não devem ser deixados fora do frigorífico à temperatura ambiente.
- Lavar os vegetais e frutos em água corrente e colocar em solução desinfetante (1 parte de lixívia para 10 partes de água) durante cerca de 20 minutos e lavar novamente em água.
- Lavar muito bem o exterior das latas antes de abrir.

## Higiene da cozinha

- Manter bancadas, superfícies de trabalho e utensílios bem limpos.
- Usar utensílios distintos para preparar alimentos crus e cozinhados.
- Lavar a loiça na máquina ou manualmente com água quente e detergente.
- Substituir diariamente os panos de cozinha e toalhas de mãos.
- Substituir semanalmente esponjas e esfregões e desinfetá-los diariamente numa solução de lixívia.
- A pessoa que prepara os alimentos deve: manter uma boa higiene pessoal e ter as mãos sempre bem lavadas, proteger bem feridas / cortes existentes nas mãos. Não provar os alimentos com os dedos ou com os utensílios utilizados para mexer os alimentos.

## Neutropenia e Alimentação

Quando, devido à doença ou ao tratamento, o número de neutrófilos no sangue desce, o organismo torna-se mais susceptível a infeções. Então é necessário tomar precauções acrescidas com a alimentação. Assim, deve-se fazer uma seleção apropriada e devem ser evitados alguns alimentos. Além disso, é necessário adotar cuidados especiais na aquisição, preparação, confeção e armazenamento dos alimentos.

### A seleção dos alimentos:

Evitar alimentos que apresentem risco de contaminação:

- # Vegetais e frutos de casca fina crus, frutos secos;
- # Carne, peixe e ovos crus ou mal cozinhados;
- # Marisco, enchidos e fumados;
- # Produtos láteos e outros (e.g. sumos) não pasteurizados.

### Como Comprar

- Adquirir produtos em bom estado de conservação, rejeitando aqueles que apresentem sinais de contaminação, partes tocadas ou em início de apodrecimento.
- Ler o rótulo e verificar os prazos de validade dos alimentos embalados.
- Rejeitar embalagens/latas danificadas, amolgadas, opacas ou enferrujadas.
- Preferir alimentos embalados em doses individuais.
- Comprar alimentos congelados/refrigerados em último lugar, e transportá-los em sacos térmicos.

## Anexo XV – Check-List dos ensinos efetuados na UCIN





**IDENTIFICAÇÃO**

data/n.º mecan.

**LEGENDA**

Requer orientação/incentivo  1

Requer ajuda  2

Autonomia  3

	ENSINO	OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO																																									
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>																																													
Temperatura da água e ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Técnica do banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Produtos de higiene/fraldas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Cuidados à pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<b>ALIMENTAÇÃO</b>																																													
Horários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Preparação do leite/esterilização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Conservação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Amamentação: técnicas e cuidados à pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<b>SONO/REPOUSO</b>																																													
Ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Padrão de sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Posicionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<b>VIGILÂNCIA DE SAÚDE</b>																																													
Boletim de Saúde / Vacinação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Consulta de enfermagem/Diag. precoce/peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Medicação: vitaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Visitas: contactos; locais a evitar; saídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
<b>SEGURANÇA</b>																																													
Prevenção de acidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Transporte no automóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Avaliação das SapO <sub>2</sub> antes da alta (pré-termo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Parâmetros observados	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Bebé no berço</th> <th colspan="6">Criança colocada na cadeira num ângulo de 45°</th> </tr> <tr> <th>0'</th> <th>5'</th> <th>15'</th> <th>30'</th> <th>45'</th> <th>60'</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FI O<sub>2</sub></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SapO<sub>2</sub></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F. Cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Marca da Cadeira</td> <td>Chicco</td> <td>Bebekonfort</td> <td>Pré-natal</td> <td>Bebecar</td> <td colspan="2">Outra:</td> </tr> </tbody> </table>				Bebé no berço	Criança colocada na cadeira num ângulo de 45°						0'	5'	15'	30'	45'	60'	FI O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SapO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca da Cadeira	Chicco	Bebekonfort	Pré-natal	Bebecar	Outra:	
Bebé no berço	Criança colocada na cadeira num ângulo de 45°																																												
	0'	5'	15'	30'	45'	60'																																							
FI O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
SapO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
F. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Marca da Cadeira	Chicco	Bebekonfort	Pré-natal	Bebecar	Outra:																																								
<b>OUTROS</b>																																													
O <sub>2</sub> no domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Alimentação por SNG/SOG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Terapêutica - manipulados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									

CHECK-LIST

Setembro 2010



## Anexo XVI - Check-List da alta, usada na UCIN





IDENTIFICAÇÃO

ALTA PARA O DOMICÍLIO

ALTA PARA OUTRO HOSPITAL/SERVIÇO

CARTA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/>	CARTA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/>
<i>Guardar cópia</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Guardar cópia</i>	<input type="checkbox"/>
MARCAÇÃO DE CONSULTAS (Hospital)	<input type="checkbox"/>	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO	<input type="checkbox"/>
BOLETIM INDIVIDUAL DE SAÚDE	<input type="checkbox"/>	CONHECIMENTO DOS PAIS	<input type="checkbox"/>
<i>Registo de diagnóstico precoce</i>	<input type="checkbox"/>	BOLETIM INDIVIDUAL DE SAÚDE	<input type="checkbox"/>
<i>Registo de vacinas</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Registo de diagnóstico precoce</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Carimbo do serviço    Assinatura    Data</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Registo de vacinas</i>	<input type="checkbox"/>
CHECK-LIST DE ENSINOS	<input type="checkbox"/>	CHECK-LIST DE ENSINOS (Se aplicável - guardar original)	<input type="checkbox"/>
<i>Guardar original</i>	<input type="checkbox"/>	ARTICULAÇÃO COM SERVIÇO SOCIAL (se necessário)	<input type="checkbox"/>
TERAPÉUTICA	<input type="checkbox"/>	TERAPÉUTICA	<input type="checkbox"/>
<i>Ensinos</i>	<input type="checkbox"/>	MARCAÇÃO DE CONSULTAS (se necessário)	<input type="checkbox"/>
<i>Receitas (vinhetas)</i>	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE (Confirmação e horário)	<input type="checkbox"/>
CONTACTO COM O CENTRO DE SAÚDE (Telefone)	<input type="checkbox"/>	TIP	<input type="checkbox"/>
ARTICULAÇÃO COM SERVIÇO SOCIAL (se necessário)	<input type="checkbox"/>	OUTROS _____	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE (Automóvel)	<input type="checkbox"/>	Médico <input type="checkbox"/> Enfermeira <input type="checkbox"/>	
<i>Cadeira de transporte</i>	<input type="checkbox"/>	SANGUE DA MÃE	<input type="checkbox"/>
<i>Outro:</i>	<input type="checkbox"/>	HOSPITAL/SERVIÇO DE DESTINO _____	

OBSERVAÇÕES:

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ Nº MEC. \_\_\_\_\_



## Anexo XVII – Dinâmica e Funcionamento do TIP



O sistema de TIP foi criado por protocolo através da parceria entre ARS, INEM e CHSJ, tendo como objetivo o transporte secundário de RN, crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de vida. Abrange Bragança, Vila Real, Viana do Castelo, Braga, Porto e parte dos distritos de Aveiro, Guarda e Viseu, pertencentes à Região norte do país.

O TIP é constituído por um tripulante de ambulância, um Enfermeiro e um médico capacitado para assegurar SAV pediátrico e neonatal. Este sistema encontra-se disponível 24horas/dia, 365 dias por ano, garantindo o transporte entre o Hospital de Origem e as Unidades de cuidados intensivos neonatais ou pediátricos de destino. O apoio perinatal poderá ser prestado pelo CHSJ, Hospital de Vila Nova de Gaia/Espinho, Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo, Hospital Pedro Hispano, entre outros; por sua vez os casos que exijam transferência para Unidades de Cuidados Intensivos, apenas poderão ser prestados pelo Centro Hospitalar do Porto ou CHSJ.

O TIP é acionado por qualquer Hospital com serviço de Pediatria da área de referência. É o médico do Hospital de Origem que avalia e decide se há critérios de transferência, contacta o Hospital de destino, tendo em conta as vagas e o maior nível de diferenciação possível, e ativa o TIP.

O CHSJ é o Hospital de referência, com elevada diferenciação em situações de RN com patologia cardíaca, cirurgia urgente e doenças metabólicas; trauma, neurocirurgias e queimados; cardiologia pediátrica e emergência neurológica (a realçar que nesta última situação, o Hospital de origem deverá proceder de imediato ao transporte para um centro de neurocirurgia, não aguardando pela ativação do TIP. Se suspeita de cardiopatia congénita, em RN estável, o mesmo deverá permanecer no Hospital de origem, caso não existam vagas nos hospitais de referência; contudo se o mesmo se encontra instável e necessitar de cuidados intensivos deverá proceder-se à transferência do mesmo para uma Unidade de Cuidados Intensivos de outra região ou se possível transferir um outro RN que não necessite de um nível de cuidados tão especializado para um outro hospital.

São definidos como critérios para transporte:

- Disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas;
- Sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica;
- Presença de critérios universais de admissão em cuidados intensivos;
- Necessidade de ventilação assistida e/ou suporte hemodinâmico por doença aguda, crónica ou trauma;

- RN em risco;
- RN com patologia cirúrgica;
- RN com patologia cardíaca, necessitando de cirurgia cardíaca ou com necessidade emergente de cuidados diferenciados;
- Crianças e ou adolescentes cuja situação clínica seja instável, com necessidade de cuidados diferenciados, não disponíveis no hospital de origem.

**Centro Hospitalar de São João (CHSJ). 2011.** Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico, da Região Norte - Normas de ativação e critérios de transporte. 2011.

## Anexo XVIII – Sessões do Curso de Preparação para o parto



# CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE - CPP

## TEMAS -10 SESSÕES

Sessão	• Preparar a casa e enxoval
Sessão	• Cadeiras e carrinhos de passeio
Sessão	• O Choro do bebé
Sessão	• Métodos de alívio da dor em trabalho de parto
Sessão	• Trabalho parto e puerpério
Sessão	• Higiene do Recém-nascido
Sessão	• Amamentação I
Sessão	• Amamentação II
Sessão	• Integrar o novo elemento na família/Fraldas ecológicas e descartáveis
Sessão	• Segurança e Prevenção de acidentes

A iniciar na 20ª semana de gestação



## Anexo XIX – Sessões do Curso de Educação Parental



# Curso de Educação Parental

1ª Sessão: Apresentação e Choro

2ª Sessão: Sono e repouso

3ª Sessão: Crescimento e desenvolvimento 3-6 meses

4ª Sessão: Introdução de novos alimentos

5ª: Sessão Bebê na creche

6ª Sessão: Segurança/Prevenção de acidentes

7ª Sessão: Vigilância Saúde/Problemas Comuns

8ª Sessão: Crescimento e desenvolvimento 6-12 meses



## Anexo XX – Impressos de referência



## REFERENCIAÇÃO DE UTENTES PARA UCCSH

**Bem-me-quer (Bebés e Crianças)****Identificação do bebé/criança**

NOP: \_\_\_\_\_  
Nome do bebé/criança: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Contacto Mãe / Pai: \_\_\_\_\_  
Profissão Mãe / Pai: \_\_\_\_\_  
Enfermeira(o) de família: \_\_\_\_\_ Médica(o) de família: \_\_\_\_\_

**ORIGEM DA REFERENCIAÇÃO**

- Equipa de Saúde Familiar      Especificar  \_\_\_\_\_  
 Equipa hospitalar              Especificar  \_\_\_\_\_  
 Equipa UCC                        Especificar  \_\_\_\_\_

**CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO**

- Mães com dificuldades na amamentação  
 Pais de crianças com necessidades de cuidados especiais - doença crónica, doença mental, paralisia cerebral, etc.  
 Pais com dificuldades no desempenho de papel (choro, higiene, sono, educação...)  
 Papel parental comprometido – divórcio, risco social, toxicodependência, etc.  
 Pais de crianças com temperamento difícil

**OBSERVAÇÕES**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissional que referencia: \_\_\_\_\_ Contacto profissional: \_\_\_\_\_

REFERENCIAÇÃO DE UTENTES PARA UCCSH	
Bem-me-quer (Massagem ao bebé)	
<b>Identificação do bebé</b>	
NOP: _____	
Nome: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	
Nome da Mãe: _____	
Nome do Pai: _____	
Morada: _____	
Contacto Mãe / Pai: _____	
Profissão Mãe / Pai: _____	
Enfermeira(o) de família: _____ Médica(o) de família: _____	
<b>ORIGEM DA REFERENCIAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Equipa de Saúde Familiar	Enfermeiro / Médico <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Equipa hospitalar	Especificar <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Equipa UCC	Especificar <input type="checkbox"/> _____
<b>CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bebés inscritos nas Unidades de Saúde Familiar de abrangência da UCCSra. Hora, a partir do primeiro mês de vida.</li></ul>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissional que referencia: \_\_\_\_\_ Contacto profissional: \_\_\_\_\_

Anexo XXI – Instrumento de Avaliação das competências  
parentais



## Projeto Bem-me-quer

### Instrumento de avaliação de conhecimentos e competências



Nome da Grávida: _____	CS _____	Nº processo: _____
Telefone: _____	Morada: _____	Email: _____

#### GRAVIDEZ (1º e 2º Contato)

DPP: _____	Gesta: _____	Para: _____	Aborto: _____	Nome do Pai do Bebê: _____	Nome do Bebê _____
Local previsto para o nascimento: <input type="checkbox"/> HPH <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Que tipo de acompanhamento pela UCC gostaria de usufruir após o nascimento? <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Liga-se a precisar					
Previsão de suporte após o parto: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> companheiro <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> sogra <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> outro					

**Os itens coloridos correspondem aos critérios comuns entre as 4 UCCs da ULSM, sendo portanto o seu preenchimento de carácter prioritário**

	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai
Data do contacto: _____	_____	_____	_____
Idade gestacional: _____	_____	_____	_____

#### ASSEGURAR A HIGIENE E TRATAR DO COTO UMBILICAL

Experiência anterior: Dar banho: MÃE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   PAI <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   Trocar a fralda: MÃE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   PAI <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   Coto umbilical: MÃE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   PAI <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim				
tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Critérios de escolha de produtos de higiene e sua aplicação		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Sinais do eritema perineal		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Estratégias de prevenção do eritema perineal		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Tratamento do eritema perineal		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Cuidados com a limpeza dos genitais (se menino/se menina)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Cuidados a ter com o coto umbilical		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Sinais de infeção do coto umbilical		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Material necessário e condições prévias para o banho		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Frequência e horário do banho		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Como dar banho		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Como e quando cortar as unhas		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Material necessário para a troca da fralda		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

#### LIDAR COM O CHORO

Experiência anterior: Lidar com bebês a chorar: MÃE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   PAI <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim				
tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Causas do choro do bebê		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Estratégias para lidar com o choro do bebê		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

#### AMAMENTAÇÃO

Experiência anterior de amamentar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   Se sim:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração _____ (meses, último filho)   Apreciação da experiência: <input type="checkbox"/> positiva <input type="checkbox"/> negativa</li> <li>• Problemas/dificuldades relacionados com a amamentação: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, se sim, quais _____</li> <li>• Se amamentou em exclusivo menos de 6 meses, mencionar o motivo: _____</li> </ul>				
Intenção de amamentar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não (especificar motivo: _____)				
tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre o tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
• Critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Critérios para decidir se oferece 1 ou as 2 mamas		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Sinais de boa pega		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Sinais de saciedade do recém-nascido		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Sinais que confirmam que o recém-nascido está a mamar o que necessita		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Prevenção de ingurgitamento mamário		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Estratégias para estimular o recém-nascido durante a mamada		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Diferença entre subida do leite e ingurgitamento mamário		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Fatores de risco e medidas de prevenção de fissura do mamilo		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Influência da alimentação da mãe no leite (composição)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Benefícios da amamentação		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

#### COLOCAR A ERUCTAR

Experiência anterior: Colocar a eructar: MÃE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   PAI <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim				
tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Benefícios da eructação		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Posicionar a criança para eructar		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**GARANTIR A SEGURANÇA E PREVENIR ACIDENTES**

tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Medidas de prevenção da <b>síndrome de morte súbita</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Medidas segurança para <b>transporte no automóvel</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Medidas de prevenção de <b>quedas</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Medidas de prevenção de <b>queimaduras</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Medidas de prevenção de <b>asfixia/sufocação</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Critérios de <b>escolha de brinquedos</b> para o recém-nascido		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Cuidados com <b>animais domésticos</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**TRABALHO DE PARTO E EMPOWERMENT**

Plano de parto (a preencher no 2º contacto) <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim				
tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Sinais de <b>trabalho de parto</b>	Nível de Empowerment:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Estratégias de <b>alívio e conforto</b> no trabalho de parto		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Sinais de <b>alerta na gravidez</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DE SAÚDE**

tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Sinais de <b>alarme no puerpério</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Consulta de <b>revisão de puerpério</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**PREPARAR A CASA PARA RECEBER O RECÉM-NASCIDO**

tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Características do <b>quarto do recém-nascido</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Características do <b>berço/ cama</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Características do <b>equipamento a adquirir/adaptar para dar banho</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Características do <b>equipamento a adquirir: cadeira de transporte</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Características do <b>equipamento a adquirir: carrinho de passeio</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**PREPARAR O ENXOVAL**

tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Critérios de <b>escolha de roupa do recém-nascido</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Cuidados gerais no <b>tratamento da roupa da criança</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Critérios de <b>escolha e uso da chupeta</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Critérios de <b>escolha das fraldas e toalhetes</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**PREPARAR A INTEGRAÇÃO DO NOVO ELEMENTO NA FAMÍLIA**

Idade dos irmãos (anos):				
tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Estratégias para <b>gerir o ciúme do irmão</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**CRIAR HÁBITOS: DORMIR**

tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Estratégias para <b>criar hábitos para dormir</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**ALIMENTAR A CRIANÇA COM LEITE ADAPTADO**

Experiência anterior: Colocar a eructar: MÃE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   PAI <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (avaliar só se impossibilidade de amamentar)				
tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ Métodos de <b>lavagem e esterilização</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Como <b>preparar e oferecer o Leite Artificial</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**PADRÃO DE CRESCIMENTO/ DESENVOLVIMENTO NORMAIS E PROMOÇÃO DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE**

Experiência anterior: Já viu um recém-nascido: MÃE <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim   PAI <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim				
tem <b>conhecimento</b> sobre:	Aula sobre tema:	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
▪ <b>Diagnóstico precoce</b> do recém-nascido		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ <b>Vacinação</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ <b>Aparência esperada de recém-nascido e achados normais da pele</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ <b>Reflexos presentes/ respostas espontâneas</b> do recém-nascido		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ <b>Eliminação Vesical/ Intestinal</b>		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**OBSERVAÇÕES**

Legenda:  
 HPH – Hospital Pedro Hispano; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; ULSM – Unidade Local de Saúde; T – Telefone; CS – Centro de Saúde; D – Domicílio;  
 H – Hospital; N – não; S – sim; NA – não avaliado; DPP – Data Provável do Parto; s – Semanas; d- Dias.

**APÓS O NASCIMENTO (3º Contato)**

Data do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ sem) Tipo de parto:  eutóxico  ventosa/fórceps  cesariana Local:  HPH  Outro: \_\_\_\_\_

Episiotomia:  sim  não Experiência do parto(s) e 1.º dias:  positiva  negativa: \_\_\_\_\_

Complicações: durante o parto:  não  sim: \_\_\_\_\_ pós-parto:  não  sim: \_\_\_\_\_

BEBÉ: Nome: \_\_\_\_\_ Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g Complicações:  não  sim: \_\_\_\_\_

Pretende frequentar curso de massagem infantil:  sim  não

	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai
Data do contacto: ___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Idade da criança: _____ s _____ d	_____ s _____ d	_____ s _____ d	_____ s _____ d
Local de contacto: <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> H
Peso: _____ gr	_____ gr	_____ gr	_____ gr

**ASSEGURAR A HIGIENE E TRATAR DO COTO UMBILICAL**

Quem tem dado banho:  mãe  pai  outro \_\_\_\_\_

Alguma vez teve eritema pela fralda?  N  S  NA  NA  NA  NA

Sente que consegue/é capaz de:

• Manter medidas de prevenção do eritema pela fralda	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Tratar o eritema pela fralda	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Assegurar os cuidados de higiene com segurança	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Cortar as unhas	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Vestir e despir a criança	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Lavar e secar a zona coberta pela fralda	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Desinfetar o coto umbilical	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Manter o coto umbilical seco	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**LIDAR COM O CHORO**

Sente que consegue/é capaz de:

• Estratégias para lidar com o choro	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Choro por cólica	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**AMAMENTAÇÃO**

Amamenta?  N  S

Se sim:

	Tipo de Aleitamento do Bebê	<input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LM + LA	<input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LM + LA	<input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LM + LA
Sente que consegue/é capaz de:	Compromisso na Amamentação Valor da Escala de Latch	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Score: _____	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Score: _____	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC Score: _____
• Amamentar em horário livre e garante que o bebê mama o leite posterior antes de mudar de mama		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Garantir uma boa pega		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Reconhecer sinais de saciedade do bebê		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Reconhecer sinais que confirmam que o bebê está a mamar o que necessita		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
Alguma vez teve fissura? (se sim, é capaz de:)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Implementar medidas de tratamento da fissura		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Reconhecer sinais de fissura do mamilo		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
Alguma vez teve ingurgitamento mamário? (se sim, é capaz de:)		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Reconhecer sinais de ingurgitamento mamário		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Implementar medidas de alívio do ingurgitamento mamário		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Extrair leite manualmente/ com bomba		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**ALEITAMENTO ARTIFICIAL (avaliar quando não amamenta em exclusivo)**

Alimenta com biberão:  LM  LA

Leite Artificial foi recomendado por:  Médico  Enfermeiro  Opção da Utente

Tem conhecimento de:

• Métodos de lavagem e esterilização	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Como preparar e oferecer o LA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

Sente que consegue/é capaz de:

• Garantir a limpeza e esterilização adequada do material	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
• Preparar o LA de acordo com as indicações	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**COLOCAR A ERUCTAR**

<b>Sente que consegue/é capaz de:</b>			
▪ Posicionar a criança para promover a eructação	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**GARANTIR A SEGURANÇA E PREVENIR ACIDENTES**

<b>Sente que consegue/é capaz de:</b>			
▪ Adotar medidas de prevenção da síndrome de morte súbita	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Adotar medidas segurança para transporte no automóvel	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Adotar medidas de prevenção de quedas	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Adotar medidas de prevenção de queimaduras	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Afastar a criança de animais domésticos	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**PADRÃO DE CRESCIMENTO/ DESENVOLVIMENTO NORMAIS E PROMOÇÃO DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE**

<b>Tem conhecimento de:</b>			
▪ Capacidade de interação e competências do Recém-Nascido	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Achados normais na pele da criança	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Medidas de proteção contra infeções	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Padrão de aumento de peso esperado	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Padrão de eliminação intestinal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Padrão de sono	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Reações às vacinas	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Coloração icterica e icterícia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Como avaliar a temperatura corporal e valor de temperatura corporal normal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**REGURGITAÇÃO**

<b>Sente que consegue/é capaz de:</b>			
▪ Adotar medidas de prevenção de regurgitação	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**OBSTRUÇÃO NASAL**

<b>Sente que consegue/ é capaz de:</b>			
▪ Reconhecer sinais de obstrução nasal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA
▪ Medidas de alívio de obstrução nasal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NA

**OBSERVAÇÕES**

Legenda:  
 HPH – Hospital Pedro Hispano; UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade; ULSM – Unidade Local de Saúde; T – Telefone; CS – Centro de Saúde; D – Domicílio; H– Hospital; N – não; S – sim; NA – não avaliado; DPP – Data Provável do Parto; s – Semanas; d- Dias; C- Comprometido; NC – Não Comprometido; LM- Leite Materno; LA – Leite Artificial.

## Anexo XXII – Avaliação do projeto Bem-Me-Quer





*Satisfação dos utentes com o Projeto*

*Bem-Me-Quer*

## SUCECS – Satisfação dos utentes com o Projecto Bem-me-quer

Relembramos que as questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu nos contactos que teve no âmbito do projecto Bem-Me-Quer.

Se estes factos aconteciam:

1- Relativamente à informação que achou necessária para cuidar do seu filho os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?	3	2	1	0
2- Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em dar resposta às suas necessidades de aprendizagem?	3	2	1	0
3- Relativamente à informação, os enfermeiros preocuparam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4- Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços do Projecto Bem-me-quer que tem à sua disposição?	3	2	1	0
5- Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como usufruir dos serviços do Bem-me-quer (como e quando)?	3	2	1	0
6- Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
7- Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0
8- Os preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	3	2	1	0
9- Os enfermeiros preocuparam-se em dar-lhe informação sobre o funcionamento do projecto Bem-me-quer (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, sessões temáticas em grupo, visitas domiciliárias...)?	3	2	1	0
10- O Projecto Bem-me-quer promoveu uma ligação mais próxima entre si e algum enfermeiro (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
11- Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros do Bem-me-quer (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
12- Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade nos diferentes contactos?	3	2	1	0
13- Nos diferentes contactos, os enfermeiros preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-a confortável)?	3	2	1	0
14- Sentiu que os enfermeiros a atenderam com simpatia?	3	2	1	0
15- Sentiu que os enfermeiros davam importância às suas necessidades na preparação e no exercício da parentalidade?	3	2	1	0
16- Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para colocar as suas dúvidas?	3	2	1	0
17- Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem na parentalidade?	3	2	1	0
18- Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados?	3	2	1	0
0 - Não se aplica/Sem opinião	1 - Nunca	2 - Às vezes	3 - Sempre	

Se está:

19 - Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido).	3	2	1	0
20 - Relativamente à forma como foi atendida pelos enfermeiros no Projecto Bem-me-quer.	3	2	1	0
21 - Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para ouvir ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço).	3	2	1	0
22 - Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados durante a gravidez e ao seu filho.	3	2	1	0
23 - Relativamente à forma como foi transmitida a informação ( <i>timing</i> )	3	2	1	0
24 - Relativamente ao modo como os enfermeiros a assistiram na transição para a parentalidade.	3	2	1	0
25 - Relativamente aos cuidados de enfermagem no Projecto Bem-me-quer	3	2	1	0
26 - Relativamente aos materiais fornecidos em todos os contactos	3	2	1	0
27 - Relativamente à pertinência dos materiais fornecidos	3	2	1	0
28 - Relativamente ao espaço físico do projecto Bem-me-quer (apropriado, calmo, recursos...)	3	2	1	0
29 - Relativamente ao tempo disponibilizado pelos enfermeiros para realizar visitas domiciliárias	3	2	1	0
30 - Relativamente ao número de visitas domiciliárias	3	2	1	0
31 - Relativamente aos recursos disponíveis para a realização das visitas domiciliárias (apropriados, necessários)	3	2	1	0
32 - Relativamente às estratégias utilizadas (sessões temáticas em grupo, sessões individuais, existência de uma sala equipada com vários recursos materiais)	3	2	1	0
33 - Relativamente pertinência aos meios de transmissão de informação utilizadas (vídeos, apresentação de slides, folhetos informativos,...)	3	2	1	0
34 - Relativamente à modalidade de acompanhamento – visita domiciliária	3	2	1	0
35 - Relativamente às modalidades de acompanhamento – CE individualizadas	3	2	1	0
36 - Relativamente ao número de contactos efectuados (suficientes, em excesso, em defeito)	3	2	1	0
37 - Relativamente à frequência de contactos efectuados (suficientes, em excesso, em defeito)	3	2	1	0
0 - Não se aplica/Sem opinião	1 - Insatisfeito		2 - Nem satisfeito/Nem insatisfeito	
				3 - Satisfeito

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.

<b>Facto/Dimensão</b>	<b>Questões do SUCECS</b>									
Qualidade na assistência	11	21	20	29	30	37	36	35	34	
Individualização da informação	1	2	6	7	8	10				
Envolvimento do utente	22	15	16	17						
Informação dos recursos	4	5	12	26	27	28	31	32	33	
Formalização da informação	9	13	23	24	25	19				
Promoção de elo de ligação	3	14	18							

<b>NOTA EXPLICATIVA DAS DIMENSÕES da SUCECS</b>
<b><i>Qualidade na assistência</i></b>
Estes itens parecem expressar o modo como os enfermeiros se relacionam com os utentes quando estes acorrem ao CS. Expressam a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente, a paciência, o envolvimento na relação, que determinam a satisfação com os cuidados prestados.
<b><i>Individualização da informação</i></b>
Reflecte o modo como os indivíduos perceberam o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. Na generalidade, o conteúdo dos itens refere-se ao comportamento adoptado pelo enfermeiro na transmissão da informação, sobre o modo como os enfermeiros tornam a comunicação eficaz. A informação proporcionada aos utentes tem sempre como pressuposto uma necessidade do indivíduo e, por outro lado, a informação, neste caso, não é um fim em si, mas antes um meio para que o indivíduo aprenda a lidar com a sua situação de saúde/doença.
<b><i>Envolvimento do utente</i></b>
Reflecte a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado na pessoa, demonstrando disponibilidade para com ela, considerando a sua opinião na concepção dos cuidados e mostrando ao utente que conhece bem a sua situação clínica e, portanto, os cuidados que lhe propõe encontram aí (nesse conhecimento) a sua justificação.
<b><i>Informação dos recursos</i></b>
Expressa a importância da transmissão de informação sobre os recursos disponíveis. Um conhecimento mais amplo dos serviços que tem à sua disposição, e como pode utilizá-los, facilitará um melhor acesso aos cuidados de saúde.
<b><i>Formalização da informação</i></b>
Reflecte a ideia de que na actividade do enfermeiro existe, também, um papel ligado aos aspectos mais formais da sua actividade, nomeadamente nas questões relacionadas com o proporcionar informação escrita, assim como da explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados, de forma-a que a participação dos utentes seja informada.
<b><i>Promoção de elo de ligação</i></b>
Expressa a preocupação de envolvimento da família, ou pessoas mais próximas, no processo de cuidados. A ideia é a de que, a ajuda e o apoio ao indivíduo não se esgotam no interior dos serviços de saúde. Por outro lado, o facto de o utente ter a possibilidade de contactar sempre, ou quase sempre, o mesmo enfermeiro, constitui um factor promotor de segurança e facilitador da utilização dos serviços de saúde.

## Anexo XXIII – Panfleto: Febre



Lembre-se que não é necessário recorrer logo ao Hospital. Af, o seu filho está mais suscetível a contrair infeções ou outro tipo de doenças.

#### INFORME-SE

- ↓ Telefone para a Saúde 24: 808 24 24 24;
- ↓ Telefone para o seu médico assistente (Médico de Família ou Pediatra Particular).

Só em último recurso, vá ao Centro de Saúde (SAP) ou Hospital (S.U.). Contudo não hesite se:

- ↓ Estão associados à febre outros sintomas (ex: diarreia, vômito);
- ↓ O seu filho apresenta sinais de dificuldade respiratória ou outros sinais que o fazem achar que “ele não está bem”;
- ↓ O seu filho tem menos de 3 meses de idade;
- ↓ A febre já persiste há mais de 5 dias.

Confie nos seus instintos  
de mãe/pai.



ABC do crescimento: Biblioteca Médico – Científica para a família. 2005. Saúde Infanto - Juvenil. Matosinhos: Editorial Oesano. ISBN: 989-554-210-0.  
Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2  
Carrilho, Eugénia M. e Palminha J. Martins. 2003. *Orientação Diagnóstica em Pediatria – Dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-248-9.  
Direção Geral de Saúde. 2004. *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14*. Direção Geral de Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004. Vol. 1. Febre. 972-675-102-0.

Carina Correia e Marta Vasconcelos  
Enfermeiras de Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

## FEBRE



### Orientações



## Febre

A febre, define-se como o aumento da temperatura corporal, como resposta biológica complexa a um elevado número de agentes externos e disfunções internas.

- É um dos sintomas mais comuns em idade pediátrica e um dos motivos mais frequentes de ida ao hospital ou médico assistente;
- Constitui uma resposta defensiva do organismo;
- Nas crianças, geralmente é desencadeada por vírus, é de curta duração, e evolui favoravelmente. Quando é causada por bactérias, desenvolve-se todo um processo inflamatório que desencadeia a febre.



O seu filho tem febre quando a temperatura corporal, avaliada com um termómetro, registar um valor superior a 38°C.

## Como avaliar a temperatura corporal?

A temperatura corporal é variável ao longo do dia, existindo vários fatores que provocam alterações significativas, nomeadamente a idade, atividade física entre outros.

O termómetro é o instrumento utilizado para avaliar a temperatura corporal, podendo ser por via oral, axilar, retal, auricular e superficial através de um sensor.

A Temperatura corporal deverá ser avaliada, recorrendo sempre ao mesmo método de avaliação e tendo em conta que a temperatura axilar apresenta valores mais baixos (cerca de 0,5°C em relação à oral e 1°C em relação à retal).

O termómetro axilar eletrónico deverá ser instrumento de eleição, uma vez que apresenta valores mais fidedignos



## Como proceder em caso de febre

- ↓ Oferecer à criança líquidos com frequência, de acordo com as suas preferências;
- ↓ Diminuir a temperatura ambiente (caso esta esteja elevada). Ambiente fresco mas sem correntes de ar;
- ↓ Manter a criança com vestuário ligeiro;
- ↓ Dar banho com água morna (2°C abaixo da temperatura corporal) ou toalhas de água morna, se necessário.



Estas medidas devem ser associadas a medicamentos, mas sempre com indicação médica.

## Anexo XXIV – Panfleto: Bronquiolite



A maioria das crianças com bronquiolite pode ser tratada em casa.



### Quando recorrer aos serviços de saúde?

Quando a criança “não está bem” ou se o seu estado se agravar: se apresentar dificuldade respiratória, pieira (som respiratório semelhante ao “chiar de um gato”), cansaço marcado, cianose (ficar com a pele azulada), perda de apetite;

Quando não é possível manter uma hidratação adequada;

Quando a criança permanece com febre durante um período superior a 3 dias.

**EM CASO DE DÚVIDA, ESCLAREÇA COM A SUA ENFERMEIRA OU MÉDICO ASSISTENTE.**

## BRONQUIOLITE



ABC do crescimento: Biblioteca Médico – Científica para a família. 2006. Saúde Infante – Juvenil Metosinhos: Editorial Océano. ISBN:989-86-4-210-0.

Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.

Carrilho, Eugénia M. e Palminha J. Martins. 2003. *Orientação Diagnóstica em Pediatria – Dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-248-9.

Carina Correia e Marta Vasconcelos  
Enfermeiras de Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e  
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

### Orientações



## O que é?

A Bronquiolite é uma infeção viral a nível dos brônquios, cujo principal agente é designado por vírus sincicial respiratório (VSR). Afeta maioritariamente os lactentes entre os 3 e os 6 meses e crianças pequenas. Predomínio no Inverno e início da Primavera.

## Como se manifesta?

A criança pode apresentar sinais de dificuldade respiratória, tosse, febre, recusa alimentar, entre outros.



## O que deve evitar

- ❑ Expor a criança a variações de temperatura bruscas;
- ❑ Ambientes secos e sobreaquecidos;
- ❑ Fumar no mesmo local da criança, bem como evitar ambientes poluídos (centros comerciais, cafés, entre outros);
- ❑ O contacto da criança com outras crianças ou adultos doentes. Se a mãe (ou outro prestador de cuidados) estiver doente,

deve colocar uma máscara, para impedir a contaminação do seu filho.

## O que fazer?

- ❑ Recorrer a práticas de saúde positivas para reforçar as defesas naturais da criança, tais como:
  - Dieta equilibrada e nutritiva. Se o bebé mama ao seio, a amamentação não deve ser interrompida. No caso de o bebé não ser capaz de mamar ao seio, a mãe deverá extrair o leite e administrá-lo à colher ou no biberão.
  - Boa higiene. É importante a lavagem frequente das mãos.



- ❑ Brinquedários como soprar balões pode ser útil no desenvolvimento da capacidade respiratória;
- ❑ Estimular o riso (Ex: fazer cócegas);
- ❑ Manter a criança bem hidratada, fornecendo com frequência, pequenas quantidades de líquidos;
- ❑ Identificar possíveis sinais de desidratação: fraldas menos molhadas,

diminuição do nível de atividade, lábios e mucosas secas, ausência de lágrimas, quando a criança chora;

- ❑ Instilar várias gotas de soro fisiológico (atendendo ao tamanho da criança), em cada narina com alguma frequência, para ajudar a desobstruir o nariz, uma vez que as crianças até aos 6 meses respiram única e exclusivamente pelo nariz;
- ❑ Aspiração de secreções nasais, sempre que necessário;
- ❑ Posicionar confortavelmente a criança. No leito esta deverá ser colocada com a cabeceira elevada.



## É IMPORTANTE

- Lavar muito bem as mãos, antes e depois de entrar em contacto com a criança e/ou manuseamento de qualquer objeto/instrumento.
- Não administrar qualquer tipo de terapêutica sem antes consultar a sua Enfermeira ou Médico assistente.

## Anexo XXV – Guia de Bolso (0-18meses)



**12 meses**

- ...de agarrar a colher sem a girar;
- ...de me alimentar em segurança;
- ...de caminhar sem auxílio;
- ...de me ajoelhar sem apoio;
- ...de rabiscar espontaneamente mostrando preferência por uma das mãos;
- ...de gesticular (“não”);
- ...de compreender ordens simples;
- ...tenho menos receio aos estranhos;
- ...tolero a ausência dos meus papás;
- ...de imitar atividades domésticas;
- ...de expressar emoções;
- ...de fazer as minhas birras;
- ...de imitar;



- ...de exigir atenção;
- ...de pedir, quando preciso de ir à casa de banho;
- ...de localizar o nariz, os olhos, a boca;
- ...de usar seis a vinte e seis palavras reconhecíveis;
- ...de olhar para um livro e até mesmo mudar várias páginas de uma vez;
- ...de música suave e ritmada;
- ...de brinquedos que flutuam.



**BIBLIOGRAFIA:**

- Davila, Estela. 2005. Gravidez & Parto, 2ª edição. Lisboa: Plátano Editora, 2005. ISBN 972-770-426-3 p. 82- 127.
- Madureira, Ana. Sól. Super Bebés – Anuário 2009. Lisboa, 2009.
- Birne, Álvaro – Guia da Mãe e do Bebê, G+J Portugal, Edições.
- Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-06363-2.

Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Enfermeiras da Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de  
Ciências da Saúde

# AJUDA-ME A CRESCER!



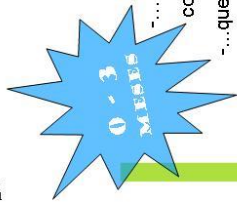
**0 aos 18 meses**

## Guia de Bolso para os meus papás

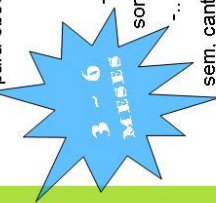
Atividades lúdicas  
favoráveis à comunicação



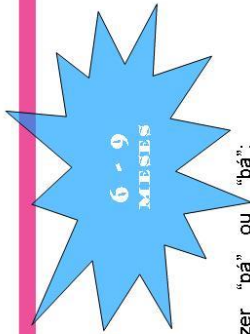
## PAPÁS NESTA IDADE JÁ GOSTO...



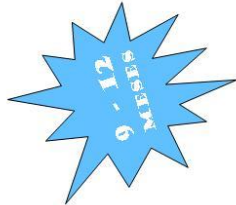
- ...de carinho, contacto físico, segurança e amor;
- ...que falem comigo;
- ...de ouvir música, de brinquedos brilhantes e cores contrastantes;
- ...de ficar numa cadeira própria para observar o ambiente;



- ...de ouvir diversos sons ambientais;
- ...que brinquem, conversem, cantem e sorriam para mim;
- ...que me repitam as palavras;
- ...de brinquedos coloridos, luminosos, brilhantes, macios, de novas texturas, de tamanho adequado e que façam barulho;
- ...de brinquedos de borracha para eu morder;
- ...que me coloquem no chão para me poder mexer;
- ...de olhar fixamente para as minhas mãos;



- ...de dizer "pá" ou "bá";
- ...de dar gargalhadas;
- ...de levar objetos à boca, por isso tenham cuidado com os objetos pequeninos para eu não me engasgar /sufocar;
- ...de me sentar sozinho;
- ...de me por em pé sem apoio;
- ...de distinguir a minha família das outras pessoas que não conheço;
- ...de levar comida sólida à boca;
- ...atirar e procurar os meus brinquedos no chão;
- ...de testar os meus papás;
- ...de me virar para as diferentes vozes e vocalizar dissílabos como, "mamã e papá" de maneira inespecífica;
- ...de apontar com o indicador;
- ...de copos ou caixas de encaixar coloridas;
- ...de brinquedos com encaixes fáceis de des-tacar;
- ...de bolas grandes.

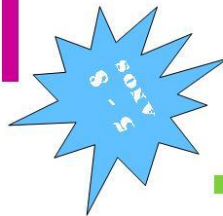


- ...de beber do copo com ajuda, e segurar na colher;
- ...de comer sozinho;
- ...de gatinhar;
- ...de me por de pé e de me baixar (com uma ou duas mãos);
- ...de me sentar sozinho;
- ...de colaborar quando me estão a vestir (levantando os braços);
- ...de dar mininhos;
- ...de procurar um objeto escondido;
- ...de explorar os objetos;
- ...de responder pelo meu nome;
- ...de responder a ordens simples ("adeus" e "dá");
- ...de animais e bonecas de apertar.

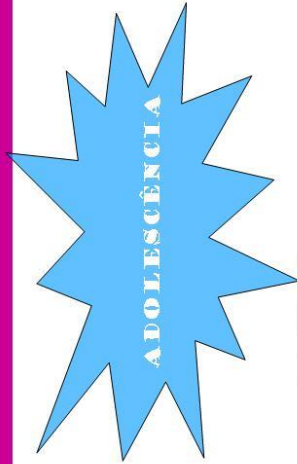


## Anexo XXVI – Guia de Bolso (18meses-18 anos)





- ...de dizer a minha morada e a minha data de nascimento;
- ...de articular bem as palavras;
- ...de lavar as mãos e a cara e limpá-las sozinho;
- ...de tomar o meu banho sem a ajuda dos papás;
- ... escovar os meus dentes;
- ...de escolher os meus amigos;
- ...de nomear as cores;
- ...de brincar com as crianças da minha idade;
- ...de ler um livro;
- ...de andar de bicicleta;
- ...de atividades ao ar livre;
- ...de jogar à bola ou brincar com bonecas.



- ...de ir à internet;
- ...de ouvir música;
- ...de ver televisão;
- ...de ler livros;
- ...de pertencer a grupos de lazer (ex: escuteiros);
- ...de praticar o meu desporto preferido;
- ...de sair com os meus amigos;
- ...descobrir e falar sobre a minha sexualidade.



#### BIBLIOGRAFIA:

- Davila, Estela. 2005. Gravidez & Parto. 2ª edição. Lisboa: Plataforma Editora, 2005. ISBN 972-770-426-3 p. 92- 127.
- Madureira, Ana. Sd. Super Bebês – Anuário 2009. Lisboa. 2009.
- Birne, Álvaro – Guia da Mãe e do Bebê. G+J Portugal, Edições.
- Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-06569-2.

Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Enfermeiras da Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de  
Ciências da Saúde

## AJUDA-ME A CRESCER!



**18 meses aos 18 anos**

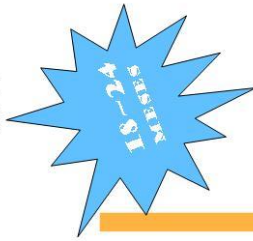
## Guia de Bolso para os meus papás

Atividades lúdicas  
favoráveis à comunicação

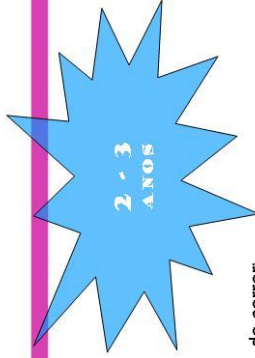
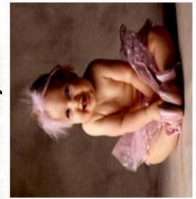


UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

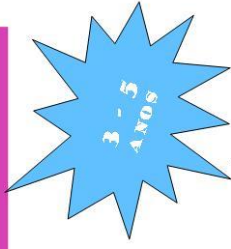
## PAPÁS NESTA IDADE JÁ GOSTO...



- ...de brincadeiras simbólicas com brinquedos em miniaturas (ex: bonecas, escova, cadeira e colher), em que brinco como se os objetos fossem de verdade;
- ...de brincar às "casinhas", uma forma de aprender os papéis sociais;
- ...da fantasia e do "faz de conta", pois desenvolvem a minha imaginação;
- ...de começar, a tentar, vestir-me sozinho;
- ...de fazer rabiscos em círculo;
- ...de usar duas ou mais palavras para construir frases simples;
- ...de nomear os meus objetos.



- ...de correr;
- ...de subir e descer;
- ...de "ler livros", em que já consigo virar uma página de cada vez;
- ...de falar sozinho enquanto brinco;
- ...de dizer o meu nome;
- ...de identificar algumas cores;
- ...de usar bem a colher;
- ...de beber pelo copo sem entornar, e colocá-lo no seu lugar;
- ...de usar 3 a 4 palavras para construir frases;
- ...que os adultos participem nas minhas brincadeiras;
- ...de ambientes tácteis, visuais e verbais estimulantes;
- ...de usar o bacio;
- ...de comer com colher e garfo.



- ...de me equilibrar momentaneamente num pé;
- ...de subir escadas alternadamente;
- ...de construir uma torre com nove cubos;
- ...de dizer o meu nome completo, o meu sexo e a idade;
- ...de ir sozinho à casa de banho;
- ...de lavar os meus dentinhos sozinho;
- ...de vestir e despir sozinho, mas com a ajuda dos papás para abotoar os botões;
- ...de contar os dedos da minha mão;
- ...de continuar a fazer as minhas birras;
- ...de esperar pela minha vez.



## Anexo XXVII – Escala de EDIN



**Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)  
élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré  
utilisable jusqu'à 6 à 9 mois**

pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs)  
non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.  
**score de 0 à 15, seuil de traitement 5**

	Date						
		Heure					
<b>VISAGE</b>	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé						
<b>CORPS</b>	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé						
<b>SOMMEIL</b>	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil						
<b>RELATION</b>	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation						
<b>RECONFORT</b>	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Succion désespérée						
<b>OBSERVATIONS</b>	<b>SCORE TOTAL</b>						

DEBILLON T., SGAGGERO B., ZUPAN V., TRES F., MAGNY J.F., BOUGUIN M.A., DEHAN M. Semiology de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994, 1, 1085-1092.  
DEBILLON T., ZUPAN V., RAVAUT N., MAGNY J.F., DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Dis Child Neonatal Ed 2001, 85 : F36-F41.

Documentos cedidos pela Professora Constança Festas, na Unidade Curricular: Enfermagem  
Pediátrica



Anexo XXVIII – Protocolo de utilização de sacarose a 24%,  
na UCIN



**Protocolo de utilização de sacarose a 24%  
(analgesia dor ligeira)**

Indicação: procedimentos dolorosos e atos em que o RN necessite de estar calmo;

Modo de administração:

- Seringa de 1 ou 2 ml de solução e chupeta ou tetina;
- Depositar a solução na língua e esperar 2 minutos antes de iniciar procedimento;
- Oferecer tetina/chupeta durante a manipulação;
- Registrar dose;
- Repetir dose de 5 em 5 minutos;

**Critérios de administração de sacarose a 24%**

RN 1500gr a 2000gr – 0, 30 ml

RN 2000gr a 2500gr – 0, 50ml

RN 2500gr a 3000gr – 1ml

RN> 3000gr – 2ml;

Estas doses podem ser repetidas:

- 6 a 8 vezes – RN termo;
- 4 vezes – RN pré –termo;

Protocolo Utilizado na UCIN do CHSJ

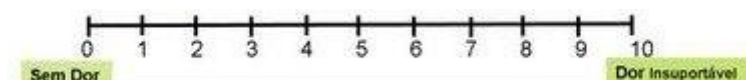


## Anexo XXIX – Escalas de Avaliação de dor



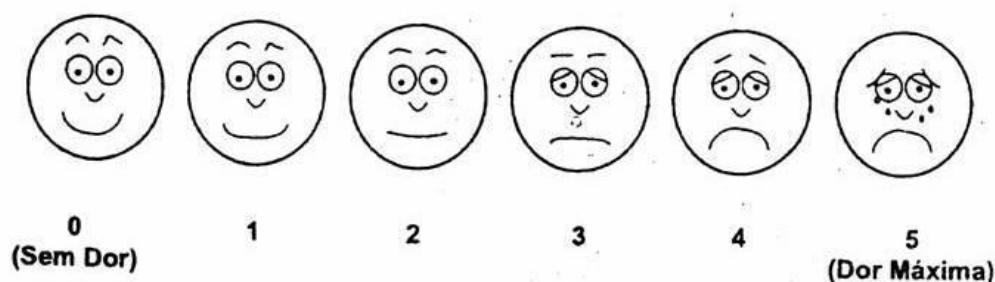
## Escala Numérica

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Pretende-se que a criança faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pela criança será assinalada na folha.



## Escala de Faces

Na Escala de Faces é solicitado à criança que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pela criança.

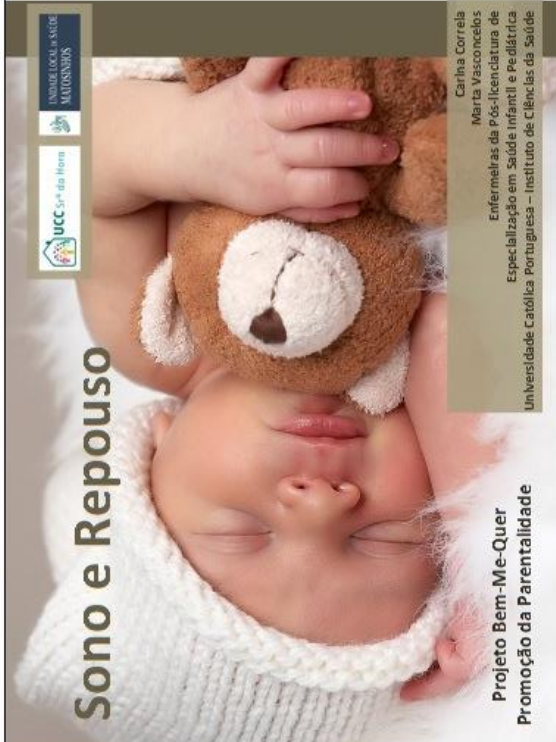


**Obtido de: Direção Geral de Saúde. 2011.** Dor como 5º sinal vital - registo sintomático da intensidade da dor. [Online] 2011. [Citação: 4 de Fevereiro de 2013.] <http://www.dgs.pt/>.



Anexo XXX – Sessão temática “Sono e Repouso”





**Sono e Repouso**

**Projeto Bem-Me-Quer**  
Promoção da Parentalidade

Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Enfermeiras da Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

UCC - Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde  
MUSEUS

**Repouso**

*“Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência; não se manter acordado em que a pessoa não está alerta; metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos”.*

(CIPE, versão 2, 2011)

**Sono**

*“Estado de imobilidade parcial, durante o qual estamos parcialmente “desconectados” do ambiente que nos rodeia, encontrando-se o mesmo integrado no sistema SONO-VIGÍLIA”.*

(Casilho, 2009)

**Conceitos**

Representa a maior preocupação dos pais, que procuram respostas concretas.

**Sono**

É um estado fundamental à nossa sobrevivência.

É essencial ao desenvolvimento da criança, pois possibilita o crescimento do cérebro e consequentemente as aprendizagens futuras, memorização e atenção.

Parte integrante da aquisição de autonomia, pela criança.

É importante que a criança aprenda a dormir sozinha e que os pais tenham a capacidade de se separar dos seus filhos.

<http://www.youtube.com/watch?v=HfDBezP3QpA>

Mesmo antes do nascimento, ou seja no meio intra-uterino, o RN já apresenta um ciclo de sono regulado pelo ciclo de dia e de noite da mãe, adaptando-se ao mesmo e ao meio exterior que os rodeia.

Os padrões de sono são diversos. É importante que antes de estabelecer o ciclo de sono/vigília o RN recupere do acontecimento traumático, designado parto.



É fundamental compreender os padrões de sono do RN, de forma a:

- Possibilitar o estabelecimento de uma rotina de sono adequada;
- Possibilitar uma relação de confiança entre RN-mãe;
- Compreender os limites de que a criança necessita e usá-los para que esta consiga adormecer sozinha.

Aprender a dormir sozinho é um passo fundamental para a aquisição de autonomia

**Padrões de sono do RN**

O ciclo vigília-sono, ou ritmos circadianos como é designado são regulados pela luz e pela escuridão. Estes levam tempo a ser estabelecidos.



#### Ciclos de sono

- ✓ Sono profundo
- ✓ Sono leve
- ✓ Estado de sonolência entre o sono e a vigília
- ✓ Estado de alerta (Vigília inativa)
- ✓ Agitação e choro

No 1º e último estado a criança pouco reage aos estímulos externos, encontrando-se alerta nos restantes.

É através dos padrões de sono e de vigília bem como de atividade quando acordados, que o recém nascido exprime a sua individualidade e imprevisibilidade.

(Fedman, et al., 2001)

## Ciclos de Sono

É importante reconhecer a posição adequada para colocar o seu filho a dormir. Desta forma, os estudos realizados comprovam que os bebés devem dormir "preferencialmente" de costas, reduzindo deste modo a probabilidade de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL).



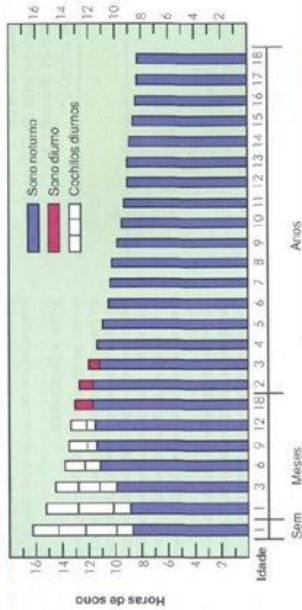
A SMSL define-se como a morte súbita e sem explicação de um bebé aparentemente saudável, durante o primeiro ano de vida. Apesar de não existir nenhum fator que por si só seja determinante na prevenção desta situação, e existem medidas que poderá ter em conta, nomeadamente:

- Não usar almofada, nem outros objetos na cama (traidas de pano);
- O bebé deve dormir no seu berço, com um colchão bem adaptado;
- Não cobrir demasiado o bebé, nem o sobreaquecer;
- Não usar correntes na chupeta;
- Retirar a babeto para o bebé dormir;
- Não fume nem deixe que ninguém o faça, dentro de casa;
- Enquanto o bebé está acordado deite-o em outras posições.

(Associação Portuguesa de Pediatria, 2009)

## Como dormem as crianças

Nas primeiras semanas de vida, os bebés dormem uma média de 16 a 18 horas por dia, em que apenas metade dessas horas ocorre durante a noite, o que coincide com o horário de sono dos pais. Dormem 2 a 4 horas de cada vez.



(Heckerberry, et al., 2001)

## Como dormem as crianças



Primeiro mês de vida

Por volta das três semanas os ciclos de sono e vigília encontram-se mais organizados, uma vez que as mães se encontram bem sucedidas e os pais reconhecem as necessidades dos seus filhos. O bebé durante o dia dorme cerca de 2-4 horas de cada vez, fazendo um sono mais longo durante a noite.




Quarto mês de vida

O sistema nervoso do bebé encontra-se suficientemente desenvolvido para que este consiga dormir durante um período mais longo. É importante que os pais mantenham um nível adequado de atividade durante o dia, para que desta forma se alonguem os sonos noturnos.

## O Sono e a Idade

**Entre o 7º e 8º mês**




A criança é capaz de dormir mais horas durante a noite, acordando apenas algumas vezes. Neste período ocorrem 2 acontecimentos fulcrais, nomeadamente:

- **Capacidade de gatinhar;**
- **Consciência do mundo que o rodeia (medo dos estranhos)**

É importante que nesta fase os pais mantenham a sua posição e firmeza, não cedendo aos caprichos da criança.

**Dez meses**



Nesta fase a criança percebe que consegue obter uma resposta imediata dos pais sempre que o pretende. É a fase de exploração, de novas conquistas, de novas competências, logo ceder ao sono é quase um mito. A criança já é capaz de adiar a hora de dormir, recorrendo a uma diversidade de estratégias.

**O Sono e a Idade**

**Doze meses**



A maioria das crianças dorme cerca de 11 a 12 horas, podendo usufruir igualmente das sesta. É fundamental que se criem rotinas e se estabeleçam limites.


**2 aos 3 anos**



Nesta fase a criança procura a sua total autonomia. Surgem os terrores noturnos, em que certificar-se da presença dos pais poderá ser suficiente.

**O Sono e a Idade**

**4 aos 5 anos**



A criança já não sente necessidade de dormir a sesta, durante o dia. Este período é marcado pelo surgimento de novas perturbações do sono. A criança adquire a noção de regra e as consequências caso não sejam cumpridas estas regras/limites. A enurese noturna pode surgir e ser frequente nesta idade, contribuindo para a diminuição da autoestima e autoimagem.


**Idade escolar**



Ocorre uma diminuição gradual do tempo de sono noturno. A insónia pode estar presente, muitas vezes associado aos pesadelos e medos, bem como a imposição de regras e limites.

**O Sono e a Idade**

**Adolescência**



Nesta fase a insónia pode ser uma constante, associada a ansiedade e depressão. A duração do sono noturno pode variar das 7 às 9 horas. É importante que os horários para dormir aos fins-de-semana, seja sobreponíveis aos de semana.

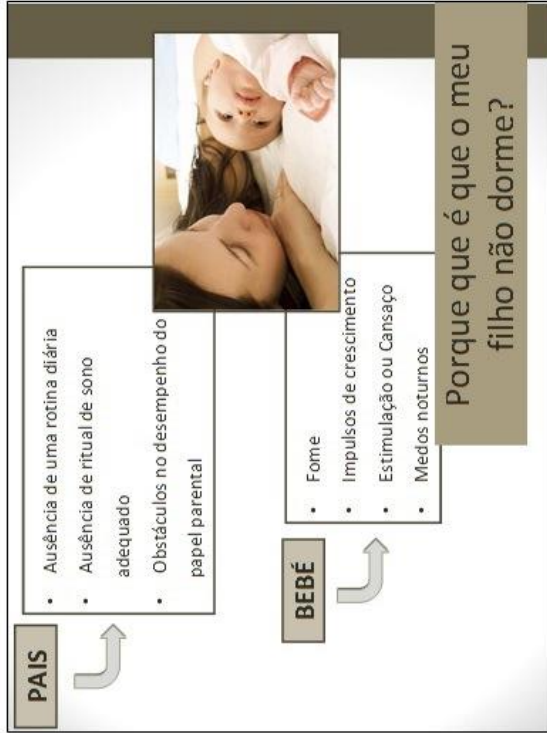
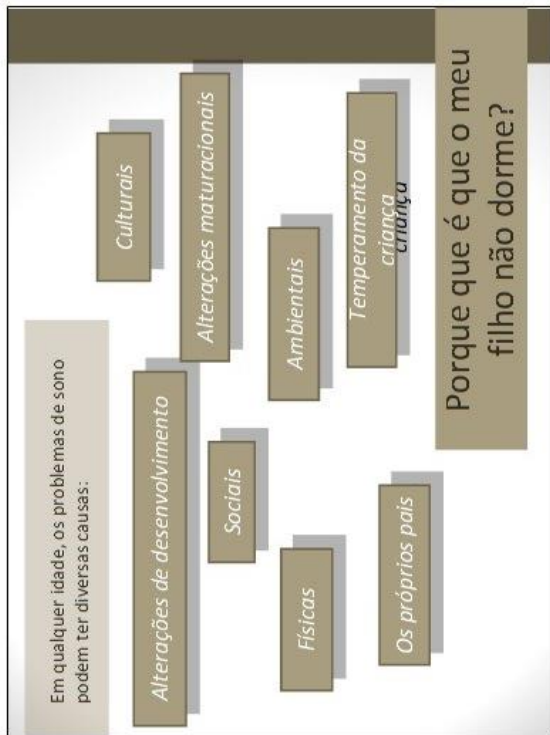
**Em suma:**

O sono é uma função protetora em todos os organismos possibilitando a recuperação após uma atividade que, como em todos os aspetos do desenvolvimento, varia de criança para criança. Assim sendo, existe uma mudança na quantidade e qualidade do sono à medida que a criança cresce.

(Hochstim, et al., 2011)

**O Sono e a Idade**

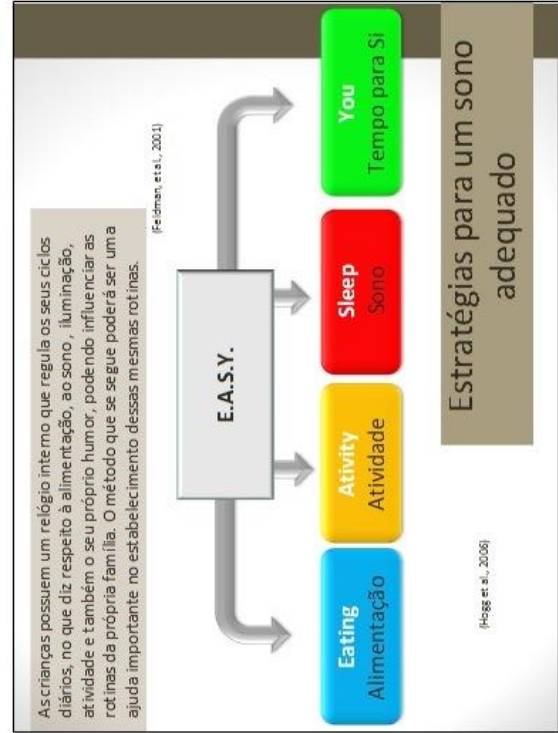
<http://www.youtube.com/watch?v=9xncN5FGtIU>



Cabe aos pais a responsabilidade de estabelecer um ritual de sono e repouso, na medida em que possibilita uma comunicação criança – pais adequada.

- É importante que se consideremos limites e as regras, como uma fonte de segurança.
  - Estabeleça desde o nascimento um horário, rotinas e rituais consistentes para o sono.
  - Evite a estimulação física, mental ou emocional perto da hora de dormir.
  - Deite a criança, antes que esta fique demasiado cansada.
  - Ajude a criança a interiorizar um padrão de adormecimento próprio.
- Antes de dormir não permita que a criança assista a televisão ou outro tipo de atividades.
- Proporcione momentos de relaxamento da criança (cante uma canção, leia um livro, use um objecto que proporcione conforto à criança – objecto de transição).

**Estratégias para um sono adequado**



Uma das formas de acalmar a criança consiste na diminição da sua energia. Desta forma os pais poderão recorrer à chamada técnica dos 5 "S":

- Preparação do local onde o bebé irá dormir
- Envolver o bebé
- Embalar o bebé suavemente
- Silenciar (emitir o ruído "ssshhh" e dar palmadinhas)
- Promover a sucção

Ritual dos 5 "S"

**Estratégias para um sono adequado**


[http://www.youtube.com/watch?v=TzDwUXGqdM8&list=PLzOIC7IPUL\\_RHpb4VAn03YJzqLUvIH0P6&index=30](http://www.youtube.com/watch?v=TzDwUXGqdM8&list=PLzOIC7IPUL_RHpb4VAn03YJzqLUvIH0P6&index=30)

Com frequência, os pais desesperadamente, adoptam medidas que poderão causar dependência e afetar o estabelecimento de um padrão de sono e repouso adequado.

**EVITE**

- Embalar
- Andar com o bebé ao colo
- Levar o bebé a passear no automóvel
- Oferecer a mama
- Deitar o bebé sobre a barriga
- Segurar o bebé na dobra do braço
- Levar o bebé para a cama e dormir com ele
- Pegar no bebé ao colo, assim que este se mexe ou começa a chorar

**Estratégias para um sono adequado**



A maioria das crianças acorda durante a noite porque tem fome.

**Fome**

**O que fazer?**

- Identificar e reagir aos sinais de fome
- Alimentar a criança
- Usar a chupeta

Alimentar o bebé a cada 3 horas durante o dia, oferecendo mais leite antes de dormir.


**Interferências no padrão de sono-reposo**

<http://www.youtube.com/watch?v=OXevhUJF5dS0>

**Impulsos de crescimento**

- Aumentar a quantidade de leite oferecido ao bebé em cada refeição.
- Aumentar a produção de leite através da estimulação ou oferecer a primeira mama, a segunda e depois voltar a oferecer a primeira mama, no caso de alimentação com leite materno.

**Interferências no padrão de sono-reposo**



## Estimulação ou Cansaço



### O que fazer?

- Ritual dos 5 "S"
- Manter as rotinas do bebé
- Realizar atividades durante o período da manhã
- Deitar a criança antes que esta fique demasiada cansada
- Não fazer atividades estimulantes, antes da hora de dormir

## Interferências no padrão de sono-reposo

## Medos Noturnos



- Ter-te perceber se o seu filho está a dormir demasiado cedo (a criança tem tempo para fantasiar até adormecer);
- Acalme a criança com segurança;
- Deixe uma luz indireta no quarto da criança.

## Interferências no padrão de sono-reposo

## Não se esqueça



### A confiança é base de qualquer relacionamento

É importante que a criança aprenda a dormir sozinha e que os pais tenham a capacidade de se separar dos seus filhos.

- ABC do crescimento: Biblioteca Médico – Científica para a família. 2005. Psicologia Infante - Juvenil. Volume Nº 13. Matosinhos: Editorial Océano. ISBN:989-854-220-8.
- Brazelton, T. Berry e Sparrow, Joshua D. 2011. O método de Brazelton: "A Criança e o Sono". 8ª Edição. Lisboa : Editorial Presença. 2011. ISBN:287 - 997/09.
- Coelho, Sílvia Raquel Oliveira. 2009. Sono - vigília na infância: conhecimentos dos educadores. RCIAP. [Online] 2009. [Consultado a 10 de Janeiro de 2013.]
- Feldman, Ruth Duskin, Olds, Sally Wendkos e Papalia, Diane E. Maio 2001. "O Mundo da criança". Amadora : McGraw-Hill, Lda., Maio 2001. ISBN:972-779-069-8.
- Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª Edição. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.
- Hogg, Tracy e Blau, Melinda. 2006. A encantadora de bebés - resolve todos os seus problemas. 2006. ISBN: 8320425097.
- Ordem dos Enfermeiros. 2010. CIPE - Classificação para o Prático de Enfermagem - Versão 2.0. s.l. : International Council of Nurses, 2010.
- Associação Portuguesa de Pediatría. 2009. Prevenção da Morte Súbita. <http://www.app.pt>. [Online] [Consultado a 17 de Janeiro de 2013.]

## Bibliografia





Anexo XXXI – Plano da Sessão de Educação para a Saúde  
“Sexualidade Saudável”



**Formadoras:** Carina Correia e Marta Vasconcelos

**PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** Adolescência e Sexualidade

**Destinatários:** Alunos do 9º Ano da Escola da Senhora da Hora, Irmãos Passos e CEF

**Local:** Centro de Saúde da Senhora da Hora

**Datas:** 9, 15, 21, 22, 25 e 28 de Janeiro de 2013 **Duração:** 1h:45m

**Objetivos**

**Geral:** Sensibilizar os destinatários para a importância de uma sexualidade saudável.


**Específicos:** Definir conceitos relacionados com a sexualidade;  
Alertar para as consequências de uma gravidez na adolescência;  
Enumerar e caracterizar a diversidade de métodos contraceptivos;  
Informar o adolescente, sobre infeções sexualmente transmissíveis (IST).

	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
<b>Conteúdos</b>	Apresentação dos intervenientes; Introdução da temática;	Abordagem de conceitos relacionados com a sexualidade; Reconhecimento da gravidez na adolescência, como um problema actual, com repercussões na vida do adolescente; Caracterização dos diversos métodos contraceptivos; Reflexão acerca das IST e respetivo impacto na vida do adolescente;	Síntese das principais ideias; Esclarecimento de dúvidas;
<b>Metodologia</b>	Expositiva /Demonstrativa / Interativa		
<b>Duração</b>	15'	1hora	30'
<b>Recursos</b>	<b>Recursos Humanos:</b> Alunos do 9º Ano da Escola da Senhora da Hora e Irmãos Passos e CEF; Alunas de Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica: Carina Correia e Marta Vasconcelos; Enf. responsável: Enf. Graça Fonseca	<b>Recursos Materiais:</b> Computador: Apresentação em PowerPoint ; Projektor; Material em Suporte Papel;	
<b>Avaliação</b>	Interação participativa		
	Questionário de avaliação		



Anexo XXXII – Sessão de Educação para a Saúde  
“Sexualidade Saudável”






# Sexualidade

- Sexualidade humana e suas expressões

## Educação para a Saúde

Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Alunas da Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde



Enf.ª Graça Fonseca  
Saúde Escolar - 2012/2013



## Conteúdo

- 1ª sessão: Sexualidade humana e suas expressões
- 2ª sessão: Saúde sexual e reprodutiva
  - Corpo em crescimento;
  - Reprodução humana;
  - Contração e planeamento familiar;
  - Comportamentos de risco.



## Sexualidade humana e suas expressões

- Conceito abrangente de Sexualidade;
- Mitos;
- Sexualidade e a Adolescência;
- Identidade sexual e papel do género;
- Afetividade;
- Orientação sexual;
- Diversidade e tolerância.



## Atividade 1: Microfone mágico

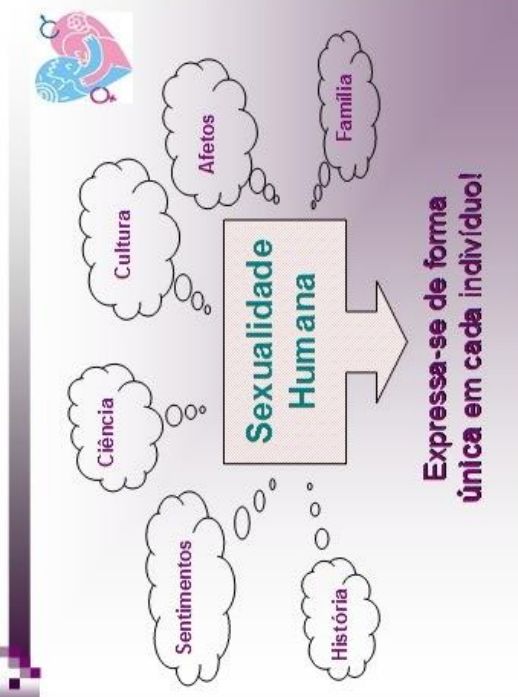


- Sexualidade é...
- As pessoas têm sexualidade para...
- A sexualidade aparece... e acaba quando...
- Pode existir sexualidade entre...

**Conceito: Sexualidade**




“A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.” (CM.S, 2001)



**Sexualidade Humana**

Expressa-se de forma única em cada indivíduo!

**A sexualidade está presente em todas as etapas da vida.**



**Sexualidade: Evolução**

<b>Antes</b>	Genitais Procriação Homem – Mulher Adultos	<b>Atualmente</b>	Todo o corpo Não só procriação Não só Homem - Mulher Ao longo de toda a vida
	<b>ONDE?</b>		
	<b>PARA QUE?</b>		
	<b>COM QUEM?</b>		
	<b>IDADE?</b>		
	<b>Visão reduzida</b>		<b>Visão ampla e diversificada</b>



## Mito/Realidade:

### Sobre a sexualidade:


- O tamanho do pênis determina a qualidade da relação sexual;
- O sexo tem de envolver sempre a penetração.

### Sobre a menstruação:

- Durante a menstruação não se deve tomar banho, lavar a cabeça ou fazer desporto;
- Se tiver relações sexuais durante a menstruação, não há risco de gravidez.

### Sobre a masturbação:

- A masturbação não é um comportamento saudável;
- A masturbação pode causar distúrbios sexuais futuros;
- A masturbação é própria de indivíduos jovens e imaturos e própria só do sexo masculino.



Puberdade e Adolescência são a mesma coisa?



## Puberdade

- Primeira fase ou ponto de partida para a adolescência;
- Processo maturacional, hormonal e de crescimento;
- Desenvolvimento dos **carateres sexuais secundários**;
- Conjunto de mudanças responsáveis pela **atividade reprodutiva**, ou seja capacidade de homens e mulheres, gerarem novos seres.



(Hockenberry, et al., 2011)



## Adolescência

- Período de **mudanças** físicas, psicológicas, emocionais, morais e sócio-culturais;
- Construção da **identidade pessoal**;
- Procura de autonomia e maior responsabilidade;
- Vivência das primeiras paixões;
- A adolescência é vivida de forma diferente por cada um, segundo as suas características pessoais e segundo o **género**.



(Hockenberry, et al., 2011)

## Identidade sexual e Papel de género

**Identidade sexual**



Rapaz **OU** Rapariga

**Papel de género**



“Ser-se homem” **OU** “Ser-se mulher”

## Atividade 2: “Masculino ou Feminino”

**Modelos Sociais Tradicionais**



**Modelos Sociais Contemporâneos**



## Afetividade

Os afetos satisfazem necessidades profundas de **segurança emocional, intimidade, entrega e satisfação.**



Os afetos estão presentes ao longo do ciclo vital, manifestando-se de diversas forma.

(ABC do Crescimento, 2005)

## Afetividade



**Amigo ou algo mais?**

**Será só amizade?**

**Será que é amor? Paixão?**

### Atividade 3: “O que estou a sentir?”



**A forma como nos exprimimos mostra aos outros aquilo que sentimos.**

### Sentimentos / Emoções

- **Sentimentos** são o que sentimos, são “privados”, ou seja, são invisíveis para os outros;
- **Emoções** são movimentos ou ações do corpo que exprimem os sentimentos; são por isso consideradas “públicas”, no sentido em que são visíveis para os outros

(ABC do Crescimento, 2005)

### Atividade 4: “Sentimento ou Emoção?”



Medo	→	Emoção
Racismo	→	Sentimento
Alegria	→	Emoção
Ódio	→	Sentimento
Raiva	→	Emoção
Esperança	→	Sentimento
Amor	→	Sentimento
Paixão	→	Emoção

### Orientação sexual



A **orientação sexual** indica a **preferência física e/ou emocional** de uma pessoa por um determinado género podendo ser classificada como:

- **Heterossexual** - a atração é pelo **género oposto**;
- **Homossexual** - a atração é pelo **mesmo género**;
- **Bissexual** - a atração é por **ambos os géneros**.



(ABC do Crescimento, 2005)



# Diversidade e Tolerância

**Somos todos diferentes!**



**Aceitar o outro tal como é!**

**Respeitar o outro!**

**Não julgar!**

## Saúde Sexual e Reprodutiva

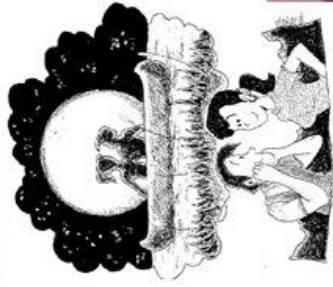


UCC 51º do Itora

Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Alunas da Pós-Graduação de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde  
Enf. Graça Fonseca  
Saúde Sexual e Reprodutiva

## Descoberta da sexualidade...

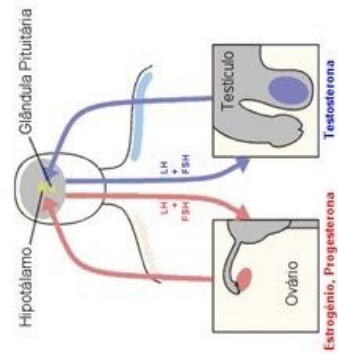
As mudanças hormonais intensificam o interesse sexual...



- ♦ fase em que os jovens sentem atração por outros;
- ♦ sentem necessidade de contactos mais íntimos;
- ♦ desejo sexual por outra pessoa.

(ABC do crescimento, 2005)

## Descoberta da sexualidade...



A puberdade é totalmente controlada pelas hormonas, responsáveis pelas mudanças.

Estas são responsáveis pela atividade reprodutiva, ou seja, a capacidade de homens e mulheres gerarem novos seres.

(Bailey, 2007)

## Descoberta da sexualidade...



### Primeira Relação Sexual

- Maturidade física e emocional;
- Noção de responsabilidade acerca do sexo.

→ risco de gravidez

→ transmissão de doenças sexuais

(Bailey, 2007)

## Gravidez na adolescência



É possível que queiras viver a sexualidade com o teu parceiro, mas não a responsabilidade e dos tuos atos.

**INFORMA-TE**

## Fontes de informação

A informação relativa a sexualidade é muitas vezes recebida de forma distorcida durante o processo de socialização. Esta provém de diversas fontes, nomeadamente:

Família  
Amigos/escola  
Redes sociais



Serviços de saúde

## Planeamento Familiar



- ✓ Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- ✓ Reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências;
- ✓ Melhorar a saúde e o bem-estar do adolescente;
- ✓ Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis.



(DGS, 2001)

## Onde recorrer ?

Centro de saúde da área de residência

Centro de Saúde Sr.ª da Hora  
Rua da Lagoa S/N.º  
4460-352 Senhora da Hora



Horário de Funcionamento:  
2.ª a 6.ª feira das 8 às 20horas

Consultas gratuitas que asseguram confidencialidade

## Onde recorrer?

Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil ou Centros de Atendimento a Jovens (CAJ)



Horário de atendimento:

Casa da Juventude de Matosinhos  
2ª f. e 5ª f. - 16 h às 19 h

Casa da Juventude de S. Mamede  
Infesta  
4ª f. - 16h às 19h

## Métodos contraceptivos

A contraceção possibilita a prevenção de uma gravidez indesejada, ao impedir que o espermatozóide entre no óvulo, ou que o mesmo se implante na parede do útero. Além do mais previne a propagação das IST.

A **pílula anticoncepcional** e o **preservativo** representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes, encontrando-se disponíveis e de forma gratuita, no Centro de Saúde e CAJ.



(Sarabando, 2011)

## Métodos contraceptivos

**Métodos Hormonais:**  
Pílula, Implantes, Injeções, Anel, Sistema transdérmico, Anel vaginal

**Métodos de Barreira:**  
Preservativo (masculino e feminino), Diafragma

**Método Intra-uterino:**  
DIU

**Métodos Naturais:**  
Temperatura basal, Calendário, Mucos cervical, Coito interrompido

**Métodos Cirúrgicos:**  
Vasectomia, Laqueação de trompas

**Métodos Químicos:**  
Espumas, Cremes



**Métodos Hormonais**

## Pílula

- A pílula contém hormonas que substituem as hormonas dos ovários. A adolescente deve ingerir 1 comprimido diariamente, para impedir a ovulação.
- Método de escolha da maioria dos adolescentes.
- Não protege das IST

Em que circunstâncias a sua eficácia fica reduzida :

- Ingestão de Álcool
- Vômitos
- Diarreia
- Uso conjunto com outros medicamentos (ex: antibióticos)

(Sarabando, 2011)



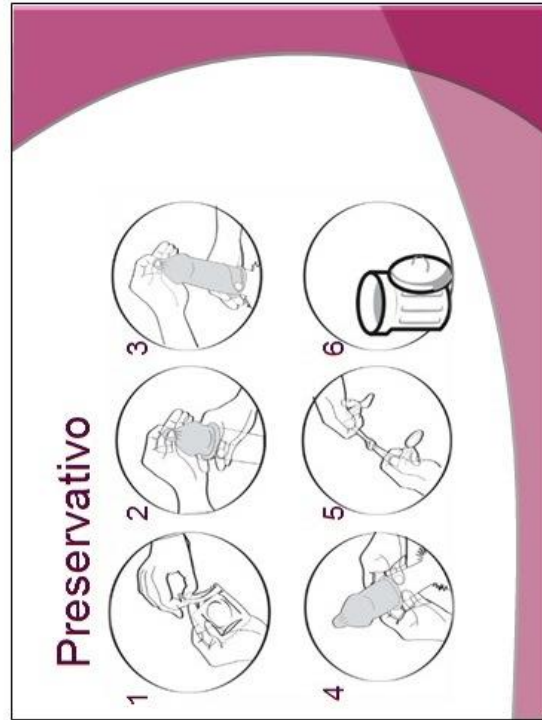
## Preservativo

O preservativo é sem dúvida o contraceptivo mais utilizado pelos adolescentes, por ser um dos mais seguros e de fácil aquisição. Além de evitar uma gravidez não desejada é o único que previne o contágio por IST.

### Manual de instruções:

- Certifique que embalagem e preservativo se encontram em boas condições e dentro da validade;
- Abra a embalagem com cuidado por um dos cantos com as mãos;
- Coloque-o com o pénis ereto e antes de qualquer contacto, desenrolando-o a partir da ponta em direção à base;
- Retira o preservativo com o pénis ainda ereto, segurando-o bem na base;
- Não utilize o mesmo preservativo mais que uma vez;
- Se nunca o utilizaste treina antes, para que no momento do ato sexual, o faças perfeitamente.

(Sarabando, 2011)



## Preservativo

### Falsas crenças

- Perda de prazer com o uso do preservativo, devido à perda de sensibilidade;
- Perda de ereção, aquando da colocação do preservativo;
- Falta de confiança;
- Obrigação de ser a mulher, a usar a contraceção;

Não tenhas qualquer problema em trazer sempre contigo um preservativo. Esquece os preconceitos ou o que possam dizer.

**A saúde em primeiro lugar**

(Sarabando, 2011)

## Contraceção de emergência

A chamada "pílula do dia seguinte", e como o próprio nome indica, é um método de contraceção de emergência, a que só deve recorrer quando falham os métodos anteriormente enunciados.

Não é um método de uso regular mas sim um medicamento de emergência, composto por uma dose hormonal elevada que impede a gravidez, e com bastantes efeitos secundários.

Pode ser utilizada até 72 horas após a relação sexual, mas a sua eficácia vai diminuindo à medida que o tempo passa, pelo que quanto mais cedo a tomares, mais eficaz será.



Aquisição: Centro de Saúde / SASU / CAJ / Farmácias

(Sarabando, 2011)

## Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)

### Doenças transmitidas através do contacto sexual

Doenças	Sintomas
Clamídia	Secção vaginal, desconforto ao urinar e pequenas hemorragias fora da menstruação
Gonorreia	Sintomas semelhantes à da Clamídia, mas com repercussões importantes, uma vez que pode levar à esterilidade
Herpes genital	Sem sintomas as mulheres, podendo produzir eczema das glândulas e febre
Hepatite B	olerícia, dor abdominal, perda de apetite, cansaço e icterícia atenuada
Sífilis	Ferida indolor que pode aparecer na boca, ânus, vagina ou pênis, de origem e supuração cutâneas
Vírus do Papiloma Humano – HPV	Verruga na vagina, pênis ou ânus com aspeto semelhante à couve-flor e desconforto durante o ato sexual
Vírus imunodeficiência humana - HIV	Inicialmente sintomas semelhantes a de uma gripe e segundoo-se uma alteração do sistema imunológico

(Sarabando, 2011)

## Vírus do Papiloma Humano – HPV

Podem provocar doenças como o cancro do colo do útero (pode demorar anos a surgir) e o condiloma vaginal (verrugas vaginais). Afeta tanto os homens como as mulheres.

### Rastreio

Exame ginecológico de citologia cervical (Papanicolaou)

Prevenção  
 Vacina tetravalente contra infeções por vírus do Papiloma humano (HPV)

Vacina contra os genótipos 6, 11, 16 e 18.



## Vírus da Imunodeficiência Humana - VIH

Infeção fatal que danifica o sistema imunitário, podendo ser transmitida por sangue, esperma, secreções vaginais e leite materno.

### Não constitui perigo:

Abraçar,  
Beijar,  
Ajudar.

### Formas de prevenção:

Uso de preservativo;  
Não partilhar objetos infetados;  
Evitar múltiplos parceiros.



## Bibliografia

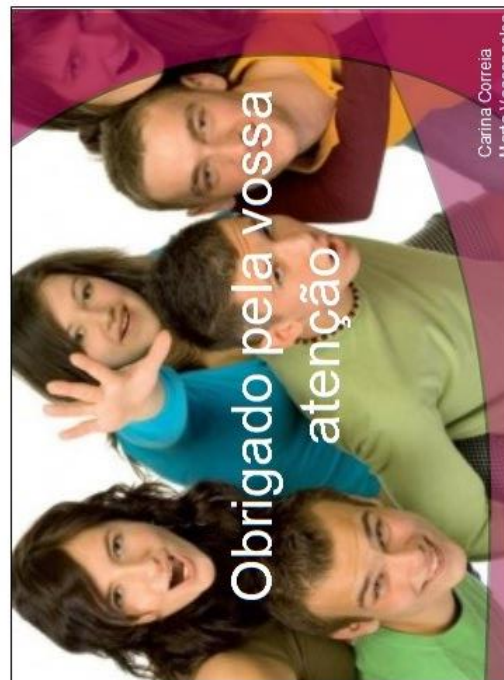
ABC do crescimento: Biblioteca Médica – Científica para a família. 2005. Vida sexual. Ilustrações: Editorial Oceano. ISBN: 989-554-220-8.

Bailey, Gerry. 2007. Super adolescente – O teu corpo em mudança. Lisboa: Porto Editora ISBN: 978-972-0-72034-4

DGS, Direção Geral De Saúde. 2001. Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Lisboa : s.n., 2001. ISBN: 972-9425-62-0.

Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica 8ª Edição. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.

Sarabando, MF José. 2011. Guia da sexualidade: 101 perguntas e respostas. Lisboa: Porto Editora. ISBN: 978-84-662-2096-9



Carina Correia  
Marta Vasconcelos

## Anexo XXXIII – Questionário de avaliação de conhecimentos





Somos Alunas da Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Porto e no âmbito da Saúde Escolar do Centro de Saúde da Senhora da Hora, gostaríamos de pedir a vossa disponibilidade e colaboração no preenchimento do questionário que se segue. O teu contributo será uma mais-valia para futuras ações formativas, além de constituir uma forma de avaliação dos conhecimentos por ti adquiridos, durante esta sessão de educação para a saúde. A informação obtida é confidencial.

De seguida, enunciamos uma lista de afirmações. Apenas tens, que em cada quadrado, identificar com um **F** as que são **falsas** e com um **V** as **verdadeiras**. Lê com atenção, antes de responder.

### Questionário

- Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa
- A sexualidade implica sentimentos e emoções
- A sexualidade expressa-se em várias dimensões
- A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo
- A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos
- Adolescência e puberdade são a mesma coisa
- A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência
- As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade
- As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade

- Na primeira relação sexual é impossível engravidar
- A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes
- O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada
- Só há contágio se houver penetração
- Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo
- Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção
- O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer
- Após a relação sexual, deves sempre usar a pilula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez
- A pilula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
- O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST
- Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção
- O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres
- O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal

**Obrigada pela vossa colaboração**

## Anexo XXXIV – Questionário de avaliação da sessão





**Tema:** Adolescência e Sexualidade

**Local:** Centro de Saúde da Senhora da Hora

**Data:** 9,15,21,22,25 e 28 de janeiro de 2013

**Duração:** 1h 45m

**Formadoras:** Carina Correia e Marta Vasconcelos - Alunas de Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

A tua opinião acerca da sessão que acabaste de assistir é muito importante, pelo que agradeço que respondas ao seguinte questionário. O teu contributo será uma mais valia para futuras sessões formativas.

Por favor assinala com um X no quadrado, o que melhor exprime a tua opinião, tendo em conta a escala de 1 a 5 em que 1 = Muito Insatisfeito e 5 = Completamente Satisfeito

Avaliação geral da ação	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados são relevantes e uteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tema foi apresentado de forma coerente e estruturada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os métodos utilizados foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os objetivos propostos foram cumpridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sessão veio ao encontro das minhas expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As competências adquiridas terão impacto na minha vida pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A duração da sessão foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Formador</b>					
A interação do formador com o grupo de formandos, foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizou uma linguagem apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriu adequadamente o tempo da ação da sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O formador demonstrou domínio nos conteúdos tratados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Organização</b>					
O formador organizou adequadamente a sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A documentação disponibilizada acerca da sessão foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As condições em que decorreu a ação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A duração da sessão, relativamente ao seu conteúdo foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Avaliação Global</b>					
Globalmente, as expectativas iniciais foram satisfeitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

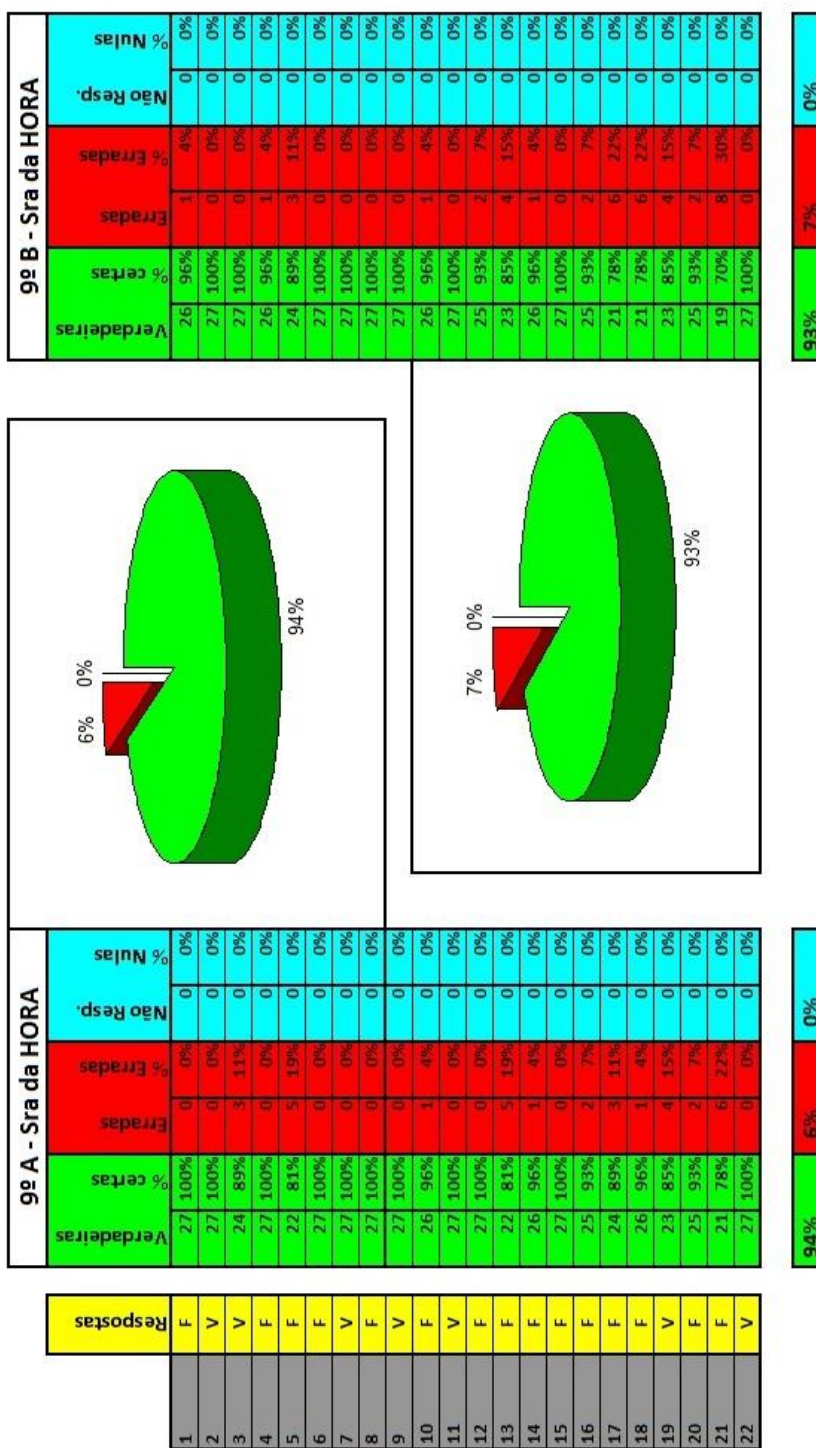
**SUGESTÕES**



Anexo XXXV – Representação dos resultados obtidos e  
respetiva reflexão

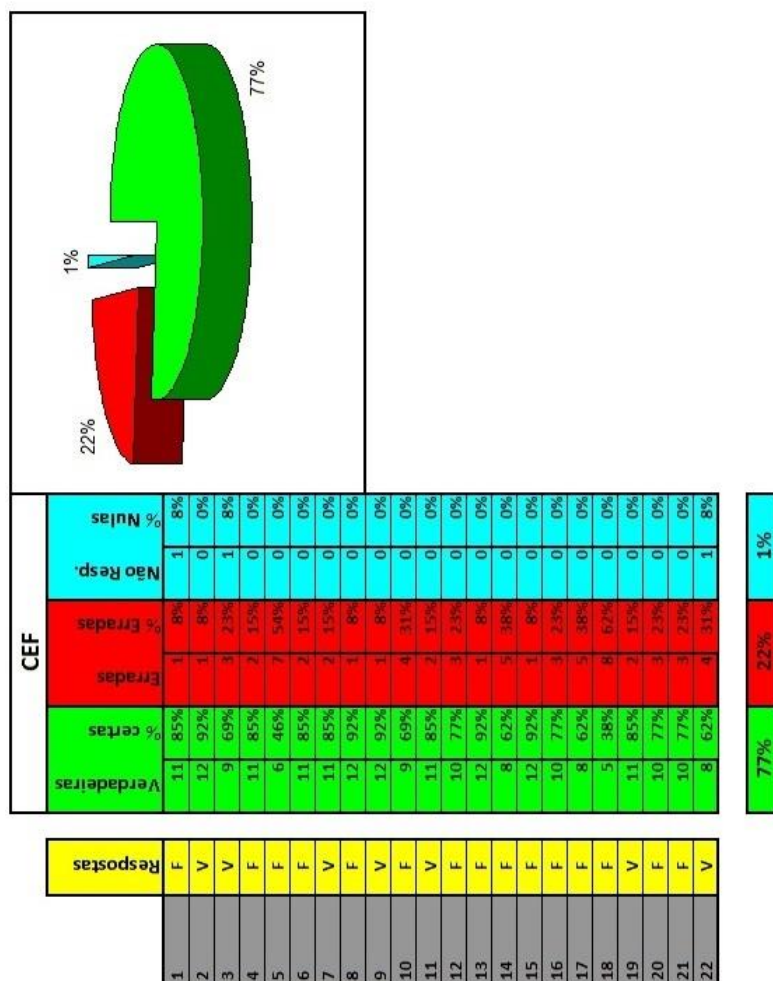


	Respostas
1	Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa F
2	A sexualidade implica sentimentos e emoções V
3	A sexualidade expressa-se em várias dimensões V
4	A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo F
5	A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos F
6	Adolescência e puberdade são a mesma coisa F
7	A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência V
8	As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade F
9	As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade V
10	Na primeira relação sexual é impossível engravidar F
11	A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes V
12	O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada F
13	Só há contágio se houver penetração F
14	Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo F
15	Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção F
16	O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer F
17	Após a relação sexual, deves sempre usar a pílula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez F
18	A pílula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) F
19	O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST V
20	Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção F
21	O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres F
22	O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal V









**Análise**

A análise representativa das respostas dadas pelas diferentes turmas permite-me tirar algumas elações as quais passo a citar:

- Existem respostas dadas que possivelmente não coincidem com o nível de conhecimentos ou que foram cedidas por uma má compreensão das sessões, nomeadamente a resposta à questão nº 5;
- A maioria dos elementos constitutivos das diferentes turmas, ainda mantém algumas crenças erróneas relativamente aos meios de transmissão de infeções sexualmente transmissíveis e forma correta de as prevenir;
- É visível a diferença existente entra a turma do CEF e as restantes turmas, que se justifica pelo facto de os mesmos não terem tido acesso à temática em sala de aula, sendo alguns dos conteúdos abordados na sessão pela 1ª vez

Em modo de conclusão, resta-me referir, que se torna pertinente a intervenção do EE neste âmbito de atuação, colmatando algumas ideias erróneas, de forma a promover a aquisição de comportamentos saudáveis e consequentemente maximização da saúde.



## Anexo XXXVI – Check-List de integração na UCIN



Nome: \_\_\_\_\_

Check-list de Integração

DATA	ATIVIDADES	Insuficiente	Suficiente	Bom	Orientador
<b>Estrutura física e funcional:</b>					
	Apresentação do serviço				
	Apresentação à equipa de cuidados				
	Filosofia de cuidados				
	Organização				
	Consulta do manual de integração				
	Localização do material				
	Entrega da documentação				
	Entrevista inicial da integração				
<b>Demonstração de equipamentos:</b>					
	Monitorização (Hewlett Packard)				
	Isollette C200/450 (incubadora)				
	Ohmeda (incubadora)				
	Isollette C 2000(incubadora)				
	Berço aberto IICS-90 (incubadora)				
	Berços (babytherm)				
	Vip bird Partner Iii (ventilador)				
	Babylog 800 plus (ventilador)				
	Oscilador 3100A (ventilador)				
	Avea (ventilador)				
	Infant flow (CPAP)				
	Infant flow plus (CPAP)				
	Aparelhos de fototerapia				
	Bilbed				
	Desfibrilador				
	Carro de reanimação				
	Oxímetros				
	Câmara de fluxo laminar				
	Material de contenção (ninhos)				
<b>Organização dos cuidados</b>					
	Individualização de cuidados				
	Conforto/NIDCAP				
	Estimulação/ruído				
	Acolhimento/participação dos pais				
	Aleitamento materno				
<b>Informações complementares</b>					
	INEM				
	Formação em serviço				
	Colheitas (livro)				

UAC- Mulher e do Criceta

DATA	ATIVIDADES	Insuficiente	Suficiente	Bom	Orientador
<b>Técnicas/Procedimentos - actividades autónomas e interdependentes</b>					
	Lavagem das mãos				
	Cateterismo umbilical				
	Cateter Epicutâneo				
	Desbridamento				
	Preparação de terapêutica				
	Preparação de APT				
	Preparação de transfusões				
	Protocolo de EPO				
	Preparação de unidade				
<b>Ventilação mecânica</b>					
	convencional				
	alta frequência/oscilação				
	CPAP nasal				
	funcionamento				
	fixação do sistema				
	Cuidados de enfermagem				
	Circuito de humidificação				
	Oxido nítrico				
	Dialise (peritoneal)				
	ECMO				
	Hemofiltração				
<b>Aspiração de secreções:</b>					
	normal				
	circuito fechado				
	Manipulação de catéters				
	Cateter venoso central				
	Cateter arterial				
	Alimentação				
	Soro / biberão / s. gástrica (oro e naso)				
	Escala de competências (avaliação)				
<b>Banho - parcial ou total</b>					
	Pesar (berço e incubadora)				
	Avaliação de sinais vitais				
	Pesquisas (glicémia/combur)				
	Avaliação da dor - registo				
	Registos de enfermagem				
	Reanimação do recém-nascido				
	Técnica Canguru				
	Preparação da alta				

Serviço de Neonatologia

Outubro 2010



## Anexo XXXVII – Encontro temático das CPCJ's





## Encontro temático com CPCJ's

**Virtualidades e responsabilidades da Saúde no quadro do Sistema de Promoção e Proteção.**  
A intervenção dos Serviços de Saúde enquanto entidade de 1ª linha e a sua articulação com as CPCJ's.

14 de dezembro de 2012  
Universidade Fernando Pessoa  
Porto

**09h00** Receção dos participantes

**09h30** Sessão de abertura

**Marco António Costa**, Secretário de Estado da Solidariedade e da Segurança Social\*  
**Fernando Leal da Costa**, Secretário de Estado Adjunto da Saúde\*  
**Ponciano Oliveira**, Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.  
**Salvato Trigo**, Reitor da Universidade Fernando Pessoa  
**Mariana Ribeiro Ferreira**, Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, I.P.  
**Armando Leandro**, Presidente da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco

**10h30** Intervalo

**10h45** Mesa Redonda 1, sala A2 - 1º Piso: "A prevenção universal e seletiva das situações de risco e de perigo. A articulação entre os Serviços de Saúde e as CPCJ na sua modalidade alargada"

**Moderador: Vasco Prazeres**, Responsável pelo Núcleo sobre o Género e Equidade em Saúde da Direção-geral da Saúde e Coordenador Nacional da Ação de Saúde das Crianças e Jovens em Risco

**Helena Jardim**, Pediatra no Hospital de Santo António do Porto, Consultora da DGS e membro da Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente  
**Isabel Babo**, Coordenadora do Núcleo de Apoio a Criança e Jovem em Risco do Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar  
**Otilia Paula Oliveira**, Presidente da CPCJ de Gondomar

Mesa Redonda 2, Auditório: "A intervenção da Saúde na reparação das situações de perigo como entidade de 1ª linha e enquanto entidade representada nas CPCJ. O papel dos Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco"

**Moderadora: Bárbara Menezes**, Coordenadora Executiva da Ação de Saúde das Crianças e Jovens em Risco

**Margarida Tavares**, Pediatra no Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Hospital de São João  
**Maria do Céu Barbosa**, Assistente Social na Unidade de Ação Social do Hospital de São João  
**Silvio Rafael**, Representante dos Serviços de Saúde na CPCJ de Matosinhos

Mesa Redonda 3, sala 306 - 3º piso: "Questões específicas de atuação e articulação nos domínios da Saúde Mental e das Dependências"

**Moderador: António Leuschner**, Presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental e Presidente do Conselho de Administração do Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.

**João Guerra**, Pedopsiquiatra no Centro Hospitalar do Porto  
**Albina Sousa**, Coordenadora do Projeto Integrado de Apoio à Comunidade do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
**Verónica Silva**, Presidente da CPCJ de Porto Ocidental  
**Vasco Oliveira**, Departamento de Desenvolvimento Social e Programas do ISS, I.P.

Mesa Redonda 4, sala 310 - 3º piso: "O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância"

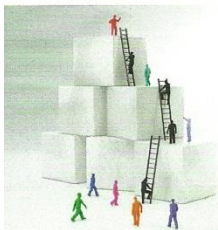
**Moderadora: Maria Constantina Carvalho Sousa e Silva**, Representante do Ministério da Saúde na Subcomissão de Coordenação da Região Norte do SNIPI

**Maria Conceição Menino**, Representante do Ministério da Educação e Ciência na Subcomissão de Coordenação da Região Norte do SNIPI  
**Maria Rosa Marques**, Representante do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social na Subcomissão de Coordenação da Região Norte do SNIPI  
**ANIP**, Associação Nacional de Intervenção Precoce \*

**13h00** Almoço Livre

\*a confirmar





## Encontro temático com CPCJ's

**Virtualidades e responsabilidades da Saúde no quadro do Sistema de Promoção e Proteção.**

A intervenção dos Serviços de Saúde enquanto entidade de 1ª linha e a sua articulação com as CPCJ's.

14 de dezembro de 2012  
Universidade Fernando Pessoa  
Porto

**14h00**

### **Conclusões das Mesas Redondas**

**Moderador: Maia Neto**, Procurador-geral Adjunto, Supervisor do Núcleo de Apoio às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens Norte (NAC NOR)

**14h30**

### **Apresentação de estratégias e de ações de prevenção e reparação envolvendo a Saúde e as CPCJ**

**Projeto de Enfermagem para a Parentalidade "Bem-me-quer"**, Unidades de Cuidado na Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos

**Projeto do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância**, Equipa Local de Intervenção do Alto Tâmega Barroso

**Projeto do Núcleo da Maternidade Júlio Dinis na área da violência doméstica e crianças de risco**

**Para Pais... Sobre Filhos**, Projeto de Formação Parental do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, do Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde

**15h45**

### **Debate**

**16h15**

### **Sessão de encerramento**

**Francisco George**, Diretor-geral da Saúde

**Mariana Ribeiro Ferreira**, Presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, I.P.

**Armando Leandro**, Presidente da Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco

Anexo XXXVIII – Encontro de Pediatria “Perturbações do desenvolvimento”



Secretariado e inscrições:  
Inscricoes.cf@ulsm.min-saude.pt

Inscrição gratuita até 10 Janeiro de 2013  
www.ulsm.min-saude.pt

Comissão organizadora:  
Raquel Braga  
Eduarda Cruz  
Cláudia Gonçalves  
Maria Manuel Lopes

 Unidade de  
Lusos da Saúde  
www.ulsm.min-saude.pt



## 2º Encontro de Pediatria

ACES e Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem  
da ULSM de Matosinhos

## do PERTURBAÇÕES DESENVOLVIMENTO



Auditório do  
Hospital Pedro Hispano  
18 de Janeiro de 2013

## 2º Encontro de Pediatria Programa

8h45

### Sessão de abertura

9h00|9h35

#### Organização da ULSM / Unidades de Apoio

**Dra. Raquel Braga**

Presidente do Conselho Clínico do ACES Matosinhos

**UCC | Enf. Graça Fonseca**

Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

**NACJR | Dr. Silvío Rafael**

Coordenador do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**ELI | Dra. Alda Melo**

Coordenadora da Equipa Local de Intervenção de Matosinhos

**Moderador: Dra. Eduarda Cruz**

Pediatra Hospital Pedro Hispano

9h35|10h30

#### Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

**Dra. Nádia Rodrigues**

Pediatra do Desenvolvimento HPH

#### Abordagem das competências parentais

**Dra. Andreia Pinto**

Psicóloga HPH

**Moderador: Dr. Luís Cavadas**

Medicina Geral e Familiar [USF Lagoa]

10h30|11h00

#### Coffee Break

11h00|11h40

#### Dificuldades de Aprendizagem

**Dra. Liane Costa**

Interna Complementar de Pediatria

#### A perspetiva do psicólogo

**Dr. Rui Ramos**

Psicólogo HPH

**Moderador: Dra. Gabriela Poças**

Medicina Geral e Familiar [USF Leça]

11h40|12h10

#### Perturbações do Espectro Autista

**Dra. Lara Vilela**

Pedopsiquiatra HPH

**Moderador: Dra. Rosa Branca Santos**

Medicina Geral e Familiar [USF Lagoa]

12h30|14h00

#### Almoço

14h00|14h45

#### Perturbações de Linguagem

**Dra. Cláudia Gonçalves**

Pediatra do Desenvolvimento HPH

#### Abordagem do terapeuta da fala

**Terapeuta Luísa Pinto**

Terapeuta da Fala ADEIMA / ELI Matosinhos

**Moderador: Dra. Joana Santos**

Medicina Geral e Familiar [USF Lagoa]

14h45|15h15

#### Perturbações do Sono

**Dra. Marta Nascimento | Dra. Joana Leite**

Internas do Internato Complementar de Pediatria HPH

**Moderador: Dra. Sandra Carvalho**

Medicina Geral e Familiar [USF Dunas]

15h15|15h30

#### Coffee Break

15h30|16h15

#### Criança em risco com ADPM

**Dra. Maria Manuel Lopes**

Pediatra do Desenvolvimento do HPH

#### O papel dos Núcleos de Apoio

**Dra. Sandra Ferreira**

Assistente Social do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**Moderador: Dra. Ana João Reis**

Medicina Geral e Familiar [USF Porta do Sol]



## DECLARAÇÃO

PARA OS DEVIDOS EFEITOS DECLARA-SE QUE **CARINA SOFIA OLIVEIRA CORREIA** ESTEVE PRESENTE NO 2º ENCONTRO DE PEDIATRIA SUBORDINADO AO TEMA "**PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO**" REALIZADO NA ULSM, E.P.E., NO DIA 18 DE JANEIRO DE 2013. ESTE ENCONTRO TEVE A DURAÇÃO DE 6 HORAS.

Matosinhos, 18 de Janeiro de 2013

Organização

U.S.



## Anexo XXXIX – Informação da Sessão da formação a pares



# **Formação Em Serviço**

## **“Infeção associada aos cuidados de saúde e tipos de isolamento”**

A realizar: dia 19/11 às 14:45, na sala dos médicos

Elaborado por: Carina Correia, Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica



Anexo XL – Ação de Formação “ Infeção associada a cuidados de saúde e tipos de isolamento





## “Infeção associada aos cuidados de saúde e tipos de isolamento”

Carina Correia

Novembro 2012

## Objetivos

### Geral

- # Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da redução de infeção associada aos cuidados de saúde.

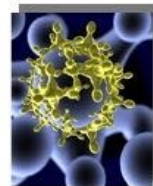
### Específicos

- # Definir alguns conceitos relacionados com a infeção associada aos cuidados de saúde;
- # Conhecer os diferentes meios de transmissão de infeção;
- # Identificar precauções padrão para a prevenção e controlo de infeção;
- # Enumerar os diferentes tipos de isolamento em meio hospitalar;
- # Refletir acerca das precauções dependentes das vias de transmissão;
- # Compreender o impacto da necessidade de isolamento, na criança/família.

## “Infeção associada aos cuidados de saúde”

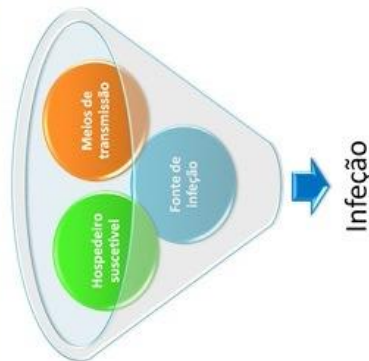
A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma “infeção adquirida pelos doentes, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, e que pode também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.”

(Direção Geral de Saúde, 2007)



As IACS constituem atualmente uma das maiores preocupações dos sistemas de saúde.

## Transmissão de infeção em meio hospitalar



(Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006)

## Transmissão de infeção em meio hospitalar

Existem vários meios de transmissão de agentes patogénicos, no meadame nte:

- # Contacto, que pode ser:
  - Direto
  - Indireto
- # Gotículas;
- # Aéreas;
- # Veículo comum;
- # Vector.

A prevenção das infeções nosocomiais é responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde.

(Manual de Controlo de Infeção – HSI)

## Precauções padrão para a prevenção e controlo de infeção

### Objectivos

- # Diminuir/Prevenir a transmissão de microorganismos;
- # Proporcionar um ambiente seguro para os utentes e profissionais.

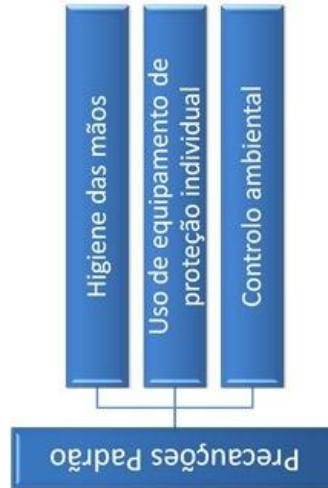
Definem o conjunto de medidas a cumprir por todos os profissionais que prestem cuidados , a todos os doentes, independentemente da suspeita ou estado infeccioso confirmado. As Precauções

Padrão aplicam-se a:

- # sangue e fluidos orgânicos;
- # secreções e excreções;
- # soluções de continuidade da pele e membranas mucosas.

(Comissão de Controlo de Infeção, 2007)

## Precauções padrão para a prevenção e controlo de infeção



(Manual de Controlo de Infeção – HSI)

## Precauções padrão para a prevenção e controlo de infeção

### Higienização das mãos



Já lavou as suas mãos hoje?  
Será que estão limpos os objetos em que toca?

As mãos são consideradas uma das principais vias de transmissão de infeções.

A lavagem das mãos é uma das medidas mais importantes no controlo da infeção.



(Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings)

## Higienização das mãos



Molhe as mãos com água.



Enfrinque os dedos e fricciona os espaços interdigitais.



Enxágue bem as mãos com água.



Aplique a quantidade suficiente de sabão para cobrir as mãos.



Estire o dorso das mãos de uma das mãos com a palma da mão oposta, segurando os dedos e o polegar.



Seque as mãos com papel toalha descartável.



Esfregue as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



Estire a palma da mão direita contra a mão esquerda, e vice-versa. Friccione, fazendo movimento circular, as pontas dos dedos e as unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, e vice-versa.



Agora, as suas mãos estão limpas.



Estire a palma da mão direita contra a dorso da mão esquerda, e vice-versa.



Friccione, fazendo movimento circular, as pontas dos dedos e as unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, e vice-versa.



Agora, as suas mãos estão limpas.

## Uso de equipamento de proteção individual

Faz parte do equipamento de proteção individual:



LUVAS



Bata/avental

Máscaras e proteção ocular



## Seqüência para colocação de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Bata / Avental



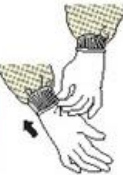
Proteção ocular



Máscara



LUVAS



## Seqüência para Retirar o Equipamento de Proteção Individual (EPI)

LUVAS



Bata / Avental



Proteção ocular



Máscara



(Manual de Controle e Injeção - H2)

(Manual de Controle e Injeção - H2)

## Controlo Ambiental

Medidas gerais de controlo:

- # Higiene do ambiente;
- # Remoção de salpicos de sangue ou de outra matéria orgânica;
- # Descontaminação adequada do material clínico;
- # Garantia de controlo dos circuitos dos resíduos, alimentação e transporte de doentes.



Nos serviços de pediatria ou em áreas de espera com brinquedos devem ser estabelecidas normas e procedimentos para limpeza e desinfeção dos mesmos.

(Comissão de Controlo de Infecção, 2007)

## Tipos de isolamento em meio hospitalar

As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão complementam as Precauções Padrão, mas não as substituem. Devem ser aplicadas aos doentes que se sabe ou que se suspeita de estarem infetados ou colonizados com microrganismos epidemiologicamente importantes, podendo ser transmitidos por um de três modos:

- # Por Partículas (via aérea)
- # Por Gotícula
- # Por Contato (com a pele ou superfícies contaminadas)



## Isolamento via aérea - Precauções

Indicações	Precauções	Doenças
<p>Todos os doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos transmitidos por núcleos de partículas com dimensão &lt; 5 µm, podendo ser transportadas pelo ar a longas distâncias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto isolado ou se possível com pressão negativa;</li> <li>• A porta deverá estar fechada e o doente deve permanecer dentro do quarto;</li> <li>• As áreas de isolamento devem conter todo o material necessário;</li> <li>• Uso de máscara P2 ou respirador de partículas;</li> <li>• Se houver necessidade de transporte da criança para o exterior, deverá ser-lhe colocada uma máscara cirúrgica;</li> <li>• As visitas devem ser informadas sobre as medidas a adotar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarampo;</li> <li>• Varicela;</li> <li>• Tuberculose;</li> </ul>

(Manual de Controlo de Infecção – HZI)

## Isolamento via aérea - Precauções

### Sinalização

Deverá ser colocado junto da unidade do doente um cartão de cor amarelo, com as dimensões de 21 cm X 15 cm.



(Manual de Controlo de Infecção – HZI)

## Isolamento Gotícula - Precauções

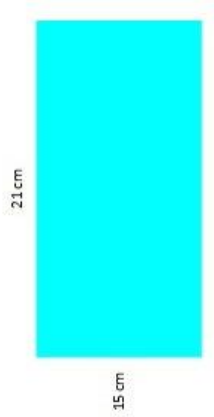
Indicações	Precauções	Doenças
<p>Todos os doentes com infeção suspeita ou confirmada por microorganismos transmitidos por gotículas (partículas de dimensões superiores a 5 µm) e que podem ser geradas pela criança durante a tosse, o espirro, a fala ou determinados procedimentos como aspiração de secreções e cinesioterapia respiratória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencialmente deve permanecer num quarto individual;</li> <li>• Usar máscara comum ao entrar no quarto;</li> <li>• Se houver necessidade de transporte da criança para exterior deverá ser-lhe colocada uma máscara cirúrgica;</li> <li>• Utilizar preferencialmente material clínico de uso único;</li> <li>• Higienização diária da unidade e desinfeção com hipoclorito de sódio a 1%;</li> <li>• As visitas devem ser informadas sobre as medidas a adotar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecções invasivas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b;</li> <li>• Infeção meningocócica;</li> <li>• Tosse convulsiva e difteria;</li> <li>• Escarlatina;</li> <li>• Infeções víricas por adenovírus, influenza, parotidite, parvovírus B19 e rubéola.</li> </ul>

(Manual de Controle de Infecção – HSI)

## Isolamento Gotícula - Precauções

### Sinalização

Deverá ser colocado junto da unidade do doente um cartão de cor azul com as dimensões de 21 cm X 15 cm.



(Manual de Controle de Infecção – HSI)

## Isolamento Contacto - Precauções

Indicações	Precauções	Doenças
<p>Todos os doentes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por microorganismos epidemiologicamente importantes, que possam ser transmitidos por contacto direto com o doente ou por contacto indireto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencialmente deve permanecer num quarto individual;</li> <li>• Os equipamentos a utilizar devem ser exclusivos para essa criança;</li> <li>• As luvas devem ser mudadas enquanto se cuida da criança, após contacto com material infetado;</li> <li>• Uso obrigatório de bata;</li> <li>• Higienização da unidade do doente e desinfeção com hipoclorito de sódio a 1%, em todos os turnos;</li> <li>• As visitas devem ser informadas sobre as medidas a adotar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecções entéricas (ex: rotavírus);</li> <li>• Infeção por vírus sincicial respiratório;</li> <li>• Conjuntivites virais (agudas hemorrágicas);</li> <li>• Enterocolites e gastroenterites infecciosas;</li> <li>• Hepatites A, B e Vírus C;</li> <li>• Meningites virais;</li> <li>• Bactérias multirresistentes;</li> <li>• Feridas exsudativas;</li> <li>• Infeções cutâneas altamente contagiosas (ex: escabiose e pediculose);</li> <li>• Entre outros.</li> </ul>

(Manual de Controle de Infecção – HSI)

## Isolamento Contacto - Precauções

### Sinalização

Deverá ser colocado junto da unidade do doente um cartão de cor vermelha com as dimensões de 21 cm X 15 cm.



(Manual de Controle de Infecção – HSI)

## Impacto da necessidade de isolamento, na criança/família

A necessidade de isolar uma criança aumenta ainda mais a ansiedade e stress associado à hospitalização, uma vez que há uma perda acrescida de controlo, alterações ambientais, limitações associadas ao isolamento e aspeto estranho das visitas.

As crianças em idade pré-escolar encaram o isolamento como uma punição pois não compreendem a relação causa-efeito entre os microorganismos e a doença, enquanto que as crianças mais velhas apesar de compreenderem essa causalidade, necessitam de informações acrescidas para reduzir fantasias e interpretações erradas.

A preparação da criança / família é essencial para o controlo da situação.

(Hockenberry et al, 2014)

## Impacto da necessidade de isolamento, na criança/família

É fundamental que a criança:

- # Seja preparada para o que encontrará na unidade de isolamento;
- # Esteja acompanhada pela pessoa significativa;
- # Tenha a possibilidade de contactar e manusear com os equipamentos necessários;



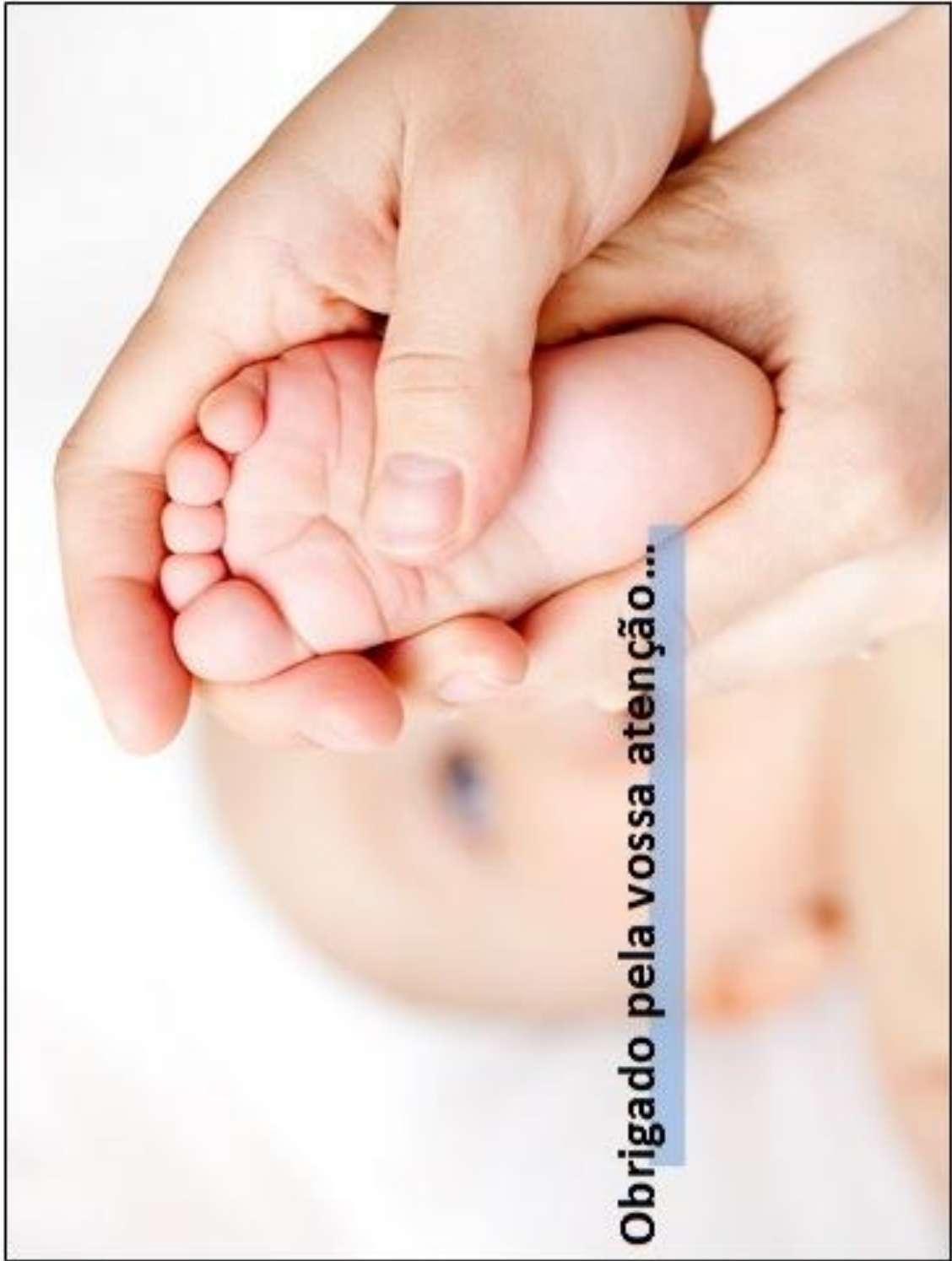
- # Observe o rosto do profissional com o qual terá contacto, antes de entrar;
- # Escolha objetos significativos a levar para o isolamento;
- # Tenha acesso a atividades lúdicas e meios de comunicação com o exterior.

## Considerações finais

A Direção Geral da Saúde reconhece que a IACS "é um problema nacional de grande acuidade, afetando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas também a qualidade de vida e segurança dos doentes e profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde". Cabe ao profissional de saúde adotar as medidas corretas de forma a minimizar este problema.

## Referências Bibliográficas

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Pediátrica. Prevenção e controlo de infeção hospitalar, 1ª ed., ANVISA Editora, Brasília 2006;
- Comissão de Controlo de Infeção, do Centro Hospitalar de São João, EPE – Manual de Controlo de Infeção. Porto: 2010;
- Comissão de Controlo de Infeção - Manual de Controlo de Infeção. Penafiel: Março de 2007;
- Direcção Geral de Saúde - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Março de 2007;
- Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: MMRW; Oct 25, 2002; Vol 51;
- HOCKENBERRY, M.J.; WILSON; WINKELSTEIN – *Wong Fundamentos de Enfermagem em Pediátrica*, 8ª ed, Mosby Elsevier, 2011.





## Anexo XLI – Plano da Sessão da formação a pares



**PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** Infecção associada aos cuidados de saúde e tipos de isolamento

**Destinatários:** Profissionais de Saúde da Unidade de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de São João

**Local:** Sala dos Médicos da Unidade de Internamento de Pediatria

**Data:** 19 - 11- 2012  
**Duração:** 30 minutos

**Objetivos**

**Geral:** Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da redução de infeção associada aos cuidados;

**Específicos:** Definir alguns conceitos relacionados com a infeção associada aos cuidados de saúde;

Conhecer os diferentes meios de transmissão de infeção;

Identificar precauções padrão para a prevenção e controlo de infeção;

Enumerar os diferentes tipos de isolamento em meio hospitalar;

Reflectir acerca das precauções dependentes das vias de transmissão;

Compreender o impacto da necessidade de isolamento, na criança/família.

	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdos</b>	Apresentação do tema.	Abordagem de alguns conceitos; Reconhecimento dos diferentes tipos de isolamento; Identificação das medidas de precaução padrão; Reflexão acerca das medidas de precaução dependentes do meio de transmissão; Análise do impacto da necessidade de isolamento na criança/família.	Síntese das principais ideias.
<b>Metodologia</b>	Expositiva /Demonstrativa / Interativa		
<b>Duração</b>	3'	22'	5'
<b>Recursos</b>	Recursos Humanos: Profissionais de Saúde da Unidade de Internamento de Pediatria; Aluna da Especialidade de SIP, Carina Correia;	Recursos Materiais: - Computador: apresentação em Powerpoint; Projetor; Material em Suporte Papel; Equipamento de proteção individual.	



## Anexo XLII – Questionário da Sessão da formação a pares



**Tema:** Infecção associada aos cuidados de saúde e tipos de isolamento

**Local:** Sala dos Médicos da Unidade de Internamento de Pediatria

**Data:** 19 - 11- 2012

**Duração:** 30 minutos

**Formadora:** Carina Sofia Oliveira Correia - Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

A sua opinião acerca da formação que acabou de assistir é muito importante, pelo que agradeço que responda ao seguinte questionário. O seu contributo será uma mais valia para futuras ações formativas.

Por favor assinale com um X no quadrado, o que melhor exprima a sua opinião, tendo em conta a escala de 1 a 5 em que:

1 = Muito Insatisfeito e 5 = Completamente Satisfeito

Avaliação geral da ação	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados são relevantes e uteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tema foi apresentado de forma coerente e estruturada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os métodos utilizados foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os objetivos propostos foram cumpridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidades formativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As competências adquiridas terão impacto na minha vida profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A duração da formação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Formador</b>					
A interação do formador com o grupo de formandos, foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizou uma linguagem apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriu adequadamente o tempo da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O formador demonstrou domínio nos conteúdos tratados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Organização</b>					
O formador organizou adequadamente a formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A documentação disponibilizada acerca da formação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As condições em que decorreu a ação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A duração da ação, relativamente ao seu conteúdo foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Avaliação Global</b>					
Globalmente, as expetativas iniciais foram satisfeitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SUGESTÕES**

Data

Assinatura do Formando (Facultativa)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexo XLIII – Placas Identificativas dos tipos de isolamento





## Isolamento de Contacto





## **Isolamento de via aérea**



## **Isolamento Protector**



## Anexo XLIV – Orientação para as famílias e doente isolado



## **Sensibilização para correta utilização das medidas de proteção, em Isolamento de Via Aérea:**

### **Pais/Acompanhantes**

- \_ Utilização de respirador de partículas e modo correcto de o colocar;
- \_ Importância da desinfeção das mãos ao entrar e sair do quarto;
- \_ A porta deve estar sempre fechada;
- \_ Não visitar outros doentes ou serviços, após visita à criança isolada.

### **Criança Isolada**

- \_ Utilizar lenços de papel para expetorar e tapar a boca quando tosse ou espirra;
- \_ Se for necessário sair do quarto colocar previamente uma máscara;
- \_ Proceder à higiene das mãos após tossir, espirrar ou assoar-se;
- \_ Não deverá receber visitas, à exceção dos pais/pessoa significativa.

## **Sensibilização para correta utilização das medidas de proteção, em Isolamento por Gotícula:**

### **Pais/Acompanhantes**

- \_ Utilização de máscara cirúrgica e modo correto de a colocar;
- \_ Desinfecção das mãos ao entrar e sair do quarto;
- \_ Não visitar outros doentes ou serviços, após visita à criança isolada.

### **Criança Isolada**

- \_ Utilizar lenços de papel para expetorar e tapar a boca quando tosse ou espirra;
- \_ Colocar máscara cirúrgica, se tiver que sair do quarto;
- \_ Proceder à higiene das mãos após tossir, espirrar, assoar-se;
- \_ Não deverá receber visitas, à exceção dos pais/pessoa significativa.

## **Sensibilização para correta utilização das medidas de proteção, em Isolamento de Contato:**

### **Pais/Acompanhantes**

- \_ Desinfecção das mãos ao entrar e sair do quarto;
- \_ Restrição do número de visitas;
- \_ Não visitar outros doentes ou serviços, após visita à criança isolada.

### **Criança Isolada**

- \_ Não partilhar objetos pessoais, livros, brinquedos, entre outros;
- \_ Desinfecção correta das mãos;
- \_ Poderá sair da unidade, desde que perceba e cumpra as regras de isolamento;
- \_ Não deverá receber visitas, à exceção dos pais/pessoa significativa.



Anexo XLV – Carta de Permissão de consulta de dados



Exma. Sra.  
Diretora da ULS Matosinhos  
Enfermeira Margarida Filipe

Matosinhos, 21 de janeiro de 2013

**Assunto:** Pedido de consulta de dados referente às crianças com necessidades especiais, apoiadas pela instituição

Enquanto enfermeiras e alunas de pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, a realizar estágio na UCC da Senhora da Hora, sob orientação da Enfermeira Cristina Leão, vimos por este meio solicitar a vossa Excelência a permissão para consulta de dados, referente ao número de crianças com necessidades especiais, que estão de momento a ser seguidas no Hospital. Referimos no entanto que as mesmas não deverão estar incluídas na ELI nem na ECCI, da respetiva unidade.

É nosso intuito fazer um diagnóstico inicial percebendo a dimensão do problema, verificando a necessidade ou não da criação de um unidade de cuidados continuados pediátricos na área de influência da ULS de Matosinhos, ponderando os benefícios para a criança/família bem como para a organização de saúde.

Os avanços técnico-científicos possibilitaram o aumento da sobrevivência de um grande número de crianças com doenças crónicas e com um grau variável de dependência, incluindo de apoios tecnológicos. Surge então uma NOVA PEDIATRIA, com um perfil diferente de crianças internadas, com uma percentagem importante de doentes crónicos, às quais se torna imperativo assegurar a continuidade de cuidados.

Sente-se a necessidade de assegurar um seguimento de qualidade para as crianças com doença crónica e têm sido privilegiadas as soluções de transição e de apoio domiciliário, atendendo ao supremo interesse das crianças, ao favorecer a integração na família e na comunidade, e simultaneamente possibilitando a optimização dos recursos hospitalares.

A participação dos centros de saúde na prestação de cuidados e fornecimentos de consumíveis às crianças no domicílio revela assimetrias importantes no país, deste modo, um dos objetivos principais deste projeto é a articulação e motivação dos recursos de apoio domiciliário existentes a nível dos cuidados de saúde primários (incluídos na REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS DOMICILIÁRIOS), na grande maioria das vezes vocacionados para a população idosa.

A rede de cuidados continuados integrados criada pelo decreto de Lei em Junho de 2006, tem como destinatários todos os cidadãos de todas as idades com dependência funcional; com doença

crónica; com doença incurável em estado avançado e em fase final da vida. Na prática veio assegurar a transição e continuidade para os doentes idosos e com doença crónica, efetivamente alargado à pediatria, desde 2009.

Este é um direito da população pediátrica e um imperativo para resolver as referidas exceções. Para assegurar a qualidade dos cuidados estes devem ser prestados em parceria com o serviço de Pediatria, a equipa de saúde familiar e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica da UCC, sempre com uma perspetiva de intervenção, de forma a promover uma melhor integração na sociedade.

Por tudo isto, acreditamos que esta análise dos dados solicitados será um passo importante para perceber a dimensão do problema e propor medidas exequíveis que melhorem a qualidade de vida das crianças /família com necessidades de saúde especiais.

Resta-nos acrescentar que se considerar pertinente, procederemos ao envio de um pré-projecto, de forma a elucidar a nossa intenção.

Com os melhores cumprimentos.

Alice Martins – Coordenadora da UCC da Senhora da Hora

Enfermeira Tutora Cristina Leão – Enfermeira Especialista da UCC da Senhora da Hora  
(*Contacto móvel: 7249*)

Enfermeira Carina Correia – Aluna de Pós – Licenciatura de Especialização e Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermeira Marta Vasconcelos - Aluna de Pós – Licenciatura de Especialização e Saúde Infantil e Pediátrica

## Anexo XLVI – Esboço do Pré-projeto





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

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

**Pré-Projeto:**  
**Cuidados Continuados Integrados Pediátricos**

**Matosinhos, 30 de Janeiro de 2013**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

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

**Pré-Projeto:**  
**Cuidados Continuados Integrados Pediátricos**

**Alunos:** Carina Correia

Marta Vasconcelos

**Sob orientação de:** Prof. Clara Braga

Prof. Constança Festas

Enf<sup>a</sup> Cristina Leão



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
MATOSINHOS



UCC Sr<sup>a</sup> da Hora

**Matosinhos, 30 de Janeiro de 2013**

## **SIGLAS**

CCP – Cuidados Continuados Pediátricos;

DL – Decreto-Lei;

Enfº - Enfermeiro;

HPH – Hospital Pedro Hispano;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de saúde;

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados Pediátricos;

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade;

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

## INDICE

Introdução.....	331
1.Projeto de Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP).....	332
1.1Objetivos do projeto de CCIP .....	333
1.2 População Alvo / Critérios de referenciação .....	334
1.3 Estratégias .....	335
2.Barreiras à implementação dos Cuidados Continuados Pediátricos .....	337
3.Considerações Finais .....	338
4.Bibliografia .....	339

## Introdução

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro define que a UCC presta cuidados de saúde diferenciados, na comunidade, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis. O mesmo decreto-lei promove o centro de saúde como a primeira entrada no Serviço Nacional de Saúde, onde os enfermeiros devem assumir, o que é, de fato, o *core da disciplina de enfermagem – assistência às pessoas nas suas transições*.

No âmbito da saúde infantil, a ULS Matosinhos já disponibiliza vários serviços à população, contudo não inclui cuidados continuados a crianças, nem sequer a possibilidade da sua referenciação. Desta forma torna-se pertinente a criação de uma alternativa eficaz aos internamentos de longa duração. O internamento de crianças com doenças crónicas tem repercussões graves no sistema de saúde sendo um dos mais dispendiosos e insustentáveis quer a nível pessoal/familiar, quer a nível financeiro. De igual forma, a conjuntura político/económica atual do país, prevê um plano de contenção e diminuição do número de camas de internamento, sendo imperativo a continuidade de cuidados, no domicílio. É consensual a necessidade de apoios na comunidade para estas crianças e famílias que se traduzirá numa melhoria da qualidade de vida, mas igualmente num aumento da sobrecarga de trabalho, redução de horas de lazer e por vezes aumento de ansiedade das pessoas significativas.

A rede nacional de cuidados continuados integrados, por resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002, de 22 de Março possibilita todo o tipo de apoio social bem como respostas no âmbito de cuidados de saúde. (HSM, Projecto da Clínica Universitária de Pediatria , 2006)

O aumento da esperança de vida e de doenças crónicas, a alteração da estrutura familiar (predominantemente famílias nucleares e mononucleares) bem como as restrições dos custos na saúde, influenciam o aumento de situações de dependência que impõem uma reconfiguração e reorganização dos cuidados de saúde e apoio social, emergindo uma mudança de paradigma “da cura ao cuidar” (Lopes, 2011). Assim sendo, diagnósticos como a prematuridade, as anomalias congénitas, as alterações cromossómicas, traumatismos, distúrbios neuro-degenerativos, doenças oncológicas e síndrome de imunodeficiência adquirida, podem afetar a esperança de vida destas crianças e respectiva família.

A metodologia utilizada para a realização deste projeto foi descritivo/reflexiva na medida que se considera mais pertinente na transmissão de informação de todo um processo, tornando-se fundamental a pesquisa bibliográfica realizada, como suporte na operacionalização deste estudo.

Este projeto tem como finalidade, contribuir para uma melhoria do estado de saúde da população alvo, recorrendo a todos os recursos e suportes necessários.

## 1. Projeto de Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP)

O Artigo 3.º do Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho define os Cuidados Continuados Integrados como sendo o “ conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (DR D. d., 2006, p. 3857).

Da mesma forma, a Organização Mundial de Saúde define os Cuidados Continuados como sendo “as atividades dirigidas para as pessoas que se encontram em situação de incapacidade para o desenvolvimento autónomo de cuidados básicos de saúde, levadas a cabo, por cuidadores informais, por cuidadores formais, incluindo profissionais e para profissionais de saúde, de apoio social e de outras áreas, por cuidadores tradicionais e voluntários” (Branco, Cuidados Continuados Integrados: Estudo de Caso, 2010, p. 30)

O objetivo dos Cuidados Continuados é garantir que o indivíduo em situação de dependência possa manter a melhor qualidade de vida possível, com o maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana possíveis. Neste sentido, uma política de cuidados continuados deve incluir obrigatoriamente o respeito pelos valores individuais, preferências e necessidades dos cidadãos. Torna-se pertinente a inclusão neste grupo, dos indivíduos pediátricos e respetivo núcleo familiar, que durante muito tempo e em quase todo o seu ciclo, permaneceram esquecidos.

A descoberta de uma doença incapacitante da criança, no seio de uma família desencadeia sentimentos de fragilidade, preocupação constante, medo, culpa e um sentido de dependência. O impacto da doença na criança e família/cuidadores informais implica modificações na vida da criança e família, exigindo uma readaptação e aquisição de estratégias para enfrentar a situação. O aumento do número de crianças que sobrevivem com problemas de saúde que requerem cuidados continuados pediátricos é cada vez maior, o que implica uma sensibilidade acrescida sobre o cuidado a estas crianças ser prestado fora do meio hospitalar ou seja num ambiente que lhes é familiar. Apesar de este tipo de cuidados ser de extrema importância face aos dados existentes, estes continuam a não fazer parte das políticas de saúde (Ferraz & Ribas, 2010).

A identificação das necessidades é a base principal para a prestação de cuidados e no ajustamento familiar à vivência com o doente crónico. São famílias que precisam de alguém para os escutar. Têm muita necessidade de partilhar estas experiências com alguém fora do sistema familiar. E é por isso que a equipe dos CCP têm e devem estar despertos para a situação, mostrarem-se disponíveis para os escutar e não apenas para executar tratamentos.

Este novo quadro sócio-demográfico acarreta uma mudança no perfil das patologias fazendo emergir um conjunto de novas carências de saúde e sociais, que requerem respostas novas e

diversificadas que venham satisfazer as necessidades das crianças com dependência funcional, consequência da patologia e não da idade, com patologia crónica múltipla e com doença incurável em estado progressivo, avançado ou terminal. Na prossecução destas novas respostas é essencial a instituição de um modelo de intervenção integrado e articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, da sociedade civil e do Estado (Branco, Cuidados Continuados Integrados: Estudo de Caso, 2010)

Em Portugal, as dificuldades que estas crianças/famílias encaram são diversificadas, o apoio estatal é insuficiente na oferta de cuidados, ficando a família como a principal cuidadora e com os encargos inerentes. É importante referir que nem todos os profissionais de saúde têm conhecimento das leis/decretos que protegem e proporcionam direitos a estas crianças, pelo que a informação que chega aos pais pode ser insuficiente (Charepe, 2006). Para além da importância dos recursos físicos (espaço, materiais e tecnológicos) no cuidar na doença crónica, convém destacar a essência humana, através da humanização dos cuidados à criança/adolescente. Deste modo, (Almeida, Higarashi, Molina, & Marcon, 2006, p. 37) complementam esta ideia referindo que “ (...) a humanização além de envolver o cuidado à criança e ao adolescente, estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo de saúde-doença, isto é, a todos os seus cuidadores, em que se destaca a figura e o papel fundamental da família”. Apesar do desenvolvimento tecnológico ser benéfico para a saúde das crianças, falta ainda habilitar as famílias de competências técnicas e humanas para que prestem os melhores cuidados às suas crianças no domicílio. O enfermeiro deve conseguir traçar metas para cuidar adequadamente da criança/família/cuidador e capacitá-los para a realização de cuidados complexos no domicílio.

### **1.1. Objetivos do projeto de CCIP**

Os objetivos fulcrais do projecto de CCIP consistem na vigilância e no apoio domiciliário à comunidade pediátrica. De acordo com (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006) a sua implementação possibilitaria:

- Diminuição dos tempos de internamento;
- Redução dos gastos farmacológicos;
- Facilitar a transição para outros recursos de saúde;
- Disponibilidade de recursos para crianças verdadeiramente carenciadas de cuidados hospitalares agudos;
- Aumento da qualidade dos cuidados prestados, com maior satisfação para os profissionais, utentes e família;
- Aumentar o prestígio da instituição e facilitar a obtenção de apoios à mesma;

Este projeto tem ainda como finalidade, contribuir para uma melhoria do estado de saúde da população alvo, recorrendo a todos os recursos e suportes necessários.

## 1.2 População Alvo / Critérios de referenciação

Desde que o diagnóstico é realizado e se prevê necessidades de cuidados permanentes e prolongados, a criança/família deve ser referenciada para a UCC, que fará o número de visitas à unidade onde esta se encontra internada, de forma a estabelecer a relação interpessoal com a família e equipa multidisciplinar, percebendo as características particulares da criança e da família, as suas necessidades referentes à condição de saúde e de dependência, bem como os apoios necessários. Após a alta, deverá coexistir a articulação desta família com a UCC e a UCCP, accionando todos os meios e dispositivos necessários.

A partir deste momento os critérios de referenciação prendem-se com as dificuldades no exercício do papel, relativamente às crianças com necessidades de saúde especiais, podendo a referenciação ser feita pelas equipas de saúde familiar, pelo serviço social, equipa de enfermagem do serviço de pediatria do HPH, pela equipa de enfermagem do serviço da Neonatologia do HPH, profissionais do departamento da Pedopsiquiatria e equipa da Saúde Escolar.

O diagnóstico de doença crónica /prolongada *“provoca um conjunto de mudanças e alterações quer nas rotinas, regras e rituais familiares, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas responsabilidades e competências”* (Pereira e Lopes, 2002 citado por (Freitas R. , 2009, p. 9). A família, geralmente confrontada com novas exigências, alterações nas suas rotinas, mudanças constantes e readaptações diversas, propiciando que a doença possa ter efeito a vários níveis – financeiros, ocupacional, pessoal, entre outros (Lopes & Pereira, 2005). A própria doença vai também condicionar o nível económico da família, dado que frequentemente um dos membros tem de deixar o seu emprego para se dedicar ao tratamento da criança, quer durante os internamentos, quer no acompanhamento em casa.

Na opinião de (Freitas & Freitas, 2005, p. 25) cada vez é mais preconizado *“internamento de curta duração, em que as crianças interagem com o ambiente que as rodeia e que a presença dos pais e/ou pessoas significativas seja uma realidade”*. O sofrimento da família apresenta face à doença da criança, não depende exclusivamente da gravidade da doença, mas também da ansiedade devida à dificuldade em lidar com a situação e com as emoções. Os autores anteriormente referidos (Freitas & Freitas, 2005, p. 26) reiteram que *“a capacidade para enfrentar esta situação depende dos sistemas de suporte que a família, dispõem (...)”*.

O suporte social é importante para o bem-estar desta família, principalmente para a criança doente. De acordo com (Márcio, Ramos, & Tojal, 2005, p. 20) o suporte social refere-se ao *“suporte acessível a um qualquer indivíduo, fornecido pelas relações que o mesmo estabelece com outros indivíduos da comunidade”*. Os mesmos autores explanam que existe uma relação direta entre o suporte social que o indivíduo possui e o estado de saúde do doente, na medida em que o indivíduo é um ser bio-psico-social e como tal está intimamente ligado ao meio que o rodeia e sofre as variações com as alterações que ocorram. O apoio social é particularmente importante para as famílias de crianças com doença crónica. Concordante com o que foi referido, encontra-se

Barakat & Linney (1992, pag. 52) quando afirmam que “as famílias com melhor apoio social, apresentam um melhor ajustamento, principalmente a mãe e até a criança”.

Em suma, os CCP devem ser oferecidos no momento do diagnóstico e durante todo o curso da doença, com expectativa de cura ou não, independentemente de qual seja o seu desfecho. Para o desenvolvimento destes serviços às crianças, as condições que devem ser consideradas incluem:

- ❖ Crianças que apresentam condições potencialmente curativas e que podem beneficiar bastante com as condições que a UCCP lhes poderá proporcionar. Exemplos: crianças com doença cardíaca, hepática ou renal;
- ❖ Doenças para as quais o tratamento curativo é possível, mas pode falhar. *Exemplos: doença oncológica progressiva, avançada ou de prognóstico reservado e cardiopatias complexas ou adquiridas;*
- ❖ Doenças que necessitam de tratamento prolongado com o objetivo de manter a qualidade de vida. *Exemplos: infecção por HIV, fibrose cística, distrofia muscular progressiva, insuficiência respiratória crónica, imunodeficiências graves e epidermólise bolhosa grave;*
- ❖ Doenças crónicas progressivas para as quais o tratamento é exclusivamente paliativo. *Exemplos: Doenças metabólicas progressivas, mucopolissacaridoses, anomalias cromossómicas graves e osteogênese imperfeita;*
- ❖ Deficiências neurológicas graves, não progressivas, que tornam o paciente vulnerável a complicações e morte prematura. *Exemplos: sequela neurológica de doença infecciosa, lesão cerebral hipóxica ou anóxica, acidente vascular cerebral, malformação cerebral importante e paralisia grave com infeções recorrentes.*

### 1.3 Estratégias

A formação da equipa fixa composta por especialista com formação diversa (médicos, enfermeiros, terapeutas, assistentes sociais e outros técnicos) com experiência reconhecida nos cuidados propostos e com experiência de formação de outros elementos técnicos. A equipa deve ser capaz de:

- Reconhecer e adaptar os cuidados de suporte técnico domiciliário à realidade das famílias, junto das quais se desloca;
- Auxiliar na prestação de cuidados técnicos domiciliários em caso de grande sobrecarga familiar ou na fase inicial de transferência facilitando a adaptação;
- Vigiar os diversos parâmetros e aplicar terapêuticas no domicílio evitando deslocações ao hospital.

O paradigma não é mais dizer aos pais o que fazer, mas antes perguntar como os podemos ajudá-los a tornarem-se mais confiantes acerca das decisões que estão a tomar e a sentirem-se mais competentes nas suas habilidades para cuidar e educar os seus filhos (Heath, 2006 citado por (Correia, Ferreira, & Vieira, 2010, p. 86)). Os próprios pais são a fonte mais preciosa de

informação, colaborando no estabelecimento dos objetivos e assumindo responsabilidade conjunta com a equipa de Cuidados Continuados, na resolução dos problemas, sendo-lhes dada a possibilidade de continuamente avaliarem a intervenção e sugerir possíveis mudanças benéficas, de acordo com as necessidades da família. A equipa deverá ser capaz de trabalhar conjuntamente com os pais solicitando ativamente as suas ideias, sentimentos, compreendendo o seu contexto cultural e envolvendo-os no processo de partilha de experiências, discussão de ideias e resolução de problemas.

## **2.Barreiras à implementação dos Cuidados Continuados Pediátricos**

São muitas as barreiras encontradas para aceder aos cuidados continuados pediátricos e sua implementação, as quais se resumem no quadro abaixo. A doença crónica e a morte infantil desafia a ordem natural da vida. Pretende-se uma esperança de uma vida confortável, de bem estar, sem dor e com o menor stress do cuidador possível.

<b>Barreiras na criação de Cuidados Continuados Pediátricos</b>
Morte infantil pouco frequente
Inexperiência do pessoal que proporciona estes cuidados
Diferenças entre as crianças e os adultos e os seus problemas de saúde
Sentimento de incompreensão por parte dos cuidadores, face ao diagnóstico de uma situação de dependência
Transgressão da ordem natural da vida
Informação inadequada dos cuidadores e familiares sobre unidades de cuidados continuados pediátricos
Desconhecimento face à realidade dos cuidados continuados pediátricos
Falta de conhecimento dos benefícios económicos a longo prazo

### **3.Considerações Finais**

A participação dos centros de saúde na prestação de cuidados e fornecimento de consumíveis às crianças no domicílio revela assimetrias importantes no país. Deste modo, torna-se imperativo direccionar a articulação e motivação dos recursos de apoio domiciliário existentes a nível dos cuidados de saúde primários (incluídos na REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS DOMICILIÁRIOS), na grande maioria das vezes vocacionados para a população idosa, para os cuidados continuados pediátricos, visto ser um direito da população pediátrica e imperativo para uma continuidade de cuidados.

Os avanços técnico-científicos e conseqüentemente o aumento da sobrevivência e qualidade de vida das crianças com doenças crónicas e respetiva família, possibilitou o emergir de uma NOVA PEDIATRIA, em que são privilegiadas as soluções de transição e de apoio domiciliário, atendendo ao superior interesse da criança.

Por tudo isto, consideramos pertinente a inclusão de cuidados continuados pediátricos, com vista a uma continuidade de cuidados, fundamental para a excelência dos mesmos, que melhorem a qualidade de vida das crianças/família.

#### 4. Bibliografia

**Alba R., M., Grau J., P., Palacios M., R., & Rodriguez M.R, R. (2010).** *Estado actual de los cuidados paliativos pediátricos en España*. Obtido em 3 de janeiro de 2013, de [www.secpal.com/medicina\\_paliativa](http://www.secpal.com/medicina_paliativa)

**Almeida, I. M., Higarashi, L., Molina, R., & Marcon, S. (2006).** O ser mãe de criança com doença crónica: realizando cuidados complexos. 36-46. *Revista de Enfermagem Esc. Anna Nery*.

**Angelelli, C. (2011).** *Cuidados Paliativos*. Brasil.

**Associação Nacional de Cuidados Paliativos, A. (Março de 2006).** Organização de serviços em cuidados paliativos.

**Branco, N. (Maio de 2010).** Cuidados Continuados Integrados: Estudo de Caso. *Dissertação para a obtenção de grau de Mestrado em Política Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

**Carmo, É. B. (dezembro de 2011).** Promoção das competências parentais no auto cuidado terapêutico à criança. (l. d. Portuguesa, Ed.) Lisboa.

**Charepe, Z. (2006).** "O encontro com a ajuda mútua - Perceções de pais de crianças com doença crónica" (*Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada na Universidade Aberta*) .

**Correia, A., Ferreira, S., & Vieira, A. R. (2010).** "Bem-Me-quer - Projecto de Enfermagem para a Parentalidade". UCC da Senhora da Hora: Matosinhos: ACES da ULS.

**DR, D. d. (6 de junho de 2006).** Cuidados Continuados Integrados Artigo 3º. do Decreto- lei n.º 101/ 2006. Portugal.

**DR, D. d. (05 de setembro de 2012).** Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - 1ª série - Nº172.

**EAPC, A. E. (2009).** Cuidados Paliativos para Recém-Nascidos, Crianças e Jovens. Fundação Maruzza Lefebvre D`Ovidio Onlus.

**Ferraz, C., & Ribas, M. J. (2010).** Nascer e Crescer - O papel da Comunidade. *XIX, nº3* .

**Freitas, J. S., & Freitas, S. P. (2005).** A hospitalização da criança...O impacto na família. *60* . Sinais Vitais.

**Freitas, R. (2009).** *Reinserção na Comunidade da Criança com Doença Oncológica (Relatório de Estágio)* .

**Gomes, M. M. (2010).** *Cuidados Paliativos Pediátricos - o desmoronar de um absurdo (Mestrado Integrado em Medicina)* . Porto: FMUP.

**Himmelstein, B. P. (2005).** "Cuidados Paliativos en pediatría". USA: Elsevier Saunders.

**HSM, Projecto da Clínica Universitária de Pediatria . (março de 2006).** *Unidade Móvel de Apoio Domiciliário - Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em dezembro de 2012, de <http://www.hsm.min-saude.pt>

**Lopes, C., & Pereira, M. d. (2005).** "Doente oncológico e sua família". Lisboa: Climepsi Editores.

**Lopes, M<sup>a</sup> João Rebelo. 2011.** *Relatório de Estágio*. Lisboa : Universidade Católica, 2011.

**Márcio, R., Ramos, D., & Tojal, A. P. (2005).** "Suporte Social, uma variável a ter em conta". 60 . Sinais Vitais.

**Onlus, E. (s.d.).** *Palliative Care - A Human Right* . Prague charter.

**Ordem dos Enfermeiros. (2004).** Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. (C. d. Enfermagem, Ed.) Divulgar.

**Paliativos, A. E. (julho de 2008).** *IMPACT: estándares para Cuidados Paliativos Pediátricos en Europa*. Obtido em 03 de janeiro de 2013, de [www.secpal.com/medicina\\_paliativa](http://www.secpal.com/medicina_paliativa)

**Pediatria, A. P. (Setembro/Outubro de 2009).** *Cuidados Continuados Pediátricos. Volume 40 , nº 5*. Obtido em janeiro de 2013, de [www.spp.pt](http://www.spp.pt)

Anexo XLVII – Inscrição no congresso internacional de cuidados paliativos



## Programa Manhã SESSÃO PLENÁRIA



CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS  
05 de Março de 2013  
Exponor - Matosinhos, Portugal



08:30h Abertura do Secretariado (Entrega da Documentação)

09:00h - 09:30h Sessão de Abertura

09:30h - 10:30h Sessão Plenária 1: Cuidados Paliativos em Portugal e na Europa  
Moderadora: **Isabel Galriça Neto** (Médica responsável pelo Serviço de Cuidados Paliativos no Hospital da Luz; Deputada da Assembleia da República, PT)

09:30h - 09:50h A situação atual dos Cuidados Paliativos na Região Norte  
**Rui Cernadas** (Vice-Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte, I.P., PT)

09:50h - 10:10h A situação atual dos Cuidados Paliativos em Portugal  
**Coordenador do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, PT**

10:10h - 10:30h A situação atual dos Cuidados Paliativos na Europa  
**Carlos Centeno** (Médico, Director da Unidade de Medicina Paliativa da Clínica Universidad de Navarra, ES e Responsável pelo grupo de trabalho da EAPC sobre "O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos na Europa")



10:30h - 11:00h Coffee-break

11:00h - 12:40h Sessão Plenária 2: Prestação de Cuidados Paliativos (Abordagem Clínica)  
Moderadora: **Edna Gonçalves** (Médica, Diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., PT)

11:00h - 11:25h Indicadores de Qualidade em Cuidados Paliativos  
**Manuel Luís Capelas** (Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, PT)

11:25h - 11:50h Equipas de Cuidados Paliativos domiciliários: efectividade, custo-efectividade e necessidades futuras  
**Bárbara Gomes** (Investigadora da Gulbenkian em Cuidados Paliativos e do King's College London, Cicely Saunders Institute, PT e UK)

11:50h - 12:15h Diretivas Antecipadas de Vontade  
**Jorge Teixeira da Cunha** (Professor, Universidade Católica do Porto, PT)

12:15h - 12:40h Últimas Horas ou Dias de Vida: Importância da Sistematização de Práticas (em confirmação)



12:40h Almoço

## Programa Tarde

### WORKSHOPS E SESSÕES DE COMUNICAÇÃO LIVRES

CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

05 de Março de 2013

Exponor - Matosinhos, Portugal

14:00h - 16:00h 3 Sessões Paralelas em Simultâneo:

1. Identificação e Melhoria dos Cuidados Prestados a Pessoas com Doença Crónica Avançada

Moderador: **Xavier Gómez Batiste** (Diretor do Centro Colaborador da OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos de Barcelona, ES)

14:00h - 15:45h Sessão única

**Xavier Gómez Batiste com a equipa** (Centro Colaborador da OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos de Barcelona, ES)

2. Controlo de Sintomas

Moderador: **Ferraz Gonçalves** (Médica, Director da Unidade de Cuidados Paliativos da RNCCI no IPO Porto, E.P.E., PT)

14:00h - 14:35h Opióides para tratamento da dor moderada e intensa

**Rui Carneiro** (Médico do Serviço de Cuidados Paliativos do IPO Porto, E.P.E., PT)

14:35h - 15:10h Sonda Naso-gástrica: Colocar ou não colocar?

**Cátia Ferreira** (Enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., PT)

15:10h - 15:45h Sedação Paliativa

**Rita Abril** (Médica do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, PT)

3. Programas de Intervenção na Família

Moderadora: **Fátima Oliveira** (Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Paliativos São Bento de Menni - Casa de Saúde da Idanha, PT)

14:00h - 14:35h Inovações no Apoio Psicossocial em Cuidados Paliativos

**Anna Novellas** (Assistente Social do ICO Barcelona, ES)

14:35h - 15:10h Cuidar dos Cuidadores: A Família como recetora de cuidados

**Carla Reigada** (Assistente Social do Serviço Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., PT)

15:10h - 15:45h Intervenção no Luto

**Eduardo Carqueja** (Psicólogo, Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., PT)

☕ 15:45h - 16:15h Coffee-Break

📶 16:15h - 16:45h Comunicações Livres (em Simultâneo)

## Programa Tarde

### WORKSHOPS E SESSÕES DE COMUNICAÇÃO LIVRES

CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

05 de Março de 2013

Exponor - Matosinhos, Portugal

17:00h - 17:45h *Perspetiva sobre o Desenvolvimento Futuro dos Cuidados Paliativos, no contexto das melhores práticas internacionais*

**Xavier Gómez Batiste** (*Diretor do Centro Colaborador da OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos de Barcelona*)

**María Nabal** (*Médica, Responsável da Equipa de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Arnau de Vilanova, Lérida, ES e Membro do Conselho de Administração da EAPC*)



17:45h *Sessão de Encerramento*