



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

Vânia Sofia Correia Pereira

julho 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: Vânia Sofia Correia Pereira
Sob orientação de: Mestre Clara Braga

julho de 2013

Resumo

Este relatório foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa, unidade do Porto. Teve por base o Plano Curricular de Estágio que compreende o Módulo I – Saúde Infantil realizado na UCC de Viana do Castelo e USF Gil Eanes, o Módulo II – Serviço de Internamento Pediátrico e o Módulo III – Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais bem como Urgência Pediátrica realizados na ULSAM de Viana do Castelo. Neste relatório faço uma análise crítica-reflexiva sobre as competências adquiridas, as atividades desenvolvidas e os objetivos traçados, evidenciando as dificuldades e experiências vivenciadas ao longo deste percurso. A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho é reflexiva e descritiva. Para melhor compreensão, as competências encontram-se distribuídas por domínios, a saber: Domínio da Prestação de Cuidados, Domínio da Gestão, Domínio da Formação e Domínio da Investigação.

Palavras-Chave: Competência, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Objetivos.

Abstract

This document was elaborated in the extent of the master course in Nursing with specialization in Child and Pediatric Health, developed in the Portuguese Catholic University, Oporto's unit. It had as basis the Training Curricular Plan, which comprises Module I – Child Health, accomplished in the UCC of Viana do Castelo and USF Gil Eanes, Module II – Pediatric Admission Service, and Module III – Pediatric and Neonatal Intensive Care Service as well as Pediatric Emergency Service. During this report I make a reflexive and critic analysis about the acquired capacities, the developed activities, as well as the stated goals, highlighting the difficulties and experiences lived during this course. The used methodology in elaborating this report is both reflexive and descriptive. For easier understanding, the capacities are distributed through domains, to know: Provision of care Domain, Management Domain, Training Domain and Investigation Domain.

Key words: Capacity, Specialized in Child and Pediatric Health Nurse, Goals.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de expressar o meu profundo agradecimento à minha orientadora, Professora Clara Braga, pela sua preciosa ajuda, apoio científico, paciência, disponibilidade e interesse sempre presente pelo trabalho desenvolvido durante a execução deste relatório, que foi, indubitavelmente, imprescindível para me guiar nesta missão.

Manifesto a minha gratidão a todos os tutores de estágio e equipas multidisciplinares pela prontidão, empenho, paciência, disponibilidade que sempre demonstraram, pelos conselhos, pela partilha de conhecimentos e experiências, pelo exemplo de dedicação e profissionalismo.

Agradeço de uma forma especial ao meu marido pela paciência e compreensão, pelo apoio incondicional e por todo o incentivo que me deu durante a realização deste relatório. Não posso deixar de também manifestar a minha gratidão à minha restante família que se mostrou incansável e sempre presente nesta etapa da minha vida.

Devo agradecer em especial com muito carinho a todas as crianças e famílias a quem prestei cuidados de enfermagem, com experiências de vida, que me ajudaram a refletir na minha intervenção como enfermeira. Sem eles nunca realizaria este sonho.

Aos meus colegas do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, em particular à Eveline pelas palavras de incentivo e apoio nos momentos de maior aflição.

À Marlene, Diana e Carina por terem sido companheiras e amigas nos momentos de maior pessimismo.

Muito Obrigada!

Pensamento

“Tudo que está no plano da realidade já foi sonho um dia.”

Leonardo da Vini

Chave de Siglas/Abreviaturas

AM - Amamentação

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CS – Centro de Saúde

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiros Especialista

EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESIP – Enfermagem de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EpS – Educação para a Saúde

ELI – Equipa de Intervenção Precoce

IP – Internamento Pediátrico

LA – Leite Adaptado

LM – Leite Materno

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco

NIDCAP – Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados no Desenvolvimento do RN

OBS – Sala de Observações

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

SAPE – Sistema de Apoio à Criança e Jovens em Risco

SE – Saúde Escolar

SES – Sessões de Educação para a Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SU – Serviço de Urgência

SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SIP – Serviço de Internamento Pediátrico

UCC – Unidades de Cuidados à Comunidade

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

ULSAM – Unidade Local de saúde do Alto Minho

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	19
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	21
3.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	22
3.2. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	58
3.3. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	67
3.4. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	71
4. CONCLUSÃO	75
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	83
Anexo I – Horário	84
Anexo II – Plano de Sessão sobre “Banho do RN”	88
Anexo III – Apresentação sobre o “Banho do RN”	92
Anexo IV – Panfletos sobre o “Banho do RN”	99
Anexo V – Questionário sobre o “Banho do RN”	103
Anexo VI – Plano de Sessão sobre “Reflexos do Sono do Bebê”	107
Anexo VII – Apresentação sobre o “Reflexos do Sono do Bebê”	111
Anexo VIII – Questionário sobre o “Reflexos do Sono do Bebê”	120
Anexo IX – Dinamização Cantinho de Amamentação – Poster 1	123
Anexo X – Dinamização Cantinho de Amamentação – Poster 2	125
Anexo XI – Questionário para o levantamento das necessidades sobre “Higiene Oral”	127
Anexo XII – Análise do Levantamento das necessidades sobre “Higiene Oral”	132

Anexo XIII – Plano de Sessão sobre “Higiene oral “	137
Anexo XIV – Apresentação sobre a “Higiene oral”	141
Anexo XV – Questionário sobre a “Higiene oral”	146
Anexo XVI – Plano de Sessão sobre “Alimentação Saudável”	149
Anexo XVII – Apresentação sobre a “Alimentação Saudável”	153
Anexo XVIII – Avaliação da Sessão através da identificação da Rotulagem	160
Anexo XIX – Plano de Sessão sobre “Resumo Mínimo de Dados”	165
Anexo XX – Apresentação sobre a “Resumo Mínimo de Dados”	169
Anexo XXI – Documento de apoio sobre “Resumo Mínimo de Dados”	182
Anexo XXII – Número de crianças vacinadas	195
Anexo XXIII – Motivos da assistência às crianças no SU	197
Anexo XXIV – Esquematização das consultas de SIJ	200

1. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no Instituto de Ciências e Saúde, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, servindo como instrumento de avaliação e de descrição e todas as vivências de estágio, bem como dos cuidados ao recém-nascido (RN), criança, jovem e família. É que a criança sendo um ser vulnerável, exige um cuidado e apoio específico, porque se encontra num processo de crescimento e desenvolvimento contínuos, com consecutivas conquistas da sua independência e estabelece uma relação vinculativa com a família.

O enfermeiro especialista (EE) em saúde infantil e pediátrica tem um papel preponderante na melhoria dos cuidados à criança, e, por isso, são-lhe exigidas competências específicas para prestar cuidados de enfermagem à criança/família. Nesta perspetiva, torna-se necessário o investimento na formação dos profissionais, para a reciclagem e aquisição de novos conhecimentos.

A Unidade Curricular abrange 30 ECTS, repartidos pelos Módulo I – Saúde Infantil, Módulo II – Serviço de Internamento Pediátrico e Módulo III – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais (UCINP) e Serviço de urgência Pediátrica (SUP).

O Plano de Estudos compreende três módulos: Módulo I, Módulo II, Módulo III, num total de 750h de trabalho, das quais 540h são de contacto, sendo as restantes 210h de trabalho individual (Anexo I).

O Módulo I foi desenvolvido na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de Viana do Castelo e Unidade de Saúde Familiar (USF) Gil Eanes de 26 de novembro de 2012 a 9 de abril de 2013.

O Módulo II realizou-se no Serviço de Internamento Pediátrico (IP) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) entre 1 de setembro de 2012 a 24 de novembro de 2012.

O Módulo III efetuou-se na UCINP e na Urgência Pediátrica na ULSAM de 23 de abril a 23 de maio de 2012 e de 28 de maio a 23 de junho de 2012, respetivamente.

A realização deste Relatório de Estágio emerge da observação reflexiva das atividades concretizadas no decorrer dos vários módulos de estágio, assim como as competências adquiridas quer a nível de contexto de estágio quer da minha experiência profissional. Refletir sobre a prática pode revelar nova informação que nos abre novos horizontes e dá origem a novas sínteses. Nesta análise crítico-reflexiva do trabalho desenvolvido ao longo do percurso, a metodologia adotada será descritiva.

Assim sendo, este relatório tem como objetivos:

- Explanar toda a atividade desenvolvida, seus propósitos e desafios;
- Refletir de forma crítica sobre as experiências vivenciadas;
- Evidenciar as competências adquiridas;
- Servir de instrumento de avaliação do percurso efetuado.

A metodologia adotada para a execução deste Relatório de Estágio é descritiva e reflexiva.

O Relatório encontra-se estruturado em três partes. Na primeira, é feita a contextualização dos locais de estágio; na segunda parte, há uma reflexão sobre as competências desenvolvidas, através da explanação dos objetivos empreendidos, ao longo deste percurso; e para finalizar, na terceira, uma breve conclusão, onde consta um balanço sobre a aprendizagem, neste percurso académico. Em anexo, foram inseridos todos os documentos relacionados com o estágio

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O estágio consiste numa etapa de aquisição e consolidação de conhecimentos e aprendizagens, tendo como sustentação a teoria apreendida anteriormente, isto é, com o estágio pretende-se a mobilização, integração e aplicação de saberes.

O Módulo I referente a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à criança/família, centrou-se na promoção da saúde e na prevenção da doença. O estágio decorreu na USF Gil Eanes e UCC de Viana do Castelo, de 26 novembro de 2012 a 9 de abril de 2013.

O Módulo II foi realizado no Internamento Pediátrico da ULSAM, de 1 de setembro a 24 de novembro de 2012. Este estágio comportou prestação de cuidados de saúde à criança/jovem com doença aguda/crónica e médica/cirúrgica.

O Módulo III corresponde a dois estágios na UCINP e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), tendo sido realizados na ULSAM de Viana do Castelo, de 23 de abril a 23 maio de 2012. Este estágio proporcionou na UCINP a prestação de cuidados específicos a RN com extrema complexidade. O estágio de SUP proporcionou o atendimento de crianças/jovens com problemas agudos e emergentes.

A seleção destes locais de estágio, no distrito de Viana do Castelo, foi do meu agrado, uma vez que se encontram perto da minha residência, favorecendo, deste modo, a rentabilidade do tempo disponível, e o facto da ULSAM ser central no distrito fez com que pudesse contactar com uma multiplicidade de experiências gratificantes dado o número elevado de crianças/jovens.

O Módulo I foi o último a ser realizado, uma vez que se encontra muito distante da minha prática e experiência profissional, querendo desfrutar ao máximo dos CSP.

Apesar de estar mais familiarizada com os módulos II e III devido às funções que exerço no serviço de Pediatria/Neonatologia, é de referir que a especificidade dos intensivos despertou a minha curiosidade nos cuidados prestados ao RN e com

apoio à família. O módulo III correspondente ao SUP devido às inerentes situações de elevada profundidade e complexidade exigiu da minha parte um grande investimento na relação estabelecida com a criança/família.

O papel do EE nos CSP e em meio hospitalar é bem diferente do papel do enfermeiro no Centro de Saúde (CS). Neste local, o enfermeiro tem por base a promoção da saúde e prevenção da doença. Relativamente ao EE em ambiente hospitalar presta cuidados à criança /família, encontrando-se fora do seu meio envolvente. Aqui o Enfermeiro tem um papel fulcral, devendo ser eficiente no trabalho e orientar esta problemática, reduzindo, assim, os efeitos da hospitalização, promovendo o crescimento e desenvolvimento do RN/criança/jovem e família.

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica para além de evidenciar competências inerentes à sua categoria profissional inicial e determinadas pela Ordem dos Enfermeiros que se aplicam aos enfermeiros de cuidados gerais, tem que estar habilitado de competências específicas da área de especialização que o capacitam científica e tecnicamente para prestar cuidados à criança/família (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a)). Por isso, para atingir estas competências foram delineadas quatro áreas de atuação: Prestação dos Cuidados, Gestão, Formação e Investigação. Com base nestas áreas de atuação, foram definidos os objetivos para o estágio.

O plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura em Saúde Infantil e Pediátrica definiu três objetivos gerais e vinte e nove competências ou objetivos específicos para que servissem de orientação no estágio e tornassem este mais enriquecedor.

Ao longo do estágio, nos vários contextos, a minha atuação, tive por base os objetivos gerais propostos para o curso: saber aplicar os meus conhecimentos e a minha 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 e 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.

3.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O papel do EE na prestação de cuidados à criança/família é de extrema importância, pois detém conhecimentos técnicos e científicos que possibilitam uma resposta mais personalizada e direcionada, com vista à prevenção da doença e promoção da saúde tanto individual como da família na sua globalidade. A compreensão do ciclo familiar, a forma como a criança é entendida no seu seio e se desenvolve é crucial para poder estabelecer uma prestação de cuidados adequados às suas reais necessidades.

O domínio da prestação de cuidados de enfermagem abarca ações autónomas e interdependentes. Neste sentido, ações autónomas são *“realizadas por enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais (...)”* do Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 9º (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

A reflexão que efetuei incide sobretudo nas intervenções de enfermagem prestadas à criança/família autónomas e interdependentes.

Competências: ✓ Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da Especialização em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP	
Objetivos: ❖ Promover a Parentalidade	Atividades: ❖ Motivei para o aleitamento materno; ❖ Incentivei ao “Método Canguru”; ❖ Incentivei a vinculação; ❖ Participei nas sessões de Parentalidade;

	❖ Dinamizei as sessões de Parentalidade; ❖ Estabeleci uma relação empática com a criança /família; ❖ Respeitei as prioridades dos pais relativamente aos cuidados prestados ao seu filho.
Objetivos: ❖ Desenvolver competências para o estabelecimento da parceria de cuidados	Atividades: ❖ Incentivei a integração da família na prestação de cuidados à criança; ❖ Negociei os cuidados prestados à criança/família; ❖ Motivei a relação de interajuda; ❖ Refleti sobre o modelo da parceria de cuidados.

Reflexão:

No decurso dos estágios focalizei a minha atenção no exercício da parentalidade e transição para a parentalidade, por reconhecer a sua importância, já que o exercício do papel parental adequado é fundamental à promoção da saúde e à prevenção da doença na criança, originando alterações no processo de vida da criança e família de forma significativas.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®) (Ordem dos Enfermeiros, 2009) Parentalidade surge como o *“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamento para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequado ou inadequado”*.

Neste sentido procurei nos contactos que tive com a criança/família estabelecer uma relação que permitisse a melhor assistência para a promoção da parentalidade.

No decorrer do estágio na UCINP, observei que a utilização do Método de Canguru é uma prática utilizada pela equipa, pois revela benefícios para progresso neurossensorial do RN, promove a amamentação (AM) e vinculação, evidenciando-se uma estratégia de comunicação, através deste toque tão espacial. Através deste método os pais disfrutam precocemente do contacto pele a pele por um período de tempo em que ambos partilham a mesma satisfação (Carvalho, et al., 2005) beneficiando também neste sentido o toque.

De acordo com (Barrera, 2011 a)), a chegada de um novo membro na família acarreta alterações na vida do casal, nomeadamente nas rotinas e aumento dos encargos financeiras, podendo originar uma crise conjugal.

Torna-se fundamental que um casal desfrute das vivências de ser pais na plenitude, sendo sem sombra de dúvida uma grande modificação na vida do casal, pois existe uma alteração de papéis, em que os progenitores passam de filhos a pais, acumulando papéis anteriores como marido e mulher.

Procurei nos diversos contextos, estabelecer uma relação empática com os pais de modo a permitir que estes estruturassem a informação em vez de transmitir demasiados conhecimentos que os pudessem colocar com mais dúvidas e receios.

Numa fase inicial, mostrei a minha disponibilidade para escutar, favorecendo a partilha dos medos, inquietações, receios e dúvidas que pudessem existir nos pais, proporcionando a sua tomada de decisão de uma forma autónoma após transmissão de determinado conhecimento.

Segundo Levy, et al., (2008) é fundamental o investimento neste foco por parte de todos os profissionais de enfermagem, favorecendo a relação terapêutica estabelecida com os pais ou futuros pais. Por vezes, estas experienciam situações difíceis de ultrapassar, sendo nesta fase necessário um grande apoio por parte da equipa da enfermagem, pois vai manifestar a consideração pela autonomia e

independência dos pais nas determinações exercidas acerca dos cuidados prestados bem como todo o estado de saúde que envolve a criança.

No decorrer do estágio no CS de Viana do Castelo, especificamente na UCC, foi-me permitido frequentar cursos que promovem a parentalidade.

Estes cursos são apresentados por profissionais especializados na área de saúde materna e obstétrica, tendo como grupo alvo as grávidas com idade gestacional a partir das vinte e cinco semanas de gestação, com a finalidade ajudar a ultrapassar as mudanças existentes no que concerne à maternidade e promover a saúde e segurança da criança desde o nascimento.

Uma das grandes vantagens deste curso é a participação dos casais e a partilha de experiências entre eles acerca das vivências anteriores e mesmo atuais. Para além de ser um momento para ultrapassarem medos em relação a todo o processo da parentalidade, favorece a aprendizagem de capacidades parentais, fortalecendo assim a autoconfiança do casal.

Neste projeto, existe uma articulação adequada entre a UCC e a USF Gil Eanes, havendo o cuidado de divulgar o projeto às grávidas e as encaminharem para a participação nas várias sessões que constituem o mesmo, permitindo deste modo a aquisição das competências parentais.

Pude contribuir no projeto com duas sessões para a melhoria das competências parentais com as temáticas “Banho do Recém-nascido” (Anexo III), bem como com os panfletos sobre o mesmo tema (Anexo IV) e “Reflexos e Sono do Bebê” (Anexo VII). Estas abordagens tiveram como linha de conduta os planos de sessão (Anexo II e Anexo VI). No final das sessões, apliquei um questionário (Anexo V e Anexo VIII) para avaliar se a temática abordada foi assimilada, se existiam dúvidas e se a comunicação estabelecida foi adequada. Considero que a minha contribuição foi positiva, pois sendo a minha experiência profissional mais ligada à prática hospitalar adquiri outras competências ligadas aos cuidados de saúde primários. A minha intervenção foi uma mais-valia, pois as dúvidas existentes por parte dos

pais são idênticas em meio hospitalar, existindo uma complementaridade de informação.

Na minha passagem pela UCC, participei também no Curso de Massagem Infantil e no Curso de Recuperação Pós-Parto projetos que têm um contributo importante na promoção do exercício da Parentalidade.

De forma a dinamizar o espaço para o Cantinho da Amamentação, efetuei uns pósteres alusivos à AM bem como ao respeito pelo espaço (Anexo IX e X) na USF Gil Eanes.

Hoje em dia existe uma maior sensibilidade em relação ao tempo que a mãe deve oferecer ao filho alimentação exclusiva com Leite Materno (LM) que deve ser até aos 6 meses de vida da criança, podendo ser mantida até os 2 anos. No entanto, muitas vezes o LM exclusivo não é suficiente, pois é necessário que sejam introduzidos alimentos para que o bebé cresça de forma saudável, havendo um equilíbrio entre estado nutricional, peso e altura.

Segundo Gerra (et al., 2012, p.18) *“Entre os 5 e os 8 meses ocorre uma transição progressiva das funções oromotoras com a passagem da sucção para a mastigação. A partir deste período o lactente desenvolve assim a capacidade de mastigação devendo esse processo ser estimulado de modo a facilitar a integração na alimentação familiar.”*

O sucesso do AM pode ainda ser definido pela qualidade da interação que existe na díade entre mãe e bebé, no decorrer da mamada, estimulando desta forma o contacto físico e visual bem como o favorecimento da vinculação mutuamente entre a mãe e o bebé (Levy, et al., 2008). Para que a AM seja bem sucedida é fundamental que a mãe esteja motivada e confiante para a prática.

Fui várias vezes questionada pelas mães sobre a prática da amamentação e considero que o apoio de um profissional de saúde nesta área é fulcral para a transmissão de segurança à mãe, pois ainda há muitos receios, medos e mitos.

Forneci suporte às mães que amamentam, dando reforços positivos, informando, instruindo, treinando, supervisionando e orientando a mãe para a técnica da AM

bem como sinais da pega correta, realçando os benefícios da amamentação e conservação do leite materno entre outros assuntos relacionados com esta temática. Sendo a parceria de cuidados *“uma filosofia de enfermagem pediátrica que reconhece e valoriza a importância no cuidar da criança no hospital”* (Mano, 2002), foi intencionalmente e de uma forma transversal em todos os contextos de estágio na assistência à criança/família, que dei a maior atenção a esta componente.

Segundo Martins , et al., (2012, p.115) no *“elenco de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, o trabalho de cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade”* oferecendo o *“envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança, coloca a sua tónica no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, a qual requer uma interação integral com a família de forma a proporcionar as condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança”*.

Neste sentido, executei ativamente uma relação que fomentasse a parceria de cuidados com a criança e os pais, trabalhando com estes e com a criança num processo dinâmico e em diálogo permanente.

As equipas de enfermagem da ULSAM adotaram modelo da parceria de cuidados segundo a teórica Anne Casey. Esta autora citada por Costa e Ferreira (2004, p.51) defende que *“para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor”*. Segundo a mesma autora (1993, p.93) *“Os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança”*. Constata-se que o seu modelo permite que haja uma possibilidade para o crescimento físico, emocional e social dentro da família, bem como a promoção do vínculo afetivo entre pais/filhos.

Cuidar da criança de forma mais humanizada durante a hospitalização exige por parte dos profissionais, uma abordagem focalizada na criança e na sua família. É fundamental, que os enfermeiros conheçam as famílias que cuidam, as suas

possibilidades e as limitações de atuação, de forma mobilizar conhecimentos para minimizar os problemas de saúde existentes. Para um cuidar mais humanizado é necessário um atendimento à criança, essencialmente a nível biológico que permita uma fácil caracterização da sua história de vida. No período de hospitalização, a criança encontra-se num ambiente estranho e agressivo e que, potencialmente, pode influenciar o seu comportamento biológico, psicológico, social e cultural. É fulcral que os profissionais de saúde criem medidas que facilitem a presença dos pais durante toda a hospitalização. Também a parceria de cuidados deve ser estimulada dadas as vantagens que o modelo se traduz na assistência à criança/família.

De acordo com Casey (1993), um princípio fundamental do modelo de “Parceria de Cuidados” é permitir que a criança/família satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde com a mínima intervenção dos profissionais de saúde, tendo em vista minimizar os efeitos negativos da hospitalização. Mas, na verdade, muitos problemas requerem técnicas e conhecimentos de especialistas. Contudo, se os enfermeiros pretendem seguir uma política de intervenção mínima, deverão iniciar um processo de educação em que partilhem conhecimentos, supervisionem os cuidados, apoiem nas decisões os membros da família, de modo a que estes possam satisfazer plenamente as necessidades da criança. Os enfermeiros pretendem atingir o principal objetivo do modelo: estimular a parceria efetiva nos cuidados de saúde às crianças.

Para atingir este objetivo tive como preocupação efetuar uma análise crítica e reflexiva sobre a prática exercida no serviço dentro da equipa de enfermagem. Sempre que possível, conversei com a tutora e mesmo com os restantes elementos da equipa, sobre o esclarecimento de pontos de vista, dúvidas e colaborando na prestação de cuidados visando alcançar a melhoria dos cuidados de enfermagem. Foi necessário adaptar os cuidados às necessidades e vontades da criança/família na parceria de cuidados, assim como apoiar as famílias quando estas constataavam as suas próprias limitações nos cuidados. Neste sentido, foi fundamental o apoio

dos enfermeiros na execução dos cuidados, assim como superar as limitações e inseguranças existentes.

Mano, (2002, p.53) refere que *“A família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte efectivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo. As crianças são particularmente vulneráveis às modificações que ocorrem no seu ambiente e rotina habituais. Uma vez doente e hospitalizada, a criança vivencia uma situação de stress e crise evidentes”*.

Refleti com a criança e família as suas necessidades, efetuei o plano de cuidados e defini objetivos de acordo com as necessidades da criança bem como a vontade dos pais/criança. Neste sentido, respeitei a tomada de decisão, promovendo as competências do papel parental.

Compreendi a importância da parceria de cuidados, sendo esta essencial para a promoção dos cuidados prestados à criança, ultrapassando desta forma os receios e medos por parte dos pais. Neste sentido, as equipas multidisciplinares, possibilitam o atenuar do impacto relacionado com doença/hospitalização.

É fundamental uma negociação entre o enfermeiro/família nos cuidados prestados à criança, favorecendo deste modo a excelência dos cuidados de enfermagem.

Competências:

- ✓ 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

Objetivos:

- ❖ Promover a educação para a saúde à criança/família em todos os contextos de estágio

Atividades:

- ❖ Identifiquei necessidades de Educação para a Saúde (EpS);
- ❖ Planeei sessões de EpS;

	❖ Realizei sessões de EpS no âmbito de Saúde Escolar e da Parentalidade; ❖ Avaliei sessões de EpS; ❖ Percebi qual a importância do EE na promoção de hábitos de vida saudáveis bem como a promoção das competências parentais; ❖ Sugeri melhoria nas sessões de EpS.
--	---

Reflexão:

A saúde de cada indivíduo resulta de vários fatores, especialmente do seu projeto de vida. Está relacionada diretamente com os comportamentos e estilos de vida. Assim sendo, espera-se que na sociedade que nos encontramos atualmente haja recursos para atingir e favorecer os estilos de vida saudáveis na sua vertente física, psíquica e social. Neste sentido, a EpS nasce como um recurso facilitador deste caminho, no sentido de organizar estratégias para que cada indivíduo tenha um papel ativo na saúde (Simões, 2011).

Sendo a escola um espaço facilitador de aceitação de comportamentos saudáveis, a sua função educativa irá ter consequências na promoção da saúde na comunidade educativa bem como na comunidade circundante (Direção Geral de Saúde, 2006).

Deste modo, o Programa Nacional de Saúde Escolar tem como estratégias promover a saúde das crianças/jovens bem como de toda a comunidade educativa, com atividades recomendadas tendo por base a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. No desenrolar das atividades, as equipas de saúde escolar têm um papel fulcral uma vez que fazem a gestão dos determinantes da saúde em toda a escola, tributando os ganhos em saúde na população portuguesa (Direção Geral de Saúde,

2006). Esta atuação tem finalidades análogas ao trabalho desempenhado na área de saúde escolar, sendo criadas em equipa de docentes fazendo uma relação entre a pedagogia, as famílias bem como com toda a comunidade educativa, favorecendo a promoção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças/jovens que se encontrem em idade escolar.

Na área de Saúde Escolar (SE), no UCC de Viana do Castelo este projeto é garantido por um Enfermeiro com Especialidade de Enfermagem Comunitária, que se mostrou desde início disponível para apresentar o funcionamento dos vários projetos.

Foi minha preocupação indagar junto do profissional quais eram as áreas de intervenção prioritária, tendo sido escolhidas duas temáticas “Higiene Oral” e “Alimentação Saudável”.

É evidente que atuar na área da educação alimentar pode ter resultados positivos, tendo em consideração a faixa etária do grupo escolar. É fundamental que esta atuação seja desenvolvida numa faixa etária jovem, com o objetivo de desde cedo, as escolhas alimentares serem saudáveis. Os programas de educação alimentar devem ser contínuos e por etapas, que passam pela transmissão de informação, pela perceção e interiorização dos conhecimentos adquiridos, favorecendo a motivação e mudança de hábitos de vida saudáveis.

É de salientar, que não basta estar motivado, é necessário que exista um leque de fatores que possam influenciar estas práticas e comportamentos, nomeadamente meio ambiente físico, económico, social e cultural influenciando todo o projeto (Breda, et al.).

Apresentar hábitos alimentares saudáveis, não significa que se faça uma alimentação limitativa. Para uma alimentação saudável é fundamental uma variedade alimentar, pois quanto melhor for a seleção alimentar melhor será a sua multiplicidade, isto é, a variação alimentar potencia o enriquecimento de vários nutrientes, favorecendo o dia-a-dia de cada indivíduo. (Cadeias, 2005).

O programa de saúde oral nas escolas apresenta um quadro conceptual, correspondendo a intervenções ajustadas à promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária. A promoção da saúde e a prevenção da doença garantem através das equipas escolares, um apoio imprescindível da intervenção. Este projeto favorece o acompanhamento das crianças escolarizadas, através de profissionais especializados na prestação de cuidados médico-dentários a grupos de crianças escolarizadas, favorecendo deste modo a execução do programa de saúde oral e prevenindo cárie dentária (Direção Geral de Saúde, 2005).

Também na área da higiene oral o papel do enfermeiro na área da EESIP é de extrema importância, contribuindo para a promoção de hábitos de vida saudável.

Foi com enorme satisfação que abracei este desafio. No entanto, devo referir que também senti algum receio, pois a comunicação estabelecida com a idade pré-adolescente é de muita complexidade, para incutir hábitos de vida saudáveis e responsabilidade na tomada de decisão de uma boa prática. Contudo, penso que o meio escolar é um dos locais ideais para a mudança de comportamentos, tornando-se pertinente a realização de sessões de EpS em meio escolar.

No que concerne à elaboração das sessões de EpS, foi necessário aplicar uma linguagem acessível, mas ao mesmo tempo elucidativa, para abordar as temáticas da “Higiene Oral” e “Alimentação Saudável”.

Assim, foi aplicado um questionário a um grupo de catorze pais (Anexo XI). Posteriormente, analisei os dados no programa SPSS, onde constatei que a escovagem era feita diariamente, mas apenas cinco crianças escovavam duas vezes por dia, metade do público alvo sabia a quantidade de pasta dentífrica a aplicar na escova, 25% da população sabia que os doces provocam cáries, apenas duas crianças já foram ao dentista após a erupção do primeiro dente e apenas 30% dos pais é que vigiam a escovagem dos dentes dos seus filhos (Anexo XII).

Relativamente às sessões de EpS, para servir de linha orientadora, foram elaborados planos de sessão (Anexo XIII e XVI), de acordo com as temáticas abordadas, “Higiene Oral” (Anexo XIV) e “Alimentação saudável” (Anexo XVII).

As temáticas referenciadas foram dinamizadas em 4 turmas do 6º ano de escolaridade do Agrupamento Escolar da Frei Bartolomeu dos Mártires em Viana do Castelo. As turmas eram constituídas, em média, por 25 alunos, com idades compreendidas entre os 11 e 12 anos.

Os alunos revelaram abertura, interesse e motivação por estas temáticas, existindo partilha de experiências e hábitos de vida cada um. Também foi evidente um grande interesse por parte dos professores, sendo fulcral a sua presença ao longo de cada sessão, pois os mesmos interagiam e apresentavam questões pertinentes acerca das temáticas abordadas.

Relativamente à sessão da “Higiene Oral” foi aplicado um questionário (Anexo XV), que continha questões abordadas ao longo da sessão. Este instrumento de avaliação serviu para compreender até que ponto a intervenção e a linguagem foram adequados.

Na sessão de EpS sobre “Alimentação Saudável” (Anexo XVIII) a minha atuação foi ligeiramente diferente da anterior, pois distribui os alunos em grupos de cinco elementos dando um total de cinco grupos. Posteriormente, ofereci a cada grupo um alimento. Estes tinham de observar o alimento e apresentar à turma a identificação do rótulo e se era benéfico para uma alimentação saudável.

Pude concluir que existe muito a trabalhar nas duas áreas “Higiene Oral” e “Alimentação Saudável”, para a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, na medida em que existem muitos comportamentos errados, sendo a justificação, muitas das vezes, a falta de tempo por parte dos pais em vigiar as práticas dos seus filhos.

Para terminar, é de salientar que no âmbito da SE pude verificar um crescimento enriquecedor, uma vez que identifiquei competências comunicacionais nunca antes desenvolvidas, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Competências:

- ✓ Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica
- ✓ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara
- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente

Objetivos:

- ❖ Compreender o impacto da doença/hospitalização e transição saúde/doença na criança/família
- ❖ Desenvolver competências na assistência da criança/família nos vários contextos, segundo a metodologia científica

Atividades:

- ❖ Participei nas sessões de Massagem Infantil;
- ❖ Participei nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ);
- ❖ Realizei consultas de SIJ;
- ❖ Procurei estabelecer uma relação de confiança com a criança/família;
- ❖ Sensibilizei a criança, jovem e família para a importância da vigilância de saúde;
- ❖ Mobilizei conhecimentos teóricos e práticos;
- ❖ Realizei ensinamentos à criança/família;
- ❖ Realizei vacinação às crianças/jovens;
- ❖ Utilizei uma linguagem CIPE;
- ❖ Percebi o impacto do processo de hospitalização na criança/família;
- ❖ Acolhi a criança/família;
- ❖ Observei e realizei triagem à

	criança/família; ❖ Atenuei os efeitos da doença/hospitalização da criança/família; ❖ Apoiei os processos de transição saúde e <i>coping</i> da criança/família face à doença crónica/deficiência/incapacidade; ❖ Prestei cuidados de enfermagem à criança/família face à metodologia de trabalho; ❖ Atendi ao processo de crescimento/desenvolvimento da criança/família; ❖ Investiguei os focos da prática suscetíveis aos cuidados de enfermagem.
--	--

Reflexão:

Para que haja uma prestação de cuidados eficaz é necessário existir uma constante aquisição e atualização de conhecimentos.

O EE é o profissional responsável pela prestação de cuidados diferenciados e especializados, para assim atingir cuidados de qualidade, sendo a enfermagem uma *“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”* (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), 1996 p. 3), sendo a mesma aplicada na área de SIP.

A minha prestação em meio hospitalar foi realizada na ULSAM de Viana do Castelo, nos serviços de Urgência Pediátrica (UP), Internamento Pediátrico (IP) e UCINP, sendo uma aprendizagem enriquecedora.

Ao longo dos vários contextos, identifiquei diagnósticos de enfermagem, efetuei colheita de dados na avaliação inicial, elaborei juntamente com a criança/família o plano de cuidado, observei as necessidades da criança/família, apliquei estratégias de enfermagem e avaliei os resultados da intervenção.

Na pediatria, é necessário adequar os cuidados prestados à criança/família, tendo em conta a comunicação estabelecida bem como o desenvolvimento cognitivo e físico dos mesmos.

Pether (1991 (Hockenberry, et al., 2006, p.23)) menciona que *“actualmente a maior parte dos hospitais estão conscientes dos efeitos traumáticos da hospitalização na criança e não põem qualquer restrição a visitas, encorajando os pais a auxiliar nos cuidados de enfermagem a prestar aos filhos”*.

O envolvimento dos pais na prestação de cuidados possibilita a diminuição do impacto da hospitalização na criança, tornando esta mais calma e segura ao longo do seu internamento.

Incentivei no decorrer dos estágios a prestação de cuidados dos pais aos seus filhos, de forma a favorecer uma relação de confiança e de interajuda permitindo a melhoria de cuidados prestados à criança/família.

Em internamentos prolongados o contacto é maior, sendo possível efetuar diagnósticos, formular intervenções e avaliar as habilidades adquiridas pelas crianças/jovem/pais verificando os resultados de forma contínua.

O enfermeiro consegue através do processo de enfermagem verificar as necessidades do utente, recorrendo a um combinado de estratégias essenciais para resolver o problema (Sanders, 2011).

A doença e hospitalização são com frequência as primeiras crises que a criança/jovem tem de encarar, especialmente nos primeiros anos de vida em que é mais frágil. Assim os principais fatores de stress da hospitalização englobam a

separação, a perda de controlo, as lesões corporais e a dor, sendo a reação manifestada de acordo com o estágio de desenvolvimento de cada faixa etária (Hochenberry, et al., 2006).

O mesmo autor refere que o stress da hospitalização nos lactentes deve-se à alteração de rotinas, aumentando desconfiança e manifesta-se através das expressões faciais do sorriso e choro.

A admissão é um momento privilegiado para questionar os pais sobre quais as rotinas da criança, dando assim importância às necessidades da mesma.

Relativamente ao *toddlers* (crianças de 1-3 anos de idade), o mesmo autor, menciona que nesta fase vão ao encontro da sua autonomia nas brincadeiras, habilidades motoras, relações interpessoais, atividades de vida diária e comunicação. As principais áreas que se devem manter como rotinas nesta fase são: alimentação, banho, sono e brincadeiras. Neste período, a criança facilmente recusa a alimentação devendo-se manter os mesmos hábitos alimentares bem com os horários, tendo em atenção as rotinas familiares.

Sendo assim, tive a preocupação de perguntar aos pais, entre outras, quais os alimentos preferidos e mal tolerados, se bebia o leite por biberão ou chávena, quando tomava banho, a que hora dormia e quantas horas, para manter de certa forma um ambiente com alguns pormenores parecidos com o ambiente familiar.

Na idade pré-escolar existe também perda de controlo durante a hospitalização, causada pela restrição de movimentos, alterações de rotinas e dependência imposta. No entanto, nesta fase as crianças apresentam uma capacidade cognitiva sentindo que são os todos poderosos, o que favorece o sentimento de falta de controlo. Esta perda de controlo beneficia focos de atenção como a separação, a dor, doença e hospitalização (Hochenberry, et al., 2006).

Na idade escolar a criança vai ao encontro da sua independência e produtividade, sendo vulnerável a situações que possam alterar o controlo e poder, podendo manifestar medo da separação, alterações dos papéis familiares, incapacidade física, medo da morte, abandono, perda dos amigos já criados, falta de

produtividade e incapacidade de lidar com o stress e sente que não tem liberdade na opção das suas escolhas o que os faz com que as crianças, nesta fase, queiram ser como “gente grande” (Hochenberry, et al., 2006).

Nesta fase do desenvolvimento da criança, seguindo esta linha, tive como preocupação integrar as crianças nas atividades existentes no serviço, sendo a própria a escolher o horário que lhe fosse mais conveniente, incentivá-la também para o contacto com outras crianças, principalmente com as mais novas, de forma que a mesma pensasse que estava a ser útil e sem sentimento de tédio nas diversas situações. Tinha respeito pela sua privacidade, pois caso contrário sentiam-se constrangidas em mostrar o corpo a estranhos.

No que respeita aos adolescentes, o autor supracitado menciona que esta etapa de vida é caracterizada pela procura da sua independência, autoafirmação e liberdade da procura da identidade pessoal, ou seja personalidade, transgredindo uma destas características origina perda de controlo.

No decurso dos módulos, estabeleci contacto com alguns adolescentes, tendo uma atenção especial na forma como dava as informações transmitidas e precavi-os para acontecimentos futuros, minimizando o sentimento de ameaça que pudesse existir. Incentivei-os para atividades de distração como ver um filme, jogar playstation, conviver com outros adolescentes, jogar computador.

Ao longo dos estágios, tive uma enorme preocupação com a lesão corporal e a dor, sendo que sempre que era necessário puncionar ou executar outras manobras dolorosas, dependendo da idade, administrava analgesia bem como sacarose ou emla dependendo da idade, favorecendo o alívio da dor.

Na minha opinião, o primeiro contacto é extremamente importante, pois a forma como se acolhe a criança/família é fulcral diminuindo o impacto da hospitalização, devendo-se transmitir disponibilidade, calma e confiança à criança/família para que estas se sintam seguras e confiantes em relação aos profissionais.

É de extrema importância que o profissional preste cuidados juntamente com as famílias, mas mais importante é incentivar e elogiar os progressos das mesmas.

Segundo Brazelton (2010), a hospitalização é vista como algo assustador quer para a criança bem como para os pais, mas pode ser uma experiência menos traumatizante. Para que o choque do internamento seja suavizado, é necessário existir dentro dos hospitais pediátricos recursos humanos, físicos e didáticos de forma a criar ambiente acolhedor, que favoreça o desenvolvimento da autoestima e maturidade e reduza ansiedade das crianças.

De acordo Curry (2005, p.27) *“A presença dos pais, durante a hospitalização, evita que a criança sofra o traumatismo da separação, proporcionando-lhe afetividade e segurança que só estes podem dar, diminuindo assim, a quebra da continuidade do quotidiano”*.

A inclusão dos pais na equipa, através de um sistema de negociação é essencial para a organização dos cuidados, permitindo saber o que os pais desejam. Deve-se incumbir aos pais a permanência junto dos seus filhos e integrá-los nos processos de tomada de decisão sobre os cuidados aos seus filhos, sempre que o desejarem ou assim que for possível.

Apesar do que foi mencionado anteriormente em relação ao impacto da hospitalização da criança/família, julgo importante referir que, apesar das questões negativas que estes ambientes causam, também é de salientar que têm efeitos benéficos, sendo estes um meio favorecedor de socialização bem como de maximização do crescimento e desenvolvimento da criança/família. Assim, tendo em consideração as diferentes faixas etárias, promovi, entre muitas atividades, a partilha de sentimentos, musicoterapia, momento do conto, expressão plástica, entre outras, adaptando aos espaços físicos, proporcionando momentos de lazer de acordo com as idades.

No internamento pediátrico, efetuei acolhimentos a quinze crianças/famílias, efetuei o regresso a casa de oito crianças/famílias e prestei cuidados de enfermagem à criança/família a noventa crianças. Todas as crianças/jovens apresentavam patologias variadas podendo ser tanto do foro médico como cirúrgico, sendo as mais frequentes: cirurgias de otorrinolaringologia e ortopedia, infeções respiratórias, gastroenterite, pielonefrite, febre, estomatologia, entre

outras. Porém muitas vezes por períodos de tempo reduzidos, atingindo o mínimo de 24 horas de internamento. Neste estágio deparei-me com algumas situações de doenças crónicas, tendo uma atenção mais redobrada na obtenção de novas competências.

Relativamente ao SUP, estive em contacto com uma panóplia de situações específicas e diversificadas, tendo uma grande dificuldade no controlo de número de crianças, devido à afluência das mesmas que recorrem a este serviço. Por este motivo, perdi a noção de quantas crianças estavam em lista de espera, se já tinham tido alta ou se foram internadas ou observadas e as que realizaram exames ou estavam ausentes para efetuar os mesmos. No início deste estágio, senti-me “perdida” pela falta de controlo das diversas de situações, mas, com o decorrer do tempo, isto foi uma oportunidade de aprendizagem nas várias áreas de assistência à criança/família, nomeadamente sala de triagem, sala de pequena cirurgia, Sala de Observações (OBS) e gabinete de enfermagem. Assisti a cerca de 65 crianças em SUP nos vários contextos de doença e intervenções de enfermagem (Anexo XXIII). O sistema de triagem no SUP Alert-R e Triagem de Manchester é essencial no sentido de assegurar que os doentes sejam observados por ordem de necessidades clínicas e não por ordem de chegada. Naturalmente que a sobrecarga de trabalho dos serviços varia de minuto para minuto e de hora para hora.

Realizei cerca de 50 triagens a crianças/famílias, nomeadamente administração de soroterapia por desidratação, de analgésico por dor ou antipirético por febre, não tendo oportunidade de assistir a situações emergentes. Posteriormente à implementação das medidas anteriores, era efetuada uma reavaliação por parte da enfermagem até observação médica.

Ao longo do SUP, fui verificando a importância da aplicação da triagem e a mesma ser efetuada por enfermeiros com especialidade específica na área pediátrica.

Neste tipo de serviço, é fundamental deter uma capacidade organizacional e comunicacional bem como lidar com todo o stress envolvente.

No decorrer deste estágio adquiri competências na gestão de conflitos, nos cuidados especializados à criança/jovem, controlo das situações bem como identificação das funções vitais.

Relativamente à UCINP, favoreceu o desenvolvimento de competências e aquisição de novas aprendizagens, uma vez que na minha prática presto cuidados ao RN com cuidados intermédios e não intensivos. Neste sentido, acolhi 3 RN com diagnóstico de prematuridade, 8 de alto risco, 10 de risco intermédio e efetuei do regresso a casa a 4 RN/família.

O acolhimento do RN neste tipo de serviço obriga a uma organização antecipada dos profissionais. Neste sentido, era necessário a preparação do material e equipamento essencial para o acolhimento do RN. Assim, executei os procedimentos necessários, sendo primordial efetuar uma estabilização térmica e ventilatória do RN, monitorização de parâmetros vitais, colheitas necessárias, administração farmacológica, conforto do RN. Posteriormente, executava o acolhimento da família explicando a organização e funcionamento da unidade na unidade.

No que concerne aos cuidados prestados ao RN/família, eram assentes no Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP), tendo como objetivo prestar cuidados individualizados, centralizados no desenvolvimento do RN bem como da família do mesmo.

Quando um RN é encaminhado para a UCINP, existe uma manifestação de sentimentos em que *“Os pais ao serem confrontados com a doença e hospitalização da criança sentem-se desprotegidos e ameaçados, têm dificuldades em lidar com a situação e, normalmente desencadeiam determinadas reações como negação, raiva e culpa”* (Diogo, 2001). Neste sentido, é necessário que o enfermeiro esteja atento a estas manifestações bem como à transmissão de apoio aos pais pela situação vivenciada. A minha posição foi de minimizar o impacto da hospitalização bem como promover a expressão de sentimentos e de comportamentos.

O regresso a casa deve ser preparado desde o primeiro dia de internamento. Tendo isso como preocupação, dei especial relevo a fatores importantes para que a continuidade de cuidados fosse assegurada. Esta atuação exige, por parte dos profissionais de saúde, a instrução das famílias para a continuidade dos cuidados no domicílio, assim como a articulação com o centro de saúde. É fundamental que a preparação do regresso a casa seja executada desde o primeiro dia de internamento. Por isso, o enfermeiro deve avaliar quais as necessidades necessárias de cuidados a prestar à criança/família o mais precocemente possível. Ao longo de todos os estágios foi minha preocupação transmitir conhecimentos aos pais, aproveitando, também, os documentos informativos de apoio presentes nos serviços, de forma a valorizar as suas competências e para que houvesse continuidade dos cuidados hospitalares.

Especificamente nos CSP e na UCINP existe uma articulação com os Centros de Saúde, encontrando-se em curso um projeto intitulado “Crescer em Harmonia”, que tem como principal objetivo manter a continuidade de cuidados prestados aos RN, após alta hospitalar do RN/família. Os enfermeiros da ULSAM contactam o enfermeiro de Cuidados Primários para uma visita prévia ao hospital, dando assim, continuidade ao trabalho desenvolvido ao longo do internamento hospitalar.

Pese embora a minha pouca experiência, há diferenças entre a atuação do enfermeiro em meio hospitalar e o enfermeiro do CSP. Relativamente ao enfermeiro de CSP encontra-se, perante crianças/jovens saudáveis, verificando-se logo desde o primeiro contacto uma relação mais simplificada, não existindo os medos e receios encontrados em meio hospitalar.

A Ordem dos Enfermeiros refere que *“Os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro nível de 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.* (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.1).

O papel do enfermeiro especialista na área de SIJ tem uma missão fulcral, exercer um trabalho de parceria de cuidados com a criança/família, independentemente do contexto de saúde e doença em que se encontra (hospital, centro de saúde, escola, casa, entre outros), favorecendo assim a promoção da saúde, prevenção da doença, proporcionando a realização de EpS, assim como diagnosticar os recursos necessários à criança/família para o seu bem-estar.

Em contexto de CSP, foi de enorme pertinência a aquisição de competências no âmbito da vigilância da SIJ, apoiando-me na minha prática e nas orientações mencionadas no Programa Tipo de Atuação proposto pela Direção Geral de Saúde. No decorrer do estágio, participei e realizei um total de 36 consultas de SIJ (Anexo XXIV), sendo uma ocasião ideal para vigiar e monitorizar todo crescimento e desenvolvimento da criança, promover o cumprimento PNV, perceber e reforçar as competências parentais, compreender a relação existente entre criança/família, promover a saúde para a prevenção da doença.

As consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) são efetuadas em tempo e espaço próprio. Terminada a consulta de enfermagem à criança/família, é comunicado ao médico assistente para se descolar à sala de saúde infantil/juvenil.

No decorrer de cada consulta, julgo ter contribuído para o reforço das competências dos pais.

É de realçar que muitas das consultas efetuadas foram aproveitadas para vacinação, favorecendo, neste sentido, o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV). O programa informático, Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS), favorece a consulta rápida do histórico de cada criança, nomeadamente o não cumprimento do plano vacinal. Nestas situações, o enfermeiro tem um papel importante, na medida em que vai realizar intervenções para colmatar essa falha. Neste campo, elucidei os pais para a importância das crianças e deles próprios terem as vacinas do PNV atualizadas bem como das eventuais reações que elas podem causar e como atuar nessas circunstâncias.

Neste sentido, é fundamental a atuação do enfermeiro na eleição do bem-estar da saúde da criança/família “*A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais.*” (Direção Geral de Saúde, 2005, p.6), assim sendo os profissionais devem ser dotados de uma formação e conhecimentos específicos na área de SIP.

No decorrer do estágio tive oportunidade de vacinar 30 crianças (Anexo XXII) abrangendo várias faixas etárias, estando umas vacinas inseridas no PNV outras não. No final de cada administração, procedia ao registo no Boletim Individual de Vacinas bem como no programa informático SINUS.

Quando administrava a vacina a uma criança, como profissional de saúde, tentei diminuir o incómodo inerente a esta prática, aplicando técnicas não-farmacológicas. Assim, preparei a criança para a execução desta técnica, utilizando um tom de voz calmo, com uma linguagem adequada à sua faixa etária, um ambiente agradável, com a presença dos pais/pessoa significativa, fazendo uso de objetos de conforto da criança, de brincadeiras como forma de distração, bem como de uma comunicação conduzida, em que a criança se abstrai da situação desagradável da dor que está a vivenciar, por uma coisa boa que está a imaginar (Sanders, 2011).

Tive oportunidade de assistir a cinco sessões de Massagem Infantil, verificando e constatando que as mesmas têm grandes benefícios a vários níveis, sendo estas de relaxamento, conforto, alívio das cólicas, fortificação do laços de vinculação entre pais/filho, alterações do sono e favorecimento das capacidades parentais.

A Massagem Infantil é o momento para a partilha de experiências entre os pais, facilitando o relaxamento nos casais já que verificam que não é só com eles que acontecem determinadas situações, mas que são comuns na maioria das crianças.

No final das sessões de Massagem Infantil, os pais tinham a possibilidade de colocarem as suas dúvidas, podendo, assim, ser esclarecidas.

Relativamente às consultas de saúde infantil e juvenil, a presença dos profissionais de saúde nos serviços com formação específica e científica é fundamental, pois

favorece a promoção da saúde, beneficiando o melhoramento dos padrões de qualidade, que envolve a necessidade de concordância nas ações de vigilância na saúde (Direção Geral de Saúde, 2005). Daqui se depreende que estas medidas só serão devidamente aplicadas, quando existirem profissionais de enfermagem com formação e conhecimentos específicos na área de SIJ.

No decorrer do estágio, tive muita motivação para explorar todas as áreas, mobilizando neste sentido conhecimentos adquiridos ao longo de todo o curso, bem como da minha experiência profissional na área da pediatria e neonatologia.

Quando iniciava uma consulta, tinha o cuidado de me apresentar devidamente, favorecendo o acolhimento de imediato, criando, desde o início, uma relação empática através da comunicação estabelecida com a criança/família.

O momento da consulta era fulcral para a visualização de novos problemas, para estabelecer a relação entre mim e a criança/família bem como o esclarecimento da importância da consulta de vigilância.

No decorrer de todos os contextos de estágio, utilizei a linguagem CIPE®, através da qual se pretende a uniformização da comunicação entre os profissionais de enfermagem bem como dos cuidados prestados, contribuindo, deste modo, para a qualidade assentes na qualidade dos serviços.

A CIPE® facilita aos enfermeiros a padronização dos cuidados executados a todos os utentes. Os dados e informação de Enfermagem servem como forma de planeamento dos cuidados de enfermagem, gestão financeira, bem como a gestão dos cuidados, efetuando assim um estudo a cada doente (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Abracei ao longo deste percurso práticas diárias de cuidados, com responsabilidades éticas, atuando em sintonia com os direitos e deveres do RN/criança/família.

Competências:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP

Objetivos:

- ❖ Desenvolver competências para a saúde à criança/família em situações de especial complexidade

Atividades:

- ❖ Assisti a consultas de desenvolvimentos infantil;
- ❖ Prestei cuidados ao RN/criança/família em situação de especial complexidade;
- ❖ Orientei situações de especial complexidade de forma eficaz.

Reflexão:

Dada a complexidade de várias situações com que, diariamente, somos confrontados na área da saúde, cada vez mais se torna necessário ter profissionais devidamente preparados para dar resposta cabal a estas situações.

No decorrer dos estágios, tive contacto com algumas situações de especial complexidade, que me parece pertinente a sua reflexão sobre elas.

Constatei que os pais de crianças em situação de especial complexidade manifestam uma extrema ansiedade face às várias alterações que possam existir no desenvolvimento do estado de saúde da criança/jovem, podendo agravar-se com as especificidades da prestação de cuidados, rotinas diárias executadas, as alterações de tratamento, os internamentos prolongados, as alterações dos sintomas.

Ao longo das experiências vividas em estágio, tive em consideração os direitos e deveres da criança/jovem, tendo presente documentos próprios e adaptados às problemáticas detetadas bem como à continuidade de cuidados de especial complexidade. Presenciei a aplicação desta mesma documentação na UCINP.

No que concerne aos maus tratos, identificado como um problema de saúde pública, tive em atenção, ao longo deste percurso, o artigo n.º 2, alínea 1, da Lei nº 147/99 que refere *“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”* (Direção Geral de Saúde, 2006). Contudo, no decorrer dos estágios não tive nenhuma situação de maus tratos com a criança.

No SUP, no decorrer do estágio, não foi possível observar nenhuma situação de emergência, contudo compreendi toda a dinâmica de funcionamento a nível organizacional e material da sala, juntamente com a enfermeira tutora, que estava incumbida da responsabilidade da sala de emergência e do seu correto funcionamento.

Na UCINP prestei cuidados a RN em situações de especial complexidade, nomeadamente um RN pré-termo com uma prematuridade extrema de 27 semanas e outro RN que nasceu com Síndrome de Down.

Nas situações mencionadas, foi minha preocupação dar especial atenção às famílias, que se encontram em situação vulnerável, prestando o meu total apoio bem como retirando as dúvidas quando solicitada.

O EE tem um papel determinante na relação terapêutica com a família, aplicando adequadamente os meios imprescindíveis para uma harmonia entre as aptidões técnicas e humanas.

Contudo, tive a necessidade de gerir os meus próprios sentimentos emocionais, pois foi necessário apoiar os pais face à situação de morte do seu filho.

Uma das experiências vividas que gostaria de referir, ocorreu em contexto da UCINP. Um RN com nome fictício de “Miguel” nasceu com trinta e oito semanas por parto eutócico. O “Miguel” após o seu nascimento não apresentava um mamar

eficaz. Após seis horas do nascimento, a enfermeira responsável pelo RN monitorizou glicemia capilar logo apresentando hipoglicemias recorrentes, pelo que se decidiu internamento na UCINP para vigilância.

Chegada à unidade, eu, juntamente com a minha enfermeira tutora deparamos que a criança apresentava um fácies peculiar, pelo que foi referido à pediatra de serviço que reconheceu o mesmo. Contudo, toda a equipa médica, excepto a pediatra, que recebeu a criança, achou que estávamos a dramatizar, até porque não existia história na família e a gravidez fora vigiada não existindo intercorrências. No entanto, a criança foi tratada da situação inicial, que a levou à unidade, teve uma evolução favorável, com uma sucção/deglutição ligeiramente coordenada.

Aquando da alta, a equipa médica, como se mantinha com a dúvida se o “Miguel” tinha síndrome de Down, resolveu efetuar colheitas para estudo do cariotipo, sem comunicar aos pais, excepto que tinham que passar no serviço após os sete dias de vida, quebrando a equipa uma das regras do código deontológico, Direito ao Consentimentos Informado.

Passados os sete dias da alta do “Miguel”, chegou o resultado e a confirmação de que a criança tinha efetivamente Síndrome de Down com o acréscimo de perda de peso de trezentos gramas, o que ocasionou o internamento da criança para recuperar o peso perdido e acompanhamento da família com apoio psicológico.

Esta situação marcou-me, pois deparei com uns pais revoltados, referindo que se sentiam enganados, pelo facto da equipa médica não ter referido desde o início que desconfiava que a criança se apresentava numa situação de especial complexidade. Não existiam palavras para confortar aqueles pais, apenas se viam lágrimas de revolta, variados sentimentos e, segundo os pais era uma dor que os consumia e destruía por dentro, não sabendo qual o rumo a tomar.

Ter uma criança com doença crónica é um fator de stress dentro da família, na medida em que existe alterações das rotinas, aparecimento de novas exigências, alterações constantes e reajustamentos variados. Muitos dos doentes crónicos

acarretam aos pais alterações quer a nível financeiro, ocupacional, pessoal, bem como na interação dentro e fora da família (Santos, 1998).

Toda a família com crianças com doença crónica passa por um período de negação e aceitação da nova realidade, sendo ultrapassado com apoios específicos bem como com o conhecimento do diagnóstico.

É necessário prestar um apoio aos pais da criança/jovem com doença crónica para que possam agir em sintonia com os ensinamentos, treinos e orientações que lhe foram transmitidas. E são os profissionais de saúde que devem dar esse apoio e instruções aos pais no internamento para que eles os possam pôr em prática no domicílio.

Os pais de crianças com doenças crónicas além de serem progenitores são vistos como verdadeiros “enfermeiros”, pois são eles que conhecem melhor que ninguém o seu filho prestando cuidados diariamente. Neste sentido, é fundamental que os pais estabeleçam cuidados de parceria com a equipa de enfermagem, pois diminui a ansiedade da criança, tornando as crianças mais calmas.

Verifiquei que a partilha de conhecimentos e experiências, por exemplo em doentes crónicos, com os prestadores de cuidados se torna uma mais-valia para todos os intervenientes do processo e principalmente para a criança.

O “Miguel” foi orientado para consulta de desenvolvimento infantil, com o objetivo de efetuar uma monitorização do crescimento e desenvolvimento.

O crescimento significa alterações quantitativas, por exemplo peso, perímetro cefálico, estatura entre outras avaliações.

Relativamente ao desenvolvimento, avalia as alterações qualitativas que demarcam a conquista de aptidões ou evolução das capacidades de cada criança favorecendo aquisição de novas habilidades (Ethier, 2011).

A apreciação do desenvolvimento representa um marco importante nas consultas de saúde infantil. Neste sentido, o Enfermeiro tem um papel predominante no reconhecimento de situações que poderão pôr em risco todo um crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Assim, para evitar estas situações, as

mesmas são encaminhadas o mais rapidamente possível para os profissionais com especialização na área.

Relativamente às consultas de desenvolvimento, estas são mais específicas e complexas, pois a criança apresenta mudanças a nível da linguagem, motoras, limitação na interação com o meio que a envolve, alterações cognitivas, défice de atenção, concentração, aprendizagem entre outras situações.

Devo salientar que os professores/profissionais de saúde/meio escolar têm um papel preponderante na identificação precoce de crianças em risco.

Apesar de não ter oportunidade de passar na Equipa de Intervenção Precoce (ELI) e Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NACJAR), consegui, através de diálogos com a enfermeira responsável, tomar conhecimento da importância do EE bem como da dinâmica de atendimento e apoio à criança em risco, preservando sempre a vida da mesma.

Compreendi que o apoio ao NACJAR pode ser efetuado através de equipas de saúde específicas, que têm a responsabilidade de assistir a criança em situações de risco. Relativamente à ELI, a intervenção é realizada em idade abrangida entre 0 e os 6 anos, sendo os critérios de inserção alterações graves no atraso de desenvolvimento.

No meu ponto de vista e de acordo com a minha experiência profissional, deveria existir mais EE, face ao elevado número de casos em que é preciso dar resposta. Neste sentido, deve existir uma articulação com os USF e UCC para a prestação ser a mesma, evitando as divergências na atuação.

A assistência à criança em situações de especial complexidade caracteriza-se para os profissionais de saúde como um empenho na busca de competências científicas, relacionais e técnicas, existindo necessidades de controlar os sentimentos, o que, por vezes, não é tarefa fácil, pois somos providos de emoções que caracterizam o ser humano.

Competências:

- ✓ 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

Objetivos:

- ❖ Desenvolver competências comunicacionais com a criança/família

Atividades:

- ❖ Utilizei as diversas técnicas adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem;
- ❖ Utilizei diversas estratégias de comunicação;
- ❖ Incentivei a exteriorização de dúvidas, medos, sentimentos da criança/família;
- ❖ Acolhi a criança/família;
- ❖ Atendi as particularidades de cada indivíduo para o estabelecimento de uma comunicação eficaz, adequada e oportuna.

Reflexão:

A comunicação é uma habilidade que todos conhecem, mas que só alguns conseguem definir de forma satisfatória. É através da comunicação que nos conseguimos expressar como pessoas e possibilitar uma vida social e profissional em diferentes situações.

Comunicar é considerada uma aptidão fulcral para a profissão de enfermagem, pois é através desta prática que fortalecemos as relações entre as pessoas, sendo uma ferramenta impulsionadora do sucesso, na relação com a criança e família.

É uma componente fundamental no relacionamento entre os enfermeiros e os restantes elementos da equipa (criança/família, médicos, etc.), sendo essencial que o enfermeiro seja capaz de desenvolver esta capacidade, pois, sem ela será difícil compreender a informação que é transmitida pela criança/família.

Comunicar em pediatria é um sistema de reciprocidade entre a equipa de saúde e a criança/família, que nos possibilita satisfazer as suas necessidades em várias categorias: físico, psicológico, cognitivo e emocional (Albuquerque, et al., 1998).

A comunicação é estabelecida através de um mecanismo de confiança entre o enfermeiro a criança/família. Compete ao enfermeiro conhecer como se processa o desenvolvimento da linguagem, o pensamento, assim como as competências do recetor na sua mensagem. Só assim será possível estabelecer uma comunicação eficaz na forma de comunicar da criança/família.

O enfermeiro, para além de estabelecer uma relação de comunicação com a criança deverá também efetuar o mesmo com os pais, favorecendo o envolvimento dos mesmos (Hockenberry, 2006), sobretudo com as crianças mais dependentes da supervisão parental.

Torna-se importante que o enfermeiro comunique de forma clara, devendo dar informação de acordo com as capacidades de compreensão de cada família. Sendo assim, a comunicação tem um papel fulcral e essencial no cuidar em pediatria. Um momento crucial para o estabelecimento de uma comunicação adequada é sem dúvida o acolhimento, já que é o primeiro contacto com a criança/família. Neste sentido, tive particular atenção a estes momentos, tendo demonstrado disponibilidade e capacidade de escuta.

Para uma comunicação eficaz com a criança, devemos utilizar um tom de voz baixo e calmo, manter o contacto visual permanente, escutar e dar oportunidade para que a criança/família possa expressar os seus sentimentos, medos e dúvidas, utilizar uma linguagem simples e adequada, dar informação de forma gradual, pouca informação de cada vez para que possa ser interiorizada e mostrar

disponibilidade para ouvir. Especialmente nas situações de doença aguda, tornou-se crucial dar atenção a estes diversos aspetos.

Pude contactar com pais/cuidadores com diversos níveis de escolaridade e com experiências pessoais distintas, pelo que procurei ajustar o conteúdo da mensagem, verificando a sua compreensão, por exemplo aquando a admissão da criança tinha o cuidado de explicar cuidadosamente aos pais o funcionamento do serviço, esperando que os mesmos me expusessem as suas dúvidas relativamente ao processo de hospitalização.

Segundo Hockenberry, et al., (2006) a comunicação verbal está relacionada com o tipo de linguagem utilizada diretamente entre o ser humano, podendo ser manifestada através de expressões, risos, gemidos ou berros. A comunicação não-verbal manifesta-se através da linguagem corporal, nomeadamente movimentos, expressões faciais, posturas ou reações. Relativamente à comunicação abstrata é tudo aquilo que não é palpável por exemplo o saber ouvir, a escolha da roupa, expressões artísticas e símbolos.

A minha atuação foi de estabelecer uma comunicação recíproca, pois envolvi a família que vive mais próxima da criança, a família alargada (exemplo tios, primos, entre outros), os elementos da equipa ao longo do dia. Nesta perspetiva, o enfermeiro tem uma responsabilidade fulcral no domínio de todo o processo de comunicação.

Como enfermeira, tenho a responsabilidade de promover uma comunicação como anteriormente referi, evidenciando uma comunicação terapêutica e potencializando a qualidade nos serviços de enfermagem.

A eficácia da comunicação em pediatria respeita as várias etapas de desenvolvimento da criança/jovem.

Tive a oportunidade de observar ao longo dos estágios que dos 0-1 anos de idade a comunicação estabelecida é basicamente não-verbal através da expressão facial, posturas, gestos, choro, gemido entre outros.

É de extrema importância o contacto através do toque nestas idades, uma vez que é através deste gesto tão simples e ao mesmo tempo tão grandiosos que se estabelece a primeira fonte de comunicação com o RN.

A massagem infantil representa uma estratégia de comunicação com a criança. O toque promove o desenvolvimento infantil, estimulando os terminais nervosos, transmitindo calor e promovendo a vinculação.

Decorrente do Módulo I, pude desenvolver conhecimentos sobre a massagem infantil, tendo participado no curso de Massagem Infantil na UCC de Viana do Castelo.

O profissional de saúde deverá ter alguns cuidados na abordagem à criança nesta faixa etária procurando não gesticular demasiado e falar com um tom de voz calmo e tranquilo, caso contrário a criança fica assustada e ansiosa.

Nas crianças dos 1-3 anos, há o aparecimento das primeiras birras. Perante estas posturas, devemos apresentar uma atitude de imposição sem usar a limitação de movimentos e uma aproximação calma e evitar o contacto visual prolongado, pois evita um aumento da sua ansiedade e favorece o processo de comunicação. Para ultrapassar as birras das crianças, as estratégias que utilizei foram mostrar atividades lúdicas adequadas às idades e a brincadeira para ultrapassar os medos.

Na idade dos 3-6 anos, apresenta o desenvolvimento da socialização, ou seja, gostam de brincar com outras crianças. Esta fase é ideal para integrar as crianças, uma vez que já brincam e partilham os seus brinquedos. Apresentam uma enorme capacidade para fantasiar, refletindo-se intensamente os medos nesta faixa etária. Com estas crianças, tive a preocupação de antes de executar qualquer técnica, explicar à criança/família todo o procedimento, de forma simples. Nesta idade, já apresenta algum poder de decisão, assim, sempre que possível, encorajava a criança, deixando-a manipular o material com que iria contactar, aumentando assim a segurança e diminuindo a ansiedade. Uma das estratégias utilizadas foi por exemplo, quando monitorizava as tensões arteriais colocava numa boneca, ou

nos pais, permitia também que manuseassem os materiais, aumentando assim o sentimento de segurança.

Dos 6-11 anos de idade, sendo designada também por idade escolar, é essencial o respeito pelo espaço da criança, pois encontra-se num processo de desenvolvimento que gosta do seu próprio espaço, respeitando sempre a sua privacidade. Nesta etapa, a criança acredita mais no que sabe e não no que vê, assim expliquei todos os procedimentos e as razões pelas quais o fazia.

A brincadeira foi uma estratégia que utilizei ao longo dos estágios, sendo uma das formas de comunicar com a criança, favorecendo o estabelecimento da relação empática. É através da brincadeira que as crianças verbalizam os seus medos e receios em relação aos procedimentos efetuados (Hochenberry, 2011).

Relativamente aos adolescentes mantive uma atitude empática, atenciosa favorecendo a expressão de sentimentos, dando oportunidade para expor o problema. Neste sentido, sempre que necessário, as consultas de saúde juvenil (foram realizadas 2), eram feitas sem os pais, para o adolescente se sentir mais à vontade para exprimir os seus sentimentos, emoções e dúvidas, tendo por base as orientações sugeridas pelo guia das boas práticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2010 b)). Desta forma, mostrei-me disponível para ouvir, apoiar, evitando as expressões faciais que transmitissem surpresa, precavi as perguntas embaraçosas. Mantive o sigilo profissional quando solicitado pelo adolescente, a não ser que pusesse em risco o bem-estar do jovem.

Nesta etapa da vida, os adolescentes têm um tempo próprio para tudo. Verifiquei também que o acolhimento/integração é o ponto de partida para uma boa relação terapêutica com a criança/família.

É através da comunicação quer seja verbal ou não verbal que possibilita educar, informar, socializar, motivar, distrair e estabelecer um relacionamento com a criança/família, que oferece segurança e suscita confiança na equipa, instituição e cuidados prestados (Albuquerque, et al., 1998).

Na USF, na minha abordagem quando realizava uma sessão de educação para a saúde bem como ensinamentos informais criei um clima facilitador para a promoção de uma relação empática, e para o envolvimento da criança/família nos cuidados (por exemplo administração de terapêutica, vacinação, tratamentos, conforto da criança), explicação de dúvidas existentes, favorecendo uma escuta ativa ao longo de todo este processo. A relação que se estabelece com os pais é fulcral para favorecer todo o processo de comunicação existindo um grande investimento nesta área.

No decorrer do estágio, tive experiências de pais que estavam a viver todo o processo da parentalidade pela primeira vez, fase esta muito complexa, pois tem toda uma envolvimento de receios, inseguranças por tudo o que rodeia a criança. Neste processo, tinha a preocupação de elogiar e reforçar as coisas boas expressas pelos pais, favorecer a escuta ativa, de modo a que os pais pudessem exprimir todos sentimentos que lhes causavam ansiedade, utilizando uma linguagem simples e acessível evitando expressões científicas, mas sempre que tinha de utilizar linguagem técnica explicava o seu significado.

Ao longo dos vários contextos foram várias os momentos para desenvolver e adquirir competências comunicacionais sendo estes: as consultas de vigilância, os projetos de promoção da parentalidade e saúde escolar e na educação para a saúde.

No que concerne às sessões de educação para a saúde na área de SE, além de dominar a temática abordada, tive também que dominar bem a comunicação com os pré-adolescentes, fase esta com grandes alterações biológicas e psicológicas. Assim sendo, utilizei como estratégias disponibilidade para ouvir, apoiar, evitando as expressões faciais que transmitissem surpresa, favorecendo a relação empática, delicada, a manifestação de sentimentos, dando possibilidade para descrever o problema, respeitando as suas preferências culturais, individuais, educacionais, entre outras componentes. No início de cada sessão, após a minha

apresentação, utilizei como estratégias o *brainstorming* com o intuito de quebrar o gelo e iniciar a temática de forma mais descontraída.

Os alunos tendo em conta a faixa etária em que se encontravam tentaram várias vezes colocar-me à prova. Para ultrapassar esta situação, contei com a ajuda do enfermeiro responsável pela saúde escolar. Acredito que se voltasse às mesmas EpS em meio escolar todo o processo seria mais fácil, pois o fator surpresa e total inexperiência não seriam preponderantes.

Considero que as consultas de saúde infantil e juvenil são fulcrais para o favorecimento e estabelecimento da relação empática com a criança/família. Para estabelecer esta relação de empatia e comunicação com a criança/jovem tive em consideração a faixa etária em que se encontrava bem como os estádios de desenvolvimento. Assim com as crianças não lactentes privilegiei mais a observação do comportamento da criança e menos as expressões verbais.

O meu maior desafio de comunicação eficaz em todos os estágios foi no SUP e na UCINP. Relativamente ao SUP a criança/família são confrontados com experiências traumáticas, sendo que muitas vezes o tempo é escasso e dependendo da gravidade das situações, deixando poucas possibilidades para preparar a criança/família para os vários procedimentos. Muitas vezes os pais não interiorizam a informação transmitida, preocupando-se com o atendimento eficaz e rápido dos seus filhos.

Na UCINP, no estabelecimento da comunicação com o RN, foi quase exclusivamente não-verbal, favorecendo o toque como estratégia de comunicação, estando desperta para outros sinais tais como o choro, expressões faciais, gemidos, posturas, entre outras.

Estas experiências gratificantes que tive oportunidade de vivenciar permitiram um crescimento pessoal e profissional e o desenvolvimento das competências adquiridas no domínio da prestação de cuidados. A comunicação, área em que invisto bastante para a melhorar e tornar mais eficaz, é sem dúvida fundamental na SIP.

3.2. DOMÍNIO DA GESTÃO

Para uma prestação de cuidados eficiente e eficaz, é necessária uma gestão adequada. A qualidade dos cuidados está assim diretamente ligada à gestão, pois esta deve proporcionar condições para a excelência de cuidados. De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, a Lei nº 122/2010 no artigo 7º enuncia que as competências no domínio da gestão dos cuidados é *“otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional”* e *“adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”* (Diário da República, 2010).

Assim sendo, o EE tem a responsabilidade acrescida de adquirir competências essenciais, no domínio da gestão, para o bom funcionamento do serviço, uma vez que gere a prestação de cuidados, recursos materiais e humanos (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Competências: ✓ Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP ✓ Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP	
Objetivos: ❖ Compreender a dinâmica organizacional e funcional dos contextos da prática na perspectiva da gestão dos cuidados	Atividades: ❖ Visitei às unidades da ULSAM de Viana do Castelo; ❖ Apresentei-me aos Enfermeiros Orientadores e restantes equipas; ❖ Conheci os instrumentos de apoio à gestão; ❖ Percebi as dinâmicas organizacionais das instituições, recorrendo às

	equipas multidisciplinares quando necessário; ❖ Procedi a visitas às unidades orientadas pela Enfermeiras Chefes de forma a conhecer as infraestruturas, recursos humanos e materiais; ❖ Tive conhecimento dos horários e funcionamento dos serviços; ❖ Integrei-me progressivamente nas equipas multidisciplinares; ❖ Observei/analisei as metodologias de trabalho e modelos de prestação de cuidados; ❖ Consultei toda a documentação necessária para o bom funcionamento dos serviços.
--	---

Reflexão:

Para uma apropriada prestação de cuidados é fundamental que exista um conhecimento antecipado da organização e funcionamento do serviço, assim como da metodologia e modelos de trabalho aplicados nas equipas de enfermagem. Neste perspetiva, foi minha preocupação desde o primeiro dia de estágio nos vários contextos integrar-me nas equipas multidisciplinares.

Em todos os contextos de estágio foram efetuadas visitas às estruturas físicas das várias unidades sempre na presença dos enfermeiros chefes.

Independentemente dos locais de estágio, foi necessário e fundamental uma consulta prévia dos documentos existentes nos serviços, bem como o acolhimento

prestado pelas equipas multidisciplinares, tendo sido estas recetivas à presença de novos elementos.

Relativamente à estrutura dos vários contextos de estágio, duma forma geral, apresentam recursos adequados às necessidades pediátricas, com exceção do SUP em que as condições físicas não eram de todo adequadas para a criança/família, não existindo espaços lúdicos específicos para as várias faixas etárias. A existência destes espaços faz com que exista uma minimização dos efeitos da doença e hospitalização na criança/jovem. Saliento que as condições das infraestruturas são antigas não beneficiando a qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem com patologias agudas/crónicas bem como médicas/cirúrgicas.

Ao longo dos estágios, incentivei o aleitamento materno, sendo fundamental reforçar esta prática na área de SIP, não existindo um Cantinho de Amamentação nos contextos de estágio, com exceção dos UCINP e USF Gil Eanes que eram as únicas unidades que dispunham deste espaço.

A metodologia de trabalho das equipas de enfermagem nos serviços de internamento pediátrico e UCINP tem por base o método individual, o que compreende que cada enfermeiro tenha a seu cargo, ao longo do turno, um determinado número de crianças /jovens e respetivas famílias prestando cuidados às mesmas. Constatei que quando efetuavam a distribuição dos doentes tinham a preocupação de que nos diversos turnos a criança fosse acompanhada pelo mesmo profissional. Este aspeto é significativo no que concerne à qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, dando a possibilidade de criar uma empatia mais eficiente com os pais e com o RN, uma vigilância mais acompanhada e apoio à família.

Relativamente ao SUP, o método utilizado é por posto de trabalho, sendo cada enfermeiro distribuído por áreas de trabalho especializadas.

No que concerne às USF, a metodologia de trabalho utilizada pela equipa de enfermagem é o método de enfermeiros por médico de família, prestando cuidados de saúde individualizados à população da área geográfica, garantindo a

continuidade nos cuidados prestados. Na UCC, a sua atuação tem por base a execução de projetos específicos nas várias áreas de intervenção. Independentemente do método de trabalho aplicado em cada contexto, é manifestamente transmitido o trabalho de equipa bem como a relação de interajuda existente.

Nos vários contextos de estágio, o modelo de enfermagem aplicado na prestação de cuidados ao RN/criança/adolescente, foi o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Verifiquei que em todos os contextos tinham a maior atenção na continuidade de cuidados fazendo a referenciação dos utentes famílias, sempre que adequado, havendo uma excelente comunicação entre as várias unidades da Unidade Local Saúde (hospital, UCSP, US, UCC...). O enfermeiro gestor e muitas vezes o enfermeiro especialista tem um papel fundamental nesta articulação.

Competências: ✓ Realizar a gestão dos cuidados na área de EESIP ✓ Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP	
Objetivos: ❖ Conhecer os desafios colocados aos enfermeiros especialistas em SIP no âmbito da gestão de cuidados	Atividades: ❖ Refleti sobre os cuidados prestados; ❖ Colaborei com as enfermeiras tutoras na gestão dos cuidados; ❖ Cooperei na supervisão dos cuidados de enfermagem; ❖ Entendi qual o papel do EE na área da gestão dos serviços;

Reflexão:

Na sociedade em que nos encontramos, é exigido às instituições de saúde que se faça contenção de custos, estando em associação com as atitudes eficientes e adequadas, para reduzir deste modo os gastos. Há uma preocupação constante dos gestores em sensibilizar cada profissional de saúde para estas medidas e torná-las parte desta mudança de comportamentos.

Segundo (Cunha, et al., 2011, p.1) *“É imprescindível despertar em toda a equipe, a responsabilidade e efetiva preocupação com o paciente, família e visitantes. O profissional se constitui como o líder inspirador de seu grupo. A competência gerencial do enfermeiro pode oportunizar o desenvolvimento dos recursos humanos e promover encantamento no atendimento dos clientes, fazendo a diferença nas organizações de saúde”*.

Assim, no decorrer dos vários contextos de estágio, observei de perto o papel do EE na área da gestão, tendo sido essencial a colaboração dos enfermeiros tutores bem como dos enfermeiros chefes de cada serviço.

Analisei as dificuldades existentes na gestão, especialmente na gestão de recursos humanos, pois cada elemento da equipa apresenta particularidades próprias. Observei que a área da gestão era da responsabilidade das enfermeiras chefes, embora também fossem atribuídas funções ao EE na gestão do serviço.

A gestão de recursos materiais em todos os contextos de estágio é efetuada de forma semelhante, dado que todos os locais pertencem à mesma Unidade Local de Saúde. Esta gestão é realizada através do sistema informático, tendo como vantagens reduzir o tempo despendido a efetuar um pedido, proporcionar uma gestão eficiente e controlada do material existente nos serviços, impedindo quebras ou demasia de material que compõe cada serviço, diminuindo assim os custos, e controlar as validades de cada produto.

O EE tem um papel fulcral na manutenção dos equipamentos/materiais necessários para a prestação de cuidados de qualidade, verificando deste modo se os mesmos se encontram em défice ou em bom estado, o que proporciona uma vantagem na gestão dos materiais.

O processo que se aplica na área dos recursos humanos é através do sistema informático Sisqual, que tem como função preparar e organizar os horários bem como o plano de férias de cada elemento de enfermagem, assim como das assistentes operacionais.

Constatei que com este programa existe uma série de critérios e procedimentos que favorecem todo o funcionamento do serviço, com exceção da UCC e USF cujos horários eram executados de acordo com os projetos existentes nas unidades.

Na generalidade, a gestão dos cuidados em SIP estão a cargo da EE. As minhas tutoras realizavam estas funções frequentemente ou, então, os responsáveis dos turnos, na falta da enfermeira chefe, o que foi benéfico para a minha aprendizagem nesta área.

Este tipo de gestão no SU era diferente, pois existe uma distribuição dos elementos pelas várias valências que compõem o serviço. No entanto, o enfermeiro chefe nomeava um EE para comandar, organizar e apoiar todo um serviço.

Nos restantes serviços, esta gestão era efetuada de acordo com as competências de cada elemento e necessidades do RN/criança/família, promovendo uma dotação segura e promotora da excelência dos cuidados.

Na UCC e USF, o tipo de gestão de cuidados era realizada tendo em conta os projetos existentes nas unidades, sendo realizado reuniões de serviço cada 15 dias, para apresentar e realizar novos projetos, favorecendo assim momentos de partilha de saberes dentro das equipas, melhorando deste modo a gestão dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes.

Ao longo do estágio, pude constatar que o EE tem um papel fulcral na gestão de conflitos, sendo visto também como um líder dentro das equipas de enfermagem, o que favorece a motivação dentro das mesmas.

No decorrer de cada estágio, tive a preocupação de pesquisar todas as normas e protocolos presentes nos serviços, auxiliando, assim, a minha integração. Deparei-me com os manuais de integração de novos profissionais, sendo estes documentos

essenciais para todo o processamento da adaptação ao serviço dos mesmos elementos.

Tive a oportunidade de observar o processo de integração de novos elementos, em todos os contextos de estágio, sendo maioritariamente estagiários do curso base.

Em todos os contextos de estágio baseei-me em conhecimentos científicos e nas equipas multidisciplinares para garantir a qualidade dos cuidados realizados aos utentes, fazendo uma reflexão sobre a tomada de decisão bem como das intervenções realizadas.

Competências: ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar	
Objetivos: ❖ Compreender o papel do enfermeiro especialista em SIP	Atividades: ❖ Refleti sobre o papel do enfermeiro especialista na organização da dinâmica do serviço; ❖ Observei a atuação dos enfermeiros especialista; ❖ Observei a atuação dos enfermeiros especialista; ❖ Debati com a enfermeira tutora o papel do EE.

Reflexão:

A reflexão sobre o papel do EE, na prestação de cuidados ao RN/criança/família na procura da excelência de cuidados, foi transversal em todos os contextos de estágio bem com na execução deste relatório, pois os objetivos delineados estão relacionados.

Para atingir este objetivo foi essencial estabelecer um diálogo com os vários tutores, bem como a observação pormenorizada da prática. É que o EE apresenta um conjunto de *“competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 4º, Ordem dos Enfermeiros, maio de 2010).

A Lei nº111/2009 refere que o enfermeiro consegue a excelência através de um estudo e reflexão do seu desempenho, alterando comportamentos quando detetado erros; pretende adaptar a qualidade dos cuidados às necessidades dos utentes; permanecer com saberes atuais e utilizando as novas tecnologias e garantir continuidade dos cuidados às pessoas com qualidade (Diário da República, 2009). Nesta perspetiva, o exercício profissional do EE está revestido de competências na prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação, que traduzem maior exigências e responsabilidades.

Ao longo do estágio, verifiquei que o EESIP assume nos turnos uma responsabilidade acrescida, pois substitui o chefe, sendo o elemento de referência para retirar dúvidas existentes na equipa.

Vários momentos de partilha de opiniões acerca do papel do EE na prestação de cuidados à criança/família surgiram durante o estágio e fizeram-me perceber a sua assistência na gestão de cuidados, dos recursos materiais e humanos.

É notório o distanciamento nas questões técnicas e científicas entre os enfermeiros com especialidade e os que apenas possuem licenciatura. Constatei nos vários contextos que os EE contêm aptidões e competências elevadas, pelo que são incumbidos de funções delegadas pela enfermeira chefe. Nos quatro contextos de estágio, pude contactar de perto com estas funções, uma vez que os meus tutores eram muitas vezes os responsáveis de turno, tendo assim funções específicas. Estas condições exigem uma gestão de recursos humanos apropriada, para assim garantir a igualdade nas circunstâncias de trabalho, bem como na excelência dos cuidados prestados.

Tive possibilidade de observar o papel do enfermeiro especialista nos vários contextos de estágio, nomeadamente consulta de enfermagem pediátrica, assistência à criança/jovem e família em situação de emergência e cuidados imediatos ao RN.

No SUP, o EESIP tem a seu cargo a verificação das circunstâncias da sala de emergência aferindo o material e medicação em falha bem como as condições de funcionamento dos equipamentos. Esta verificação é efetuada diariamente, para que numa situação de emergência não falte nenhum material necessário para prestar os cuidados.

Relativamente aos cuidados imediatos ao RN, devo referir que os profissionais revelavam competências específicas, pois apresentavam saberes adequados no acolhimento do RN/família, garantindo uma comunicação com o enfermeiro de família, permitindo a continuidade dos cuidados.

Os cuidados imediatos ao RN foram prestados por uma enfermeira especialista na área de SIP, sendo uma mais-valia, pois este profissional é detentor de competências específicas, pois assiste a criança e família na condição de saúde/doença, cuida da criança/família com especial complexidade e presta cuidados de acordo com o ciclo de vida e desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a).

Relativamente ao papel do EESIP na área de CSP presta cuidados à criança/família, focalizando a sua atenção na promoção da saúde e prevenção da doença, tendo um início muito antecipado, pois a vigilância começa no ambiente intrauterino e vai preparando o casal para a transição do processo adequado da Parentalidade bem como a estimulação para os laços vinculativos entre os pais/filhos.

É através das consultas de SIJ que o EE promove o desenvolvimento e crescimento da criança/jovem, promovendo também a autoestima do jovem bem como a tomada de decisão consciente.

Finalizo, patenteando e fortalecendo o meu parecer acerca da importância do papel do EESIP e a sua presença na assistência à criança/família nos vários contextos da prática, existindo uma especificidade nesta área aumentando a responsabilidade no desenvolvimento e crescimento da criança/jovem.

3.3. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

O enfermeiro deve utilizar os conhecimentos resultantes quer do processo educativo quer da sua experiência profissional não só para a prática de cuidados, mas também através da partilha de saberes potenciar o crescimento de toda a equipa.

Como vem referenciado na carreira de enfermagem, ao enfermeiro especialista compete *“responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados”* e *“colaborar no processo de formação”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4).

Competências: ✓ Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional	
Objetivos: ❖ Promover a formação contínua para o desenvolvimento profissional e pessoal	Atividades: ❖ Identifiquei necessidades de formação contínua para enfermeiros ❖ Participei em sessões de educação para a saúde; ❖ Analisei o papel do EESIP na área da formação; ❖ Refleti sobre os cuidados prestados; ❖ Fomentei o desenvolvimento pessoal e profissional das equipas.

Reflexão:

Tive a oportunidade de verificar em todas as equipes com as quais trabalhei existência de uma motivação para a formação contínua. Estavam sempre receptivas às formações em serviço, quer desenvolvidas pela equipe responsável pela formação dentro da instituição quer investindo na sua própria formação.

Constatei que nos diferentes locais de estágio existia um plano de formação adequado às necessidades de cada serviço. Indubitavelmente, é uma vantagem dentro dos serviços a existência de documentação bem fundamentada na assistência à criança/família, aplicando a linguagem CIPE, estando as equipes bastante familiarizadas com este sistema independentemente das realidades.

Especificamente no SU eram efetuadas mensalmente formações na sala de emergência, para os profissionais que não tiveram oportunidade de assistir a qualquer das formações já realizadas visando a aquisição de ferramentas para atuarem de forma eficaz em situações de emergência ou doença imprevista.

A ULSAM tem o cuidado de que todos os profissionais da instituição apresentem saberes atualizados e apoiados em bases científicas, apresentando um plano de formação anual com temáticas pertinentes.

Existe uma interligação entre a USF e UCC, valorizando desta forma todos os projetos, com uma linguagem uniformizada entre as duas unidades favorecendo a qualidade dos cuidados prestados.

Para atingir os objetivos, foi de todo necessária a pesquisa bibliográfica contínua para assim melhorar os conhecimentos. Foi deveras importante a minha participação nas sessões de educação para a saúde no Curso de Massagem Infantil, Preparação para a Parentalidade e Projeto de Saúde Escolar, assim como as ações de formação favorecendo o crescimento pessoal e profissional.

O enfermeiro especialista em SIJ trabalha em parceria com a criança/família, independentemente do contexto em que se encontra, sendo a finalidade da mesma promover a saúde e prestar cuidados quer a crianças saudáveis quer doentes, tendo por base EpS, assim como o apoio à família ou pessoa significativa.

O desempenho do enfermeiro especialista requer um conhecimento teórico sólido e conhecedor da prática clínica desse mesmo conhecimento. A sua existência favorece o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e facilita a investigação de novas dimensões do cuidar.

A ação do enfermeiro especialista passa por apresentar resposta em várias áreas de grande complexidade, bem como deter conhecimentos e habilidades para detetar precocemente as situações críticas, avaliar as famílias e atuar nas necessidades das mesmas, sobretudo no ajuste às transformações na saúde e dinâmica familiar. Assim, o EE *“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área de especialidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) p.1). Como futura especialista, e considerando as competências definidas no plano de estudos, foi minha preocupação verificar ao longo do estágio, e no decorrer dos vários módulos, quais as necessidades de formação na área SIP. Existiram necessidades de formação no Módulo I, na UCC, sobre o “Banho do Bebê”, “Higiene Oral “ e “Alimentação Saudável”; no Módulo III, na UCINP, realizou-se uma sessão de formação sobre “Resumo Mínimo de Dados” e no SIP “Levantamento das necessidades sobre Higiene Oral”.

A contínua atualização do conhecimento faz alargar horizontes de forma a melhorar o saber ser, o saber saber e o saber fazer, tendo por base as várias teorias de enfermagem bem como os modelos que se podem aplicar.

Competências:

- ✓ Identificar as necessidades formativas na área da EESIP
- ✓ Colaborar na integração de novos profissionais
- ✓ Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral
- ✓ Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para especializadas

✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros ✓ Promover a formação em serviço na área de EESIP	
Objetivos: ❖ Promover o desenvolvimento profissional dos pares	Atividades: ❖ Realizei pesquisa bibliográfica; ❖ Planeei a formação; ❖ Dei formação ao grupo de pares; ❖ Avaliei o impacto da formação nas equipas; ❖ Dei sugestões na formação; ❖ Proporcionei material de apoio às equipas multidisciplinares.

Reflexão:

No âmbito da organização e dinâmica do serviço de UCINP e internamento de pediatria, emergiu a necessidade de formação sobre Indicadores de Qualidade – Resumo Mínimo de Dados, uma vez que estavam a implementar este sistema em ambos os serviços existindo dúvidas na aplicação dos mesmos.

Assim, refleti com os enfermeiros tutores acerca da temática, verificando por parte das equipas mais motivação para a abordagem do mesmo tema na UCINP. A realização desta formação foi concordante com ambos os tutores, originando uma reflexão agradável e vantajosa acerca da temática.

Inicialmente, realizei uma revisão bibliográfica sobre o tema. Posteriormente, elaborei o plano de sessão e, de acordo com este, efetuei a apresentação da formação (Anexo XIX E XXI). A formação iniciou-se com o estudo de um caso para uma melhor compreensão e reflexão de como aplicar o resumo mínimo de dados, numa situação real, desde admissão até à alta da criança. Estiveram presentes 10 dos 18 enfermeiros da equipa, verificando-se grande adesão por parte da mesma.

Em diálogo com o enfermeiro tutor, pude perceber que a formação em serviço é muito bem aceite pelas equipas.

Dado que existe uma consciência por parte dos enfermeiros da UCINP e IP da crucial importância dos registos de enfermagem para a produção de conhecimento científico em Enfermagem, tem-se vindo a desenvolver esforços para a qualidade dos registos de enfermagem, de forma a se poder avaliar adequadamente os ganhos em saúde. Nesta perspetiva, elaborei um plano de sessão (Anexo XIX) com a respetiva formação (Anexo XX) na UCINP e efetuei um documento (Anexo XXI) de apoio no IP, que deixei nos serviços para posterior consulta.

No decorrer da formação, o meu sentimento foi de alegria e satisfação pela adesão da equipa, mas ao mesmo tempo tive um sentimento de nervosismo que foi facilmente ultrapassado pela interação e reflexão dos pares. Todas estas experiências foram fulcrais para o desenvolvimento de competências nestas áreas.

A equipa, no final da ação de formação, achou o tema pertinente, pois colmatou dúvidas existentes na aplicação do sistema. Considero que foi uma falha no planeamento da sessão de formação não ter sido aplicado nenhum questionário ou outro instrumento de avaliação, sendo efetuada a mesma através da análise e verificação da interação do grupo de pares ao longo da ação de formação.

3.3. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

Os enfermeiros têm vindo a demonstrar uma maior vontade de desenvolver e aprofundar os seus conhecimentos e a sua aplicação na prática dos cuidados dada a importância que este domínio representa para a evolução da enfermagem e da sua carreira.

Competências:

- ✓ Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, forma autónoma, sistemática e crítica
- ✓ 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

Objetivos:

- ❖ Compreender os desafios da prática à luz da evidência científica

Atividades:

- ❖ Efetuei pesquisa bibliográfica de uma forma sistemática nas bases de dados MEDLINE e no motor de busca B-On;
- ❖ Avaliei as necessidades e problemas dos serviços;
- ❖ Conheci os programas de intervenção;
- ❖ Utilizei resultados da evidência científica na prática de cuidados;
- ❖ Pesquisei os protocolos existentes nas unidades.

Reflexão:

A procura persistente do profissionalismo e da qualidade dos cuidados prestados, pelo enfermeiro, faz com que a investigação atinja um papel crucial no seu desempenho. O enfermeiro deve possuir a competência de questionar os cuidados prestados por si e pela restante equipa multidisciplinar, centrando a sua atuação nos ganhos em saúde. Complementando com Craig, et al.,(2004, p.25) “os resultados

atualizados de investigação, quando usados para suportar decisões clínicas, podem aumentar a probabilidade dos resultados esperados serem alcançados”.

Assim sendo, no decorrer de todo o estágio tive a preocupação de atualizar os meus conhecimentos de modo a sustentar a minha atuação na prática à luz da evidência científica.

Recorri a várias pesquisas de circulares normativas, artigos, livros e estudos atendendo às datas mais recentes dos mesmos e à Internet, um instrumento de trabalho constante ao longo destes módulos, já que proporciona uma acessibilidade e rapidez na pesquisa efetuada, ao utilizar a base de dados MEDLINE e o motor de busca B-On.

Em certas áreas, foi necessário uma pesquisa mais exaustiva, nomeadamente no programa NIDCAP, no serviço de UCINP. Este programa baseia-se na observação e interpretação direta do comportamento do RN, na integração fisiológica, patológica, ambiental e relação com a família. É através dos comportamentos e reações fisiológicas do RN, que traduz informações, possibilitando deste modo o ajuste do ambiente e dos procedimentos às características individuais do desenvolvimento do RN.

O programa tem como finalidade reduzir o impacto negativo do ambiente da UCINP nos RN prematuros no meio extrauterino. A observação por parte dos profissionais do comportamento do RN proporciona, de forma contínua, os cuidados individualizados de acordo com o seu desenvolvimento. A aplicação do NIDCAP nas UCINP reduz as complicações relacionadas com o seu ambiente, aumentando, desta forma, as competências do RN, a participação dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde. O registo é apoiado na observação do RN, interpretação do seu comportamento nos vários contextos clínicos bem como as fases de desenvolvimento, desejos, preocupações e dúvidas da família, assim como das capacidades de interação dos profissionais (Santos, 2011).

De acordo com as pesquisas bibliográficas sobre a matéria, constata-se que as intervenções relativamente aos cuidados no desenvolvimento traduzem vantagens

para os RN aliados à melhoria da evolução clínica ao longo do internamento no serviço de neonatologia, no neurodesenvolvimento no decorrer do primeiro ano de vida da criança e na redução dos gastos hospitalares (Gaspardo, et al., 2010) O mesmo autor refere que *“é importante considerar que, apesar dos resultados do NIDCAP aplicado em unidades neonatais serem positivos em relação aos recém-nascidos, suas famílias e à equipe profissional, é difícil discriminar, de forma específica, quais dessas intervenções estão sendo realmente eficazes para promover o desenvolvimento dos recém-nascidos”* (Gaspardo, et al., 2010, p.85)

Em todos os contextos de estágio, verifiquei que existe um processo contínuo de planejamento, intervenção e avaliação de resultados, sendo esta mais evidente na UCC nos projetos que se encontram em implementação. Este processo é de extrema importância, pois ilustra o alcance no domínio das competências de investigação nas especialidades na área da enfermagem, favorecendo a adequação das intervenções diárias.

É de salientar que estes projetos exigem uma atualização e investigação contínua e adequada, uma vez que há uma rápida evolução dos conhecimentos científicos, os casais são cada vez mais informados, o que implica um esforço diário por parte da equipa de enfermagem e de toda a classe da saúde em se manter informada e atualizada na investigação.

Um dos maiores desafios em todos os contextos foi as variadas temáticas, o que me obrigou à atualização sistemática das mesmas, exigindo uma pesquisa bibliográfica aprofundada no decorrer de todos os módulos.

Beneficiei de todas as circunstâncias possíveis para dialogar informalmente com os enfermeiros de serviço, nomeadamente com os tutores de estágio para a partilha de experiências e conhecimentos. Desta forma, pude enriquecer-me integralmente como profissional e colaborar para o enriquecimento dos outros.

4. CONCLUSÃO

Este relatório é um dos requisitos necessários para a avaliação e contribui de forma objetiva para o desenvolvimento de capacidades e competências no âmbito da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediatria, na prestação de cuidados especializados à criança/família nas diferentes faixas etárias em diferentes contextos e através da mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo da formação teórica.

Os vários módulos permitiram de forma muito enriquecedora atingir e, por vezes, superar os objetivos previamente estabelecidos essencialmente os relativos à área da prestação de cuidados à criança/família em todos os contextos de acordo com as várias faixas etárias.

Este relatório compreende não só uma apreciação reflexiva sobre a realização dos objetivos traçados, mas também uma reflexão das experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas que contribuíram para o enriquecimento de novas aprendizagens.

No decorrer do estágio, refleti sempre sobre os vários contextos e práticas e sobre as circunstâncias mais importantes, que favoreceram a minha aprendizagem.

A metodologia utilizada foi o método descritivo da minha experiência ao longo desta caminhada, sendo esta rica em novas aprendizagens, que proporcionaram a consolidação de novos conhecimentos alcançados através da prática, possibilitando a aquisição de competências em SIP.

Apesar das realidades serem distintas, os diferentes módulos relacionam-se em alguns pontos, como se evidencia nas várias reflexões, sendo “o cuidar” transversal em todos os contextos.

O estágio deu-me a oportunidade de me relacionar com crianças de várias faixas etárias bem como com as suas famílias, possibilitando a aquisição de competências nos domínios da Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação. Em síntese, os cuidados prestados têm por base um acolhimento apropriado à criança/família, refletindo apoio e criando uma relação empática. Nesta perspetiva,

houve, por vezes, a necessidade de articulação com outras instituições/entidades para a continuidade de cuidados bem como a assistência à criança. Emergiu a preocupação de reduzir os efeitos do impacto da hospitalização, ultrapassando-os através de atividades lúdicas, diminuindo os efeitos traumáticos e de controlar a dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Nos vários contextos de estágio, foi importante estabelecer uma comunicação eficaz com a criança e família, tendo em atenção a idade da criança utilizando sempre uma linguagem adequada, respeitando a sua cultura, etnia e condição social. Foi incentivada a parceria de cuidados nos vários contextos, de forma a existir uma harmonia no crescimento emocional, social, físico e vincutivo com a criança e família com a mínima intervenção dos enfermeiros, tornando a criança/família mais “independentes” nos seus cuidados. A promoção da parentalidade foi transversal em todas as realidades de estágio, sendo proporcionado aos progenitores o assumir de comportamentos e responsabilidade de forma a acompanharem todo o crescimento e desenvolvimento da criança. A autoformação foi promovida ao longo de todo o percurso de estágio, através da pesquisa bibliográfica favorecendo a aquisição de novos conhecimentos e crescimento pessoal e profissional.

No SUP e UCINP foi constante a convivência com a criança/família no âmbito da hospitalização encarando esta realidade como algo benéfico, não se focando somente nas questões negativas relacionadas com essas vivências. Esta existência representou um esforço pessoal no raciocínio rápido dos conhecimentos de todo potencial de desenvolvimento e crescimento da criança/jovem.

Relativamente ao CSP, permitem um leque de intervenções por parte do enfermeiro especialista em SIP. Estas intervenções podem ser desenvolvidas em vários contextos e possibilitam ao enfermeiro a perceção do meio onde vive a criança e família, na comunidade e na escola, promovendo a transição de papéis parentais assim como o apoio na parentalidade, favorecendo a aquisição de novas aprendizagens por parte dos pais.

No que concerne ao SUP, apresenta um variado número de experiências bem como uma articulação de conhecimentos rápidos nomeadamente EpS, promoção da parentalidade, executar triagem à criança e jovem para detetar situações de risco e estabelecer uma comunicação afirmativa.

No desenvolver desta caminhada, pude compreender situações atuais com as quais ainda não estava familiarizada, que proporcionaram a aquisição de novos conhecimentos.

No desenrolar dos estágios, partilhei experiências com as equipas de enfermagem, contribuindo para o progresso da enfermagem enquanto profissão e trabalho de equipa.

Relativamente aos obstáculos com que me deparei, devo salientar que compatibilizar a carga horária laboral com a carga horária de estágio, acrescentando o cansaço, ansiedade, e conciliando com o desejo de terminar este percurso não é tarefa fácil.

Foi mais um momento avaliativo e de conquista pessoal. Sinto-me satisfeita com a ajuda que me foi facultada, com a minha prestação e com o balanço final do meu empenho, força, motivação, entrega e dedicação em todo este percurso.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, Isabel e Ribeiro, Dulce. 1998. Atas da IX Semanas da Enfermagem: A saúde na crinaça. Comunicação com a criança doente. Escola Superior de Enfermagem de Vial Real, 1998.

Barrera, Patrick. 2011 . Wong – *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro : Elsier Editora Lta, 2011 . Vol. 8ª Edição. 978-85-352-3447-3.

Brazelton, Berry. 2010. *O grande livro da criança - O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa : Editorial Presença, 12ª Edição, 2010.

Breda, João e Nunes, Emília. *Princípios para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa : s.n. 972-9425-94-9.

Cadeias, Vanessa. 2005. *Princípios para uma Alimentação Saudável* . Lisboa : Lisboa, 2005. 972-675-141-1.

Carvalho, Lamy. 2005. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método de Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. nº5, 2005, Vol. Vol.10.

Casey, Anna. 1993. Ussing a nursing model in curriculum planning - in Pendleton Settla, Miles, Alan Curriculum planning in Nursing Education. *Edward Arnorld*. Second ed., 1993.

Costa, M. e Ferreira, M. 2004. Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação de pais/bebés pré-termo. *Instituto Politécnico de Viseu*. nº30, 2004.

Craig, J. V. e Smyth, R. L. 2004. *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures : Lusodidacta, 2004. 9789728383619.

Cunha, Isabel, Feldman, Liliana e Ruthes, Rosa. mar/abr de 2011. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competências em enfermagem. *Revista Brasileira*. nº2, mar/abr de 2011, Vol. Vol. 63.

Curry, S. 2005. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias das crianças. *Nursing*. 2005, Vol. Vol.94.

Diário da República. 2010. Decreto-Lei nº 122/2010. 2010.

Diário da República. 2009. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 111/2009. nº180, setembro de 2009, Vol. 1ª Série.

Diogo, Paula M. Jorge. jan./mar. de 2001. Uma Orientação para o cuidar...a criança. *Associação Portuguesa de Enfermagem - Opiniões e Realidades*. 2ª série, jan./mar. de 2001.

Direção Geral de Saúde. 2006. Programa Nacional de Saúde Escolar, Despacho nº 12.045/2006, Publicado em Diário da República nº 110 de 7 de junho. 2006, Vol. Vol. 2º série.

Direção Geral de Saúde. 2005 . *Saúde Infantil e Juvenil, Programa - Tipo de Atuação*. Lisboa : 2º Edição, 2005 . 972-675-084-9.

Ethier, Angela M. 2011. *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Lda, 2011. Vol. 8ª Edição. 978-85-352-3447-3.

Gaspardo, Cláudia, Martinez, Francisco e Linhares, Maria. 2010. Cuidados ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial do recém-nascido pré-termo. *Revisão Paul Pediatr.* 28, 2010, Vol. 1.

Gerra , António e et al. 2012. Alimentação e nutrição do latente. *Sociedade Portuguesa de Pediatria - Acta Pediátrica Portuguesa.* 43, 2012, Vol. 5.

Hochenberry, Marilyn J. 2011. Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro : Elsevier Editora LTA, 2011. Vol. 8ª Edição. 978-85-352-3447-3.

Hockenberry, Marilyn. 2006. Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro : Mosby Elsevier, Vol. 7ª Edição, 2006. 978-0-323-05353-2.

Levy, Leonor e Bértolo, Helena. 2008. *Manual de Aleitamento Materno.* Lisboa : Revista, 2008. 96436.

Mano, Maria João. 2002. Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: predispostas dos enfermeiros e dos pais. *Revista de Enfermagem.* nº8, maio de 2002.

Martins, Maria e Mendes, Maria. março de 2012. Parceria de Cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem.* nº6, março de 2012, Vol. Vol. série III.

Ordem dos Enfermeiros. 2010 b). Guia Orientador de boa prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Entrevista ao Adolescente. Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança. Série1 nº3, 2010 b), Vol. Vol.1, 978-989-8444-00-4.

Ordem dos Enfermeiros. 2009. *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue .* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2009. 978-989-96021-6-8.

Ordem dos Enfermeiros. 2010 a). Regulamento das competências comuns do enfermeiros especialista. Ordem dos Enfermeiros, maio de 2010 a).

Ordem dos Enfermeiros. 1996. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. 1996.*

Ordem dos Enfermeiros. 2008. *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda.* Genebra : Ordem dos Enfermeiros, 2008. 978-972-99646-7-1.

Sanders, Jennifer. 2011. *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro : Elsevier Editora Lda, 2011. Vols. 978-85-352-3447-3.

Santos, Andrea. 2011. NIDCAP: Uma filosofia de cuidados ... *Nascer e Crescer.* nº1, 2011, Vol. Vol.XX.

Santos, Salomé. 1998. A família da criança com doença crónica: abordagem de algumas características. *Análise Psicológica.* nº1, março de 1998, Vol. 16.

Simões, Carla. 2011. www.ordemenfermeiros.pt. [Online] 25 de setembro de 2011. [Citação: 2013 de abril de 7.]

ANEXOS

Anexo I – Horário

Horário do Estágio Relativo ao Módulo I - Saúde Infantil

Mês	Novembro					Dezembro de 2012																				
Dias	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	
Nome	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	
Vânia	M			M					T	M	T	M					M	T					T	BM	BM	BM

Mês	Janeiro de 2013																															
Dias	Q	Q	S	D	s	T	Q	Q	S	D	s	T	Q	Q	S	S	D	s	T	Q	Q	S	S	D	s	T	Q	Q				
Nome	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		
Vânia	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	OT		

Mês	Fevereiro de 2013																											
Dias	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
Nome	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
Vânia				MC	T	M	T						M		M						T	M			MC	T		T

Mês	Março de 2013																														
Dias	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
Nome	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
Vânia				M	T						M/T	M/T		M				M	T	T	T					M		T			

Mês	Abril																													
Dias	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T
Nome	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
Vânia		T	M	T				T	M																					

Legenda		Apresentação (9h até às 12h)
		Turnos na USF Gil Eanes
		Turnos na UCC
		Fim de Semana
		Baixa Médica
		Orientação Tutorial
		Manhã Curta - USF
		UCC + USF

Turnos: M - 8h até às 14h
T - 14h até às 20h
MC - 8h às 13h
TC - 15h às 20h
M/T - 8h - 14h / 14h - 20h

Horário do Estágio Relativo ao Módulo II - Internamento

Mês	Outubro de 2012																																	
Dias	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q			
Nome	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			
Vânia	M		T						M	T	M				M			M				T				M	T							

Mês	Novembro de 2012																																
Dias	Q	S	S	S	S	S	S	T	S	D	S	S	S	S	T	S	D	S	S	S	S	T	S	D	S	S	S	S	S	T			
Nome	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			
Vânia		T	M			M	M	M	M					M	M	T			M	M	M	M											

Legenda

	Manhã
	Tarde
	Fim de Semana
	Apresentação
	Termina o Estágio

Turnos:

M - 8h até às 16h

T - 15:30h até às 23:30h

Total de horas previstas: 180 horas

Total totais de estágio: 184 horas

Horário do Estágio Relativo ao Módulo III - UCINP

Mês	Abril																																	
Dias	D	D	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S				
Nome	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				
Vânia																																		

Mês	Maio																															
Dias	T	Q	Q	S	S	S	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	
Nome	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	
Vânia	M		M				M	M			M					T	T						T		M							

Legenda

	Manhã
	Tarde
	Fim de Semana
	Apresentação
	Termina o Estágio

Turnos:

M - 8h até às 16h

T - 15:30h até às 23:30h

Total de horas previstas: 90 horas

Total totais de estágio: 96 horas

Horário do Estágio Relativo ao Módulo III - Serviço de Urgência Pediátrica

Mês	Maio de 2012																																
Dias	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q		
Nome	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		
Vânia																																	

Mês	Junho de 2012																																
Dias	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S				
Nome	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			
Vânia	M				M	M			M				T	M		M			M		M												

Legenda

	Manhã
	Tarde
	Fim de Semana
	Apresentação
	Termina o Estágio

Turnos:

M - 8h até às 16h

T - 15:30h até às 23:30h

Total de horas previstas: 90 horas

Total totais de estágio: 96 horas

Anexo II – Plano de Sessão sobre “Banho do RN”

PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



Título: Banho ao bebé

Local: UCC de Viana do Castelo

Destinatários: Grávidas das 32 às 40 semanas

Responsáveis: Aluna Estagiária da Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica -Vânia Pereira.

Data da Sessão: 20 de Março de 2013

Hora da Sessão: 18 às 20 horas

Tempo Previsto: 90 minutos

Objectivos Gerais:

- Informar as grávidas sobre a técnica do banho ao recém-nascido, bem como os cuidados inerentes a este.

Objectivos Específicos:

- Informar as grávidas sobre as condições ambientais para o banho ao bebé.
- Informar as grávidas quando se deve dar banho.
- Informar as grávidas de como deve estar o responsável pelo banho.
- Informar as grávidas para o material necessário para o banho e tipo de banheiras.
- Orientar as grávidas para a técnica do banho, como segurar o bebé durante o banho e como secar o mesmo.
- Explicar as grávidas sobre a lavagem ocular, cuidados com as unhas e desinfeção do coto umbilical.
- Informar as grávidas sobre os cuidados com a crosta láctea.
- Explicar as grávidas a técnica de como trocar a fralda.
- Orientar as grávidas para a preparação do enxoval para a maternidade.

Estrutura	Tempo previsto	Conteúdos expostos	Estratégia	Metodologia	Recursos Materiais	Avaliação
<u>Introdução</u>	5 Min.	• Apresentação pessoal e do tema • Objetivos • Apreciação da motivação e dúvidas existentes sobre o tema.		Método expositivo e participativo	Computador / Datashow	
<u>Desenvolvimento</u>	60 Min	• Condições ambientais • Quando se deve dar banho • Como deve estar o responsável pelo banho • Material para o banho • Tipos de banheiras • Técnica do banho • Técnica de como segurar o bebé no banho • Técnica de secar o bebé após o banho	Convidas as grávidas a relatarem as suas práticas diárias relativamente ao tema. Solicitar a participação das grávidas. Será o grupo para se organizar em grupos de duas pessoas para treinarem as dinâmicas abordadas na sessão.			

<u>Desenvolvimento</u>		• Lavagem dos olhos • Cuidados com as unhas • Desinfecção do coto umbilical • Crosta láctea • Como trocar a fralda • Enxoval para levar para a maternidade		Método expositivo e participativo	Computador / Datashow	
<u>Conclusão</u>	20 Min.	• Reforçar as ideias principais sobre a temática tratada. • Avaliação das dúvidas presentes.	Solicitar a participação das grávidas para retirar dúvidas.	Método participativo	Computador/ Datashow Exposição de um filme sobre a técnica do banho Entregar panfletos informativos	Aplicar questionário para avaliação da sessão

Anexo III – Apresentação sobre o “Banho do RN”



Ambiente para o banho

- A temperatura do ambiente deve ser aproximadamente entre 22-24°.
- Ter em atenção as correntes de ar independentemente da estação do ano em que se encontram.
- O recém-nascido deve tomar banho e vestir-se no mesmo local.



Responsável pelo banho deve:

- Retirar adornos como pulseiras, relógios, anéis, etc;
- Ter unhas curtas;
- Efetuar uma boa higienização das mãos, depois de retirar todos os adornos.



Quando se deve dar banho?

- O banho deve ser dado conforme a disponibilidade dos pais.
- A hora do banho, proporciona uma oportunidade para os pais se envolverem com o seu filho, de forma a identificarem e respeitarem as características individuais do latente.
- É recomendado que nas primeiras duas semanas que o latente tome banho 2 a 3 vezes por semana, ou em dias alternados.

Material para o banho

- Roupa para o bebé
- Fralda
- Toalha
- Toalhetas
- Compressas esterilizadas
- Gel de banho neutro
- Hidratante corporal neutro
- Creme de barreira
- Álcool a 70°
- Pente / escova





Tipo de Banheiras







Técnica do banho

1. Antes de despir o bebé verificar se tem todo o material necessário para o banho;
2. Verificar a temperatura da água que deve variar entre os 35-37º e posteriormente testar;
3. A banheira não deve ter mais de 7 cm de água;
4. O banho não deve demorar mais de 5 minutos;



7

Técnica do banho



5. Os procedimentos de limpeza devem ser na direcção céfalo-caudal (da cabeça para os pés);
6. Coloque a banheira numa posição que seja confortável;

8

Técnica do banho

7. Quando terminar de lavar a parte da frente roda o bebé para o lado da pessoa responsável pelo banho, ficando o latente voltado de barriga para banheira, apoiado o tronco sobre uma mão.



10

Técnica do banho

8. Iniciar-se por tirar a roupa e a fralda do bebé;
9. Coloca-se o bebé na água, de forma a apoiar as coxas e rabo na banheira, ficando com uma das mãos livres para molhar o latente;
10. Começa-se por lavar o rosto e olhos sem champô;
11. Com o champô começa-se por lavar o couro cabeludo suavemente, corpo, umbigo, pernas e braços;

9

Como segurar o bebé no banho

- Com um dos braços apoiar as costas do bebé segurando um dos braços, de forma a que fique a cabeça do latente apoiada no seu antebraço.



11

Secar o bebé após o banho

- Secar bem a cabeça
- Após retirar o bebé da banheira deve-se envolver na toalha;
- A toalha deverá ser macia;
- O corpo do bebé deve ser bem enxugado;
- A toalha deve ser trocada diariamente.



12

Lavagem dos olhos

- Os olhos devem ser limpos do canto externo para o interno ou da parte mais limpa para a mais suja.
- A lavagem dos olhos deve ser feita com soro fisiológico e compressas.



13

Filme sobre a técnica do banho

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

14

Cuidados com as unhas do bebê

- Cortar de preferência após o banho;
- O período de cortar as unhas deve ser entre 7 a 10 dias;
- As unhas devem estar curtas;
- Os utensílios que devem usar para cortar as unhas podem ser cortas unhas, tesoura ou lima pediátrica.



15

Desinfecção do coto umbilical

- Deve aproveitar o momento do banho para fazer uma boa lavagem do cordão com água e sabão;
- O coto umbilical deve estar bem seca;
- A sua desinfecção é com álcool a 70º com movimentos circulares à volta do coto umbilical;
- A desinfecção deve ser feita até a queda do coto umbilical;
- O coto umbilical deve estar por fora da fralda.



16

Desinfecção do coto umbilical

NOTA:

- O coto umbilical é uma região do corpo que não dói.
- Vigiar:
 - ❖ Alteração do cheiro (na base do coto umbilical);
 - ❖ Cor (vermelho);
 - ❖ Edema (inchaço);
 - ❖ Aparecimento do pus.



SINAIS DE INFECÇÃO:

Devem dirigir-se a um profissional de saúde para avaliar o coto umbilical

17

Crosta láctea

- A crosta láctea deve-se à gordura libertada pelo organismo;
- Não traz nenhuma consequência grave para o bebé;
- Aparecimento de crosta de cor amarelada;
- Alterações estéticas;
- Deve aplicar 30 minutos antes do banho óleo (ex: óleo de amêndoas doces) ou algum creme próprio;
- Lavar a cabeça e retirar posteriormente com ajuda de um pente;
- Repetir o procedimento todos os dias até desaparecer na totalidade.



18

Como trocar a fralda

- Trocar a fralda sempre que o bebé tenha evacuado ou 2 a 3 micções;
- Deve colocar um resguardo por baixo do bebé;
- Primeiro deve segurar nas pernas do bebé pelos tornozelo para tirar a fralda que se encontra suja;
- A zona do perianal e nádegas devem ser limpas com toalhetas neutras ou água;
- Posteriormente deve secar bem a zona perianal e nádegas;
- Colocar a fralda;
- Deve-se fazer um dobra na fralda enquanto estiver com o coto umbilical.



19

Como trocar a fralda

MENINA

- Na região genital deve-se ter atenção de afastar os grandes lábios;
- Lavar no sentido da região púbica para o ânus;
- Nunca colocar creme de barreira dentro dos lábios genitais.



MENINO

- Fazer uma boa limpeza das pregas do escroto, pénis, testículos e nádegas;
- Evitar fazer limpeza do prepúcio sem ordem médica.



20

Função da pele

- **Protetora contra agressão** térmica, mecânica, química, agentes infecciosos, radiação ultravioleta e perda transepidermica de água
- **Imunovigilância** ativa através do seu pH ácido, peptídeos antibacterianos (defensinas), imunoglobulinas do suor, células de Langerhans, etc., criando uma **barreira biológica contra microorganismos**
- **Regulação térmica** através da produção de suor, vasodilatação e vasoconstrição
- **Sensibilidade** pelo toque, dor, calor, frio
- **Produção de vitamina D**
- **Depósito de lípidos**
- **Função social ou interativa** (empalidecer, corar)

21

Características da pele na criança

1 - Tendência a ser mais seca, sebácea (esqualenos, ácidos gordos e ceras) e **epidérmica** (colesterol ceramidas e ácidos gordos livres e esterificados).

- Os lípidos da pele do recém-nascido são similares aos do adulto, havendo no entanto um aumento dos de origem sebácea em relação aos de origem epidérmica.
- A atividade sebácea, que é grande antes do nascimento e durante as primeiras semanas, reduz de intensidade a partir daí, até ter novo aumento na puberdade, o que explica a relativa secura entre estes períodos.

22

Características da pele na criança

2- Sudorese imperfeita. Apesar de serem funcionais, as glândulas écrinas têm uma resposta lenta por **imaturidade**.

3 - Ecosistema cutâneo bacteriano. Encontrado logo **algumas horas após o nascimento** e composto por Staphylococcus epidermidis, Corinebacterium, alguns Gram negativos, alguns Streptococci e mais raramente Pityrosporum ovale. **Este ecossistema deve ser mantido, sendo contraindicado o uso de produtos antissépticos** que o podem alterar e fazer desenvolver outros microorganismos não pertencentes à constituição da pele.

23

Características da pele na criança

4 - O pH cutâneo varia de acordo com a **região do corpo entre 4 e 5,5** e forma como que uma capa ácida que inibe a proliferação bacteriana, e que também pode ser desequilibrada pelo **uso indiscriminado de sabões e outros produtos de higiene, nomeadamente antissépticos**.

- As grandes diferenças da pele das crianças em relação à dos adultos, são então uma **diminuição da espessura do extracto sendo mais marcados quanto menor a idade da criança** (mais acentuado nos **prematurados**), o que implica uma maior susceptibilidade a agentes externos, uma maior perda de líquidos transepidermica e uma **maior toxicidade**.

24

Tipos de cosmética infantil

- **Cosméticos de Limpeza:** sabões, compactos, champôs, loções de toilette.
- **Cosméticos de Protecção:** cremes de dia e noite, protectores solares, óleos de banho
- **Cosméticos de Beleza:** perfumes, baton de lábios, vernizes
- **Cosméticos de Promessa:** hidratantes, cremes reafirmantes e nutritivos
- **Cosméticos de Correção:** desodorizantes, cremes depilatórios, tintas de cabelo

22

Tipos de cremes para o bebê

Produtos para o banho

ATI, dois banho	Estal
Asquero Mucosa Banho	Bodomet
Atopar Gel de Banho	Demotexia
Avenço Baby Fluid Banho infantil Banho suave hidratante	Johnson e Johnson
Babê Gel Aven / Óleo Banho	Babê
Bambuleum (Duche Sólido)	Sofes
Chicco Creme Banho / Óleo Látexes de Banho	Chicco
D'Avenia Óleo	Demotexia
Deodol óleo duche e banho	Actavis
Demiana creme diotômico	Mile
Demoflan espuma	Delta
Demoflora	CS
Demolado bebepel	Mediflex
Emulção Bar	Johnson e Johnson
Engrilat Gel Limpos / Pain	Ric
Enomege Banho Emoliente / Óleo duche	A-dema Plena-Fabre
Gel Nellygout au Cold Cream	Avenia Plena-Fabre
Habul Dama Gel Banho / Óleo de banho	Gruenthal
Leit NA Banho emulsião / Gel Banho Demogado	Leit

Tipos de cremes para o bebê

Produtos para o banho

Hidrolat gel banho	
Lipkar Syndet / Óleo Banho Surgas (Sólido / Líquido)	Roché-Possay
Mustela Dermo lavante / Sabonete supergordo	Mustela
Neutrogena gel banho	
Nutrisaín gel banho	Isdin
Oleoban Solução / Duche / Sólido	Medifar
Ollatum Formula Banho / Junior Banho / Sabonete	Stiefel
Opiderm banho/óleo	
Pedafix Solução Limpeza / Mousse de Higiene	Avène Pierre-Fabre
PH5 Eucerin Ducha / Óleo de Banho	Beiersdorf
Sabamed Baby banho espuma	
Seletopia Creme Lavante / Óleo banho	Mustela
Trisera Banho Emoliente	Avène Pierre-Fabre
Uriage Creme lavante / Surgas Líquido	Uriage
Xeromance gel Impeza	Lutina
Xerocio	Medifar

77

Tipos de cremes para o bebé

Emolentes / Hidratantes

Produto	Laboratório	Características
A-Derma Creme de Azeite	A-derma Pharma Fábrie	azela, ureia, glicerina
ATL Creme Góris	Edis	azela
ATL Creme Hidratante	Edis	azela
ATL Oco	Edis	azela
Atolante creme	Bioderma	
Atolane	C S	
Atopie Creme	Demacia	o ácido lactico, AGE
Atopie Emulsão Fluida	Demacia	o ácido lactico, AGE
Azeite Creme Hidratante	Johnson e Johnson	O/A
Azeite Lubin	Johnson e Johnson	
Exotermie Lait	A-derma Pharma Fábrie	azela, GR
Hatibud Crema Emulsão Corporal	Grunenthal	AGE GS, GR, alta hidratação
Hatibud Crema Creme Plus	Grunenthal	
Hidratante creme hidratante		
Lait Corporal Lait Ail	Lait	
Lait Corporal Physiqueal	Stalut	
Lait Hidratante Corporal Azeite	Bébé	
Lipkar Baume	Roché Posay	A/O, nitelegia careo 20%
Lipkar Emulsão	Roché Posay	O/A, nitelegia careo 10%
Lunodine	Audelon	
Nutibase	Intendis	O/A
Neutrogena emulsão corporal		
Neutrogena leite corporal		

Tipos de cremes para o bebê

Emolentes / Hidratantes

Bepantheme Loção	Bayer	
Bepantheme Lipoção	Bayer	
Biafine	Upisfama	emulsão O/A
Cold Cream	Avène Pierre-Fabre	
Crème Emoliente Chico	Chicco	
Crème Emoliente Leti A14	Leti	creme
Crème de Soin	A-derma Pierre-Fab	
Crème Gordo Barral	Angelini	
Crème Hidratante Bebepe!	MediRax	avéia
Dardia Lipo creme	Intendis	A/O ácido-lático
Dardia Lipo loção	Intendis	A/O ácido-lático, ureia
Dardia Lipo pommade	Intendis	O/A 5% ureia
D'Avéia Creme Hidratante	Demotecta	avéia
D'Avéia loção hidratante corporal	Demotecta	
Decubal loção	Actavis	

Tipos de cremes para o bebê

Pastas

[illegible]

1

Enxoval para levar para a Maternidade

BLOCO DE PARTOS

1. A primeira roupa do seu bebé:

- 1 muda de roupa exterior
- 1 muda de roupa interior
- 1 fralda descartável
- 1 fralda de pano
- 1 gorro
- 1 manta



2. Uma muda de roupa para mãe:

- 1 camisa ou pijama
- 1 cuecas
- 1 chinelos

21

INTERNAMENTO:

3. A roupa para o seu bebé:

- 3 Conjuntos de roupa exterior
- 1 Casaco de malha
- 3 Conjuntos de roupa interior
- 3 Calças interiores ou 3 meias calças
- 1 Pacote de fraldas descartáveis para recém-nascidos
- 1 Pacote de toalhetes
- 3 Fraldas de pano
- 2 Gorros
- 1 Manta/ Cobertor
- 2 Toalhas de banho

Fundamental, ... sempre que necessário pedir ao familiar mais próximo a reposição do enxoval

22



QUESTIONÁRIO

23

UCC Viana do Castelo
UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PORTO



Trabalho realizado pela estagiária da Pós- Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto:

•Vânia Pereira

© Stephanie Robin Kelley Hyden

Anexo IV – Panfletos sobre o “Banho do RN”

Banho do Recém-nascido:

A hora do banho, proporciona uma oportunidade para os pais se envolverem com o seu filho, de forma a identificarem e respeitarem as características individuais do lactente.



ELABORADO PELA ENFERMEIRA:

VÁNIA PEREIRA



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Banho do Bebê



UCC DE VIANA DO CASTELO

UCC Viana do Castelo
Unidade de Colaboração na Comunidade

Ambiente para o banho:

- A temperatura do ambiente deve ser aproximadamente entre 22-24°.
- Ter em atenção as correntes de ar independentemente da estação do ano em que se encontram.
- O recém-nascido deve tomar banho e vestir-se no mesmo local.

Quando se deve dar banho?

- O banho deve ser dado conforme a disponibilidade dos pais.
- É recomendado que nas primeiras duas semanas que o lactente tome banho 2 a 3 vezes por semana, ou em dias alternados.

Responsável pelo banho:

- Retirar adornos como pulseiras, relógios, anéis, etc;
- Ter unhas curtas;
- Efetuar uma boa higienização das mãos, depois de retirar todos os adornos.

Material para o banho:

Roupa para o bebé

- Fralda
- Toalha
- Toalhetas
- Compressas esterilizadas
- Gel de banho neutro
- Hidratante corporal neutro
- Creme de barreira
- Álcool a 70°

Como segurar o bebé no banho

- Com um dos braços apoiar as costas do bebé segurando um dos braços, de forma a que fique a cabeça do lactente apoiada no seu antebraço.



Técnica do banho

1. Antes de despir o bebé verificar se tem todo o material necessário para o banho;
2. Verificar a temperatura da água que deve variar entre os 35-37° e posteriormente testar;



3. A banheira não deve ter mais de 7 cm de água;
4. O banho não deve demorar mais de 5 minutos;
5. Os procedimentos de limpeza deve ser na direcção céfalo-caudal (da cabeça para os pés);
6. Coloque a banheira numa posição que seja confortável;
7. Iniciar-se por tirar a roupa e a fralda do bebé;
8. Coloca-se o bebé na água, de forma a apoiar as coxas e rabo na banheira, ficando com uma das mãos livres para molhar o lactente;
9. Começa-se por lavar o rosto e olhos sem champô;
10. Com o champô começa-se por lavar o couro cabeludo suavemente, corpo, umbigo, pernas e braços;

Crosta láctea

- A crosta láctea deve-se à gordura libertada pelo organismo;
- Não traz nenhuma consequência grave para o bebé;
- Aparecimento de crosta de cor amarelada;
- Alterações estéticas;
- Deve aplicar 30 minutos antes do banho óleo (ex: óleo de amêndoas doces) ou algum creme próprio;
- Lavar a cabeça e retirar posteriormente com ajuda de um pente
- Repetir o procedimento todos os dias até desaparecer na totalidade



ELABORADO PELA ENFERMEIRA:

VÂNIA PEREIRA



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - PUROP
Instituto de Ciências da Saúde

Cuidados a ter com Seu Bebê



UCC DE VIANA
DO CASTELO


UCC Viana do Castelo
Unidade de Cuidados na Comunidade

Lavagem dos olhos

- Os olhos devem ser limpos do canto externo para o interno ou da parte mais limpa para a mais suja.
- A lavagem dos olhos deve ser feita com soro fisiológico e compressas.



Cuidados com as unhas do bebé

- Cortar de preferência após o banho;
- O período de cortar as unhas deve ser entre 7 a 10 dias;
- As unhas devem estar curtas
- Os utensílios que devem usar para cortar as unhas podem ser cortador de unhas, tesoura



Imagem

Troca da fralda:

- Trocar a fralda sempre que o bebé tenha evacuado ou 2 a 3 micções;
- Deve colocar um resguardo por baixo do bebé;
- Primeiro deve segurar nas pernas do bebé pelos tornozelos para tirar a fralda que se encontra suja;
- A zona do perianal e nádegas devem ser limpas com toalhitas neutras ou água;
- Posteriormente deve secar bem a zona perianal e nádegas;
- Colocar a fralda;
- Deve-se fazer uma dobra na fralda enquanto estiver com o coto umbilical.

MENINA

- Na região genital deve-se ter atenção de afastar os grandes lábios;
- Lavar no sentido da região púbica para o ânus;
- Nunca colocar creme de barreira dentro dos lábios genitais.

MENINO

- Fazer uma boa limpeza das pregas do escroto, pénis, testículos e nádegas
- Evitar fazer limpeza do prepúcio sem ordem

Desinfecção do coto umbilical

- Deve aproveitar o momento do banho para fazer uma boa lavagem do cordão com água e sabão;
- O coto umbilical deve estar bem seca;
- A sua desinfecção é com álcool a 70° com movimentos circulares à volta do coto umbilical;
- A desinfecção deve ser feita até a queda do coto umbilical;
- O coto umbilical deve estar por fora da fralda.

NOTA:

- O coto umbilical é uma região do corpo que não dói.

Vigiar:

- Alteração do cheiro (na base do coto umbilical);
- Cor (vermelho);
- Edema (inchaço);
- Aparecimento do pus.



Sinais de Infecção:

- Devem dirigir-se a um profissional de saúde para avaliar o coto umbilical.

Fazer o enxoval para a Maternidade:

Seleccionar o material necessário para o seu bebé e para si é fundamental, uma vez que se torna prático e organizado para qualquer pessoa.



ELABORADO PELA ENFERMEIRA:

VÂNIA PEREIRA



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

O que levar para a maternidade

UCC DE VIANA
DO CASTELO

UCC Viana do Castelo
Unidade de Cuidados na Comunidade

Bloco de parto:

1. A primeira roupa do seu bebé:

- 1 muda de roupa exterior
- 1 muda de roupa interior
- 1 fralda descartável
- 1 fralda de pano
- 1 gorro
- 1 manta



No bloco de parto deve levar para si:

2. Uma muda de roupa para mãe:

- 1 camisa ou pijama
- 1 cuecas
- 1 chinelos



Internamento:

3. A roupa para o seu bebé:

- 3 Conjuntos de roupa exterior
- 1 Casaco de malha
- 3 Conjuntos de roupa interior
- 3 Calças interiores ou 3 meias calças
- 1 Pacote de fraldas descartáveis para recém-nascidos
- 1 Pacote de toalhetes
- 3 Fraldas de pano
- 2 Gorros
- 1 Manta/ Cobertor
- 2 Toalhas de banho



Anexo V – Questionário sobre o “Banho do RN”

Nome:

Tempo de gestação:

Idade:

QUESTÕES:

1. Das afirmações que se seguem assinale quais são as verdadeiras:

- ☐ A temperatura do ambiente deve ser aproximadamente entre 30º.
- ☐ Deve-se ter em atenção as correntes de ar independentemente da estação do ano em que se encontram.
- ☐ O recém-nascido deve tomar banho e não vestir-se no mesmo local.
- ☐ O banho deve ser dado conforme a disponibilidade dos pais.
- ☐ É recomendado que nas primeiras três semanas que o latente tome banho todos os dias.

2. A pessoa responsável pelo banho deve: (assinale as afirmações verdadeiras):

- ☐ fralda, toalha, toalhas, compressas esterilizadas, gel de banho neutro, creme de barreira, álcool a 70º e pente / escova
- ☐ roupa para o bebé, fralda, toalha, toalhas, compressas esterilizadas, gel de banho neutro, hidratante corporal neutro, creme de barreira, álcool a 70º e pente / escova
- ☐ roupa para o bebé, fralda, toalha, compressas esterilizadas, gel de banho neutro, hidratante corporal neutro, creme de barreira
- ☐ roupa para o bebé, toalha, toalhas, compressas esterilizadas, gel de banho neutro, hidratante corporal neutro, creme de barreira, álcool a 70º e pente / escova

3. Relativamente à técnica do banho assinale as afirmações verdadeiras:

- ☐ Antes de despir o bebé verificar se tem todo o material necessário para o banho
- ☐ A temperatura da água deve variar entre o 37º

- ☐ Não é necessário testar a temperatura da água
- ☐ A banheira deve ter mais de 10 cm de água
- ☐ O banho pode demorar mais de 7 minutos
- ☐ Os procedimentos de limpeza devem ser na direção caudal-céfalo (dos pés para a cabeça)
- ☐ Coloque a banheira numa posição sem verificar a posição de conforto do responsável pelo banho
- ☐ Iniciar-se por tirar a roupa e a fralda do bebé
- ☐ Coloca-se o bebé na água sem apoiar nenhuma parte do corpo na banheira
- ☐ Começa-se por lavar o rosto e olhos com champô
- ☐ Com o champô começa-se por lavar o couro cabeludo suavemente, corpo, umbigo, pernas e braços

4. Das seguintes afirmações diga quais são as verdadeiras acerca da secagem após o banho:

- ☐ Secar bem a cabeça para prevenir a hipertermia
- ☐ A toalha deverá ser macia
- ☐ O corpo do bebé deve ficar molhado
- ☐ Após retirar o bebé da banheira deve-se envolver na toalha
- ☐ A toalha deve ser trocada uma vez por semana

5. Das seguintes afirmações diga quais são as verdadeiras acerca dos cuidados gerais ao bebé:

- ☐ Os olhos devem ser limpos da parte mais suja para a mais limpa
- ☐ A lavagem dos olhos deve ser feita com soro fisiológico e compressas
- ☐ Cortar as unhas de preferência após o banho
- ☐ O período de cortar as unhas deve ser entre 15 dias
- ☐ As unhas devem estar compridas

- ___ Os utensílios que devem usar para cortar as unhas devem ser específicos para bebês
- ___ A crosta láctea é inofensiva para o bebê
- ___ A crosta láctea tem uma aparência de cor branca
- ___ Deve aplicar 30 minutos antes do banho óleo ou algum creme específico para crosta láctea
- ___ Repetir o procedimento uma vez por semana até desaparecer na totalidade

6. Em relação à desinfecção do coto umbilical mencione as falsas:

- ___ Deve aproveitar o momento do banho para fazer uma boa lavagem do cordão com água e sabão
- ___ O coto umbilical deve estar bem molhado para prevenir infecção
- ___ A sua desinfecção é com álcool a 90º com movimentos circulares à volta do coto umbilical
- ___ A desinfecção deve ser feita até o bebê ter um ano de idade
- ___ O coto umbilical deve estar por dentro da fralda

Anexo VI – Plano de Sessão sobre “Reflexos do Sono do Bebê”

PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Título: Reflexos e Sono no Bebê

Local: UCC de Viana do Castelo

Destinatários: Grávidas das 32 às 40 semanas

Responsáveis: Aluna Estagiária da Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica -Vânia Pereira.

Data da Sessão: 8 e 9 de Abril de 2013

Hora da Sessão: 18 às 20 horas (dia 8 de Abril) 9às 12 horas (dia 9 de Abril)

Tempo Previsto: 90 minutos



Objetivos Gerais:

- Informar as grávidas sobre as competências do RN, bem como os estádios sensoriais e organização estrutural do sono.

Objetivos Específicos:

- Informar as grávidas sobre as competências do RN.
- Informar as grávidas sobre a avaliação que é efetuado ao RN após o nascimento.
- Informar as grávidas sobre a escala de avaliação do comportamento.
- Informar as grávidas sobre os comportamentos reflexos da criança.
- Explicar as grávidas as acerca dos estados de consciência.
- Informar as grávidas sobre a organização estrutural e fatores que influenciam o sono da criança.
- Explicar as grávidas quais as necessidades do sono.
- Explicar as grávidas o que é higiene do sono.
- Informar as grávidas sobre o método de Estivill.
- Informar as grávidas acerca da técnica de como acalmar o RN.
- Informar as grávidas acerca das capacidades sensoriais da criança.
- Informar as grávidas acerca das competências de comunicação do RN.

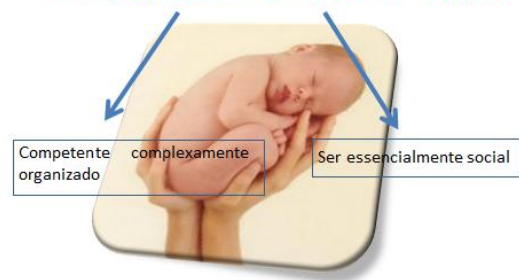
Estrutura	Tempo previsto	Conteúdos expostos	Estratégia	Metodologia	Recursos Materiais	Avaliação
<u>Introdução</u>	5 Min.	• Apresentação pessoal e do tema • Objetivos • Apreciação da motivação e dúvidas existentes sobre o tema.				
<u>Desenvolvimento</u>	60 Min	• Competências do RN • A avaliação do RN quando nasce • Avaliação médica imediata • Leitura do Índice a APGAR • Escala de avaliação do comportamento neo-natal de Brazelton • Avaliação do teste • Comportamentos reflexos • Estados de consciência • Organização estrutural do sono • Fatores que influenciam o sono				

<u>Desenvolvimento</u>	60 Min	• Organização estrutural do sono • Fatores que influenciam o sono • Necessidades do sono da criança • Higiene do sono • Método de Estivill • Tempo de espera no Método de Estivill • Como acalmar o bebê? • Capacidades sensoriais • Competências da comunicação do RN	Convidas as grávidas a relatarem as suas práticas diárias relativamente ao tema. Solicitar a participação das grávidas.	Método expositivo e participativo	Computador / Datashow	
<u>Conclusão</u>	20 Min.	• Reforçar as ideias principais sobre a temática tratada. • Avaliação das dúvidas presentes.	Solicitar a participação das grávidas para retirar dúvidas.	Método participativo	Computador/ Datashow Exposição de um filme sobre a técnica do banho	Aplicar questionário para avaliação da sessão

Anexo VII – Apresentação sobre o “Reflexos do Sono do Bebê”



Competências do Recém-nascido



A AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO QUANDO NASCE

- Imediatamente a seguir ao nascimento, o recém-nascido é avaliado através de um **teste** que dura cerca de 10 minutos mais tarde o teste é repetido, designado por **índice de Apgar**.



AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA

ESCALA APGAR			
Sinal	0	1	2
Aparência (cor)	Azul, pálido	Corpo rosado, extremidades azuis	Inteiramente rosado
Pulso (Batimento cardíaco)	Ausente	Lento (menos 100)	Rápido (mais 100)
Sinal de desagrado (irritabilidade reflexa)	Sem resposta	Esgar face	Tosse, espirro, choro
Actividade (Tónus, muscular)	Ausente (Atónico)	Fraca, inactiva (Hipotónico)	Forte, activa
Respiração	Ausente	Irregular, lenta	Boa, choro

Leitura do Índice de APGAR

Dados de referência:

- Leitura efetuado ao 1º, 5º e 10º minuto
- ≥ 7 pontos: normal
- 4, 5 e 6 revela que a criança precisa de assistência para o ajudar a respirar
- ≤ 3 a criança encontra-se num estado crítico, necessita de reanimação, mas possui no entanto hipóteses de sobreviver

Escala de avaliação do comportamento neo-natal de Brazelton

(NBAS – Neonatal Behavioral Assessment Scale)

- Mede as respostas comportamentais do recém-nascido ao seu ambiente sendo 28 itens;
- Avalia os reflexos do recém-nascido, sendo 20 itens.

Avaliação do teste

- Comportamentos interactivos
- Comportamentos motores
- Controle do estado fisiológico (inquietação depois de estar perturbado)
- Resposta ao stress (reação de sobressalto)



8

- Esta escala dá importância ao modo como o bebé interage com o prestador de cuidados e a cotação é vista como representando o interface entre os seus sistemas internos e o meio extra uterino.



7

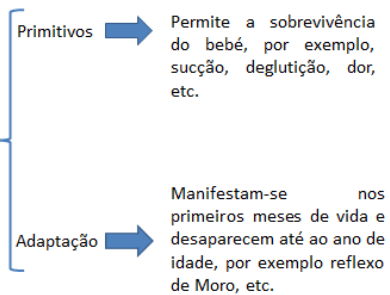
Comportamentos reflexos

- A criança logo à nascença apresenta um conjunto de reflexos: reacções físicas involuntárias / automáticas em resposta a certos estímulos específicos.



9

Tipos de Reflexos



- ★ A avaliação dos reflexos permite o despiste de problemas neurológicos graves, desde o nascimento até ao primeiro ano de vida.

10

Reflexo palmar

- Este reflexo fica mais forte nas semanas seguintes ao nascimento e por volta dos 3-4 meses desaparece.
- A criança só volta ter esta força por volta dos cinco anos.
- Este reflexo permite ao recém-nascido agarrar à mãe.



11

Reflexo de procura / Sucção

- Estímulo: Acariciar um lado da face do bebé ou os lábios.
- Resposta: Vira a cabeça para o lado em que está a ser tocado e prepara-se para sugar.
- Significado adaptativo: facilita a alimentação na criança.



12

Fatores que influenciam o sono



18



19

Reflexo do passo/ andar

- Estímulo: Segurar o recém-nascido verticalmente fazendo com que os seus pés toquem o solo levemente.
- Resposta: Elabora movimentos com as pernas que parecem passos.
- Significado adaptativo: desconhecido



14



Filme: <http://www.youtube.com/watch?v=hl7lv2qWPz8>

16

ESTADOS DE CONSCIÊNCIA

- Conjunto de comportamentos que condicionam a capacidade de percepção e reação do bebê aos estímulos.
- Variação periódica do ciclo de vigília, sono e actividade do bebê.
- A aplicação de estímulos vai fazer com que passem de um estado para outro.

Organização estrutural do Sono

- Existem **seis principais estados de sono** no recém-nascido:

- 1.Sono profundo;
- 2.Sono rápido;
- 3.Estado sonolência;
- 4.Estado de vigília;
- 5.Estado de alerta agitado;
- 6.Choro.



17

★ NOTA:

- É fundamental que o bebê tenha este sono várias vezes ao dia, pois favorece a organização do sistema nervoso imaturo.
- Ao longo do crescimento, o bebê torna-se capaz de permanecer mais tempo sem ingressar no sono profundo.

20

1. Sono Profundo

- Caracteriza-se por uma respiração é profunda, regular e pesada.
- Embora sem despertar, o bebé pode apresentar pequenos sobressaltos.
- O bebé encontra-se isolado do estímulos externos.
- Ocorre a cada quatro horas em bebés nascidos a termo e prematuros os prazos são menos definidos, o que evidencia o grau de imaturidade do sistema nervoso do bebé.

19

2. Sono Leve

- Manifesta-se pelo rápido movimento dos olhos rotativos lentos, espreguiça muito, pequenas contrações e breves contorções.
- A respiração é irregular, mais rápida e curta que a do sono profundo.
- Ocasionalmente o bebé enrugua o rosto, sorri, contrai a musculatura facial e movimenta a boca como se estivesse sugando.



21

3. Estado sonolência



- Normalmente tem curta duração.
- Ocorre quando o bebé desperta ou volta a dormir.
- Os olhos do bebé abrem-se e fecham.
- Pode contorcer-se e fazer movimentos.
- Procura posições confortáveis.

22

4. Estado Alerta/Vigília/Acordado

- Embora o corpo e a face possam estar pouco activos, os olhos mostram-se brilhantes, atentos.
- O bebé é capaz de focar a atenção no ambiente.
- Nesta estado, os estímulos visuais e auditivos evocam respostas previsíveis.
- Seus movimentos são suaves e contidos, podendo levar até mesmo ao seu objectivo maior: levar a mão à boca ou segurar uma mão na outra.
- Nos bebés com duas ou três semanas de vida este estado permanece cerca de 20-30 minutos.

23

5. Estado Alerta Agitado

- Este estado normalmente ocorre depois do estado alerta.
- Os estímulos externos aborrecem/incomodam o bebé.
- O bebé começa a ficar sobre estimulado e choraminga.
- Ao mesmo tempo em que tenta controlar-se, agita-se repetidamente no berço, podendo entrar no estado de choro incontrolado.

24

6. Choro

- O bebé nasce com uma capacidade inata para comunicar.
- Os movimentos do bebé são rápidos.
- É provável que se acalme quando pegado ao colo e saciado o seu desejo exprimido pelo choro.

25

Necessidades do sono da criança

- É necessário que a criança adquira desde cedo autonomia para adormecer, isto é, que seja capaz de adormecer sem a presença ou a interferência do adulto.
- Ao longo da noite a criança passa por 5 a 8 ciclos de sono REM e sono não-REM. Na transição do sono não-REM (mais profundo) para o sono REM (mais leve) e durante o sono REM a criança pode acordar e adormecer rapidamente.

26

Necessidades do sono da criança

- Se a criança estiver habituada à presença do adulto para o primeiro adormecer, vai favorecer a necessidade dessa presença mais vezes ao longo da noite, de cada vez que terá que acordar.
- Por volta dos 8-9 meses a criança tem capacidade para adquirir essa autonomia. Será esta a idade ideal para que se habitue a dormir no seu próprio quarto.

27

Necessidades do sono da criança

- Recém nascido: 16 - 20 h/ dia
- Até 1 ano: 14 - 15 h/ dia
- 5 a 6 anos: 11 h/ dia
- Adolescentes: 7 - 9 h/ dia



28

Método de Estivill

- Fundamenta-se num parecer de regulação dos ritmos biológicos das crianças
- Estivill defende que dormir é um hábito, em que o ensino obedece a dois fatores, os elementos externos e a postura dos Pais
- É fundamental a forma como se comunica com a criança, nas várias visitas ao quarto, e que utilizem uma frase para explicar à criança que tem dormir sem nunca lhe tocar.
- O método tem como finalidade ajudar os Pais instruir as crianças para o sono
- A aplicação do método é igual independentemente da faixa etária da criança

30

Higiene do sono

- Instituir horários, rituais e rotinas para o sono desde o nascimento
- A estimulação física, mental ou emocional deve ser evitada quando se aproxima a hora de dormir
- Não é aconselhado dormir com fontes luminosas
- É fundamental que a criança se acostume a adormecer sozinha
- Dormir o número horas por noite, de acordo com a sua faixa etária



29

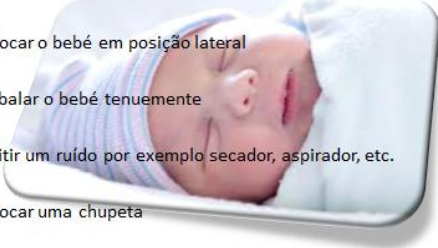
Tempo de espera no Método de Estivill

Dias	1ª espera	2ª espera	3ª espera e sucessivas
1	1 minuto	2 minuto	3 minuto
2	2 minuto	3 minuto	4 minuto
3	3 minuto	4 minuto	5 minuto
4	4 minuto	5 minuto	6 minuto
5	5 minuto	6 minuto	7 minuto
6	6 minuto	7 minuto	8 minuto

31

Como acalmar o bebê?

- Técnica dos cinco "S"
- Envolver o bebê numa manta (muito aconchegado)
- Colocar o bebê em posição lateral
- Embalar o bebê tenuemente
- Emitir um ruído por exemplo secador, aspirador, etc.
- Colocar uma chupeta
- Pegar no bebê ao colo e coloca-lo junto ao peito da mãe/pai



Capacidades Sensoriais

- Tato
- Visão
- Olfato
- Paladar
- Audição



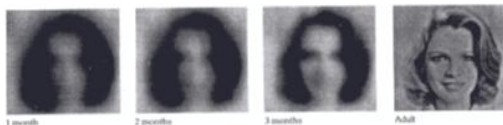
TACTO:

- A estimulações táteis é transmitida precocemente;
- Toques suaves e constantes também acalmam o bebê;
- São sensíveis à temperatura;
- A sensibilidade à dor.



VISÃO:

- A visão é o sentido menos desenvolvido nos primeiros dias de vida
- As estruturas da retina estão incompletas, o nervo óptico está pouco desenvolvido
- Baixa acuidade visual



- A distância ótima para a focagem da imagem num bebê é de 20 -30 cm
- Corresponde à distância que separa o bebê de uma pessoa que o segure no colo.
- Por volta dos 6 meses as crianças já adquirem esta capacidade.



Cor

- 2 meses distingue o vermelho do verde
- 3 meses distingue o azul
- 4 meses distingue o vermelho do verde do azul e do amarelo
- Preferem o vermelho e o azul
- Melhora as suas competências



38

Preferências visuais

Os bebés olham mais tempo para:

- Padrões moderadamente complexos do que para superfícies lisas.
- Cores que contrastam
- Grandes superfícies quadradas
- Objectos bastante iluminados
- Linhas curvas a linhas rectas



39

Expressões faciais:

- Capacidade de imitar (ex: protusão da língua)
- Os temperamentos e emoções do RN que transmitem expressões faciais podem ser:

- ✓ Interesse
- ✓ Surpresa
- ✓ Tristeza
- ✓ Zanga
- ✓ Desgosto
- ✓ Contentamento
- ✓ Medo



40

Audição:

- Recém-nascido tem o aparelho fisiológico quase completo, mas não ouvem tão bem como os adultos
- Maturação aos 2 anos de idade



41

- É sensível à intensidade e timbre dos sons
- Preferem vozes agudas
- Preferem vozes humanas, sobretudo femininas e preferencialmente as das suas mães



42

- 3 dias: distinguir novos sons de fala daqueles ouvidos anteriormente
- Recém-nascido tem capacidade para distinguir sons
- Preferência pelas frequências da amplitude da fala
- Capacidade inata para discriminar sons, por exemplo, língua inglesa.
- Reconhecem o bater do coração ritmado e sentem-se mais seguros quando a mãe segura ao colo
- Sons ritmados acalmam o bebé

43

- Confusão e angústia quando ouviam a voz da mãe associada ao rosto de outra mulher e vice-versa
- Está apto a detetar as localizações espaciais dos sons
- Coordenam audição/visão
- Como passar do tempo diferenciam tipos de sons



44

Paladar:

- discriminam e são responsivos a pequenas alterações dos alimentos como:



- * prazer –sabores doces



- desprazer –sabores levemente salgados, ácidos ou amargos

- é capaz de discriminar os 4 sabores básicos: salgado, azedo, amargo e doce

45

Olfacto:

- Reflexo que apreendem ao final de 2 dias, não conseguindo fazer distinções
- Com 6 dias de vida o bebé reconhecem o cheiro da própria mãe
- Mecanismo de sobrevivência
- É sensível a vários odores, sendo capaz de reconhecer e distinguir cheiros diferentes
- Movimentam-se no sentido dos odores novos



46

Competências de comunicação do recém-nascido

	Choro-grito	Sorriso	Riso	Vocalizações
S I G N I F I C A D O	• Mal-estar • Sofrimento • Apelo • Tensão • Permite satisfazer as necessidades	Endógena ↓ • Olhos fechados • Resposta reflexa • Aparece na maioria das vezes após as refeições	• 4/6 meses podem dar gargalhadas • 6/9 meses fase da descoberta	• É capaz de produzir sons com a língua, com o passar limita-se ao que os adultos lhe transmitem
		Exógena ↓ • Aparece por volta do 19/29 mês de vida • Frequente e social • Por volta do 3 meses apresenta um sorriso mais duradouro, tendo uma função mais comunicativa		

47

Bibliografia

- BRAZELTON, T. Berry. – O grande livro da criança. 12ªed. Lisboa: Editorial Presença, 2010. ISBN 978-972-23-1930-0;
- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. – O método Brazelton: a criança e o sono. Lisboa: Editorial Presença, 2011. ISBN 978-972-23-3187-6
- ESTIVILL, Eduard – Método Estivill: um guia rápido para os pais ensinarem os filhos a dormir. 3ª ed. Alfragide: Livros d'hoje, 2011. ISBN 978-972-20-3089-2; GEIB, Lorena T. C. (2007). Desenvolvimento dos estádios
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO NEURODESENVOLVIMENTO; GOUVEIA, Rosa – O Sono da criança.[Online] 2012. [Citação: 20 de Maio de 2012] <http://www.spndsp.com/sitegest.asp?t=1&galleryID=24&languageID=1>

48

Obrigada pela atenção !!!

Enfermeira na ESIP: Vânia Pereira



49

Anexo VIII – Questionário sobre o “Reflexos do Sono do Bebê”

Nome:

Tempo de gestação:

Idade:

QUESTÕES:

1. Das afirmações que se seguem assinale quais são as verdadeiras:

- ☐ O teste de APGAR é feito antes do nascimento.
- ☐ O teste de APGAR é efetuado após o nascimento.
- ☐ O teste de APGAR tem duração de 10 minutos.
- ☐ Um teste de APGAR entre 7 e 10 significa que o bebé não necessita de nenhum cuidado especial.

2. Relativamente aos comportamentos dos reflexos do recém-nascido, diga quais as falsas:

- ☐ A avaliação dos reflexos permite o despiste de alguma alteração neurológica grave.
- ☐ O reflexo palmar desaparece por volta dos 6 meses.
- ☐ A Sucção facilita a alimentação do bebé.

3. Relativamente aos estádios de organização do sono, assinale as afirmações verdadeiras:

- ☐ Sono profundo, Sono rápido, Choro, Estado sonolência, Estado de vigília, Estado de alerta agitado.
- ☐ Sono profundo, Sono rápido, Choro, Estado de vigília, Estado de alerta agitado.
- ☐ Sono profundo, Sono rápido, Choro, Estado sonolência, Estado de vigília.

4. Das seguintes afirmações diga quais são as verdadeiras acerca dos fatores do sono:

☐ Sociais, biológicos, culturais, temperamentais, alterações de desenvolvimento.

☐ Sociais, biológicos, ambientais, culturais, temperamentais, alterações de desenvolvimento.

☐ Sociais, biológicos, ambientais, culturais, alterações de desenvolvimento.

5. Das seguintes afirmações diga quais são as verdadeiras acerca dos fatores de higiene do sono:

☐ Instituir horários, rituais e rotinas para o sono desde o nascimento.

☐ A estimulação física, mental ou emocional deve ser feita antes de deitar.

☐ É aconselhado dormir com fontes luminosas.

☐ Não é fundamental que a criança se acostume a adormecer sozinha.

☐ Dormir o número horas por noite, de acordo com a sua faixa etária.

6. Das seguintes afirmações diga quais são as verdadeiras acerca de como acalmar o bebé:

☐ Técnica dos cinco “S”.

☐ Não envolver o bebé numa manta.

☐ Colocar o bebé em posição lateral.

☐ Embalar o bebé rapidamente.

☐ Emitir um ruído por exemplo secador, aspirador.

☐ Não colocar uma chupeta.

☐ Não pegar no bebé ao colo e não coloca-lo junto ao peito da mãe/pai.

Anexo IX – Dinamização do Cantinho de Amamentação Poster 1



CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

PEGA CORRETA



A amamentação obedece a um ciclo de sucção, deglutição e respiração do bebé.

Para uma pega correta é fundamental um posicionamento adequado do seu bebé, próximo da mama e de frente para a mesma, ou seja, favorecer o contacto visual.

Vantagens da pega correta:

- Proporciona uma extração do leite;
- Esvaziamento do leite da mama;
- Evite fissuras nos mamilos;
- Evite dor ao longo da mama.

Bibliografia:

- Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, 2008, *Manual de Aleitamento Materno*, Direcção Geral da Saúde, Editora Fundação Oriente, p. 26-29.
- Pereira, Adriana, 2006, *Aleitamento Materno, Importância da Correção da Pega Correta na Sucesso da Amamentação, Resultado de um Estudo Experimental*, Lusociência, p. 104-112

Técnicas para uma pega correta:

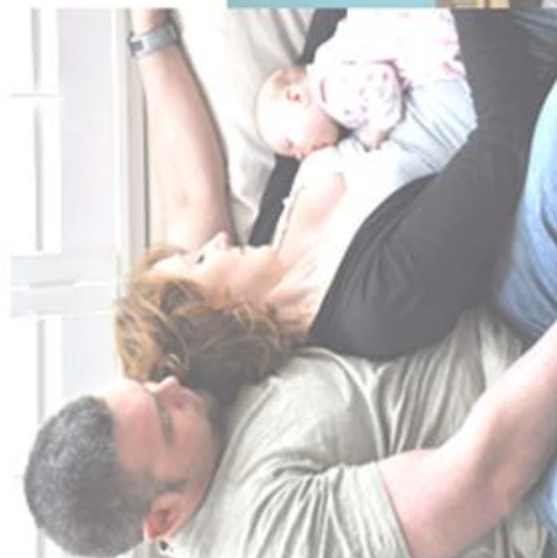
- Tocar com o mamilo no lábio superior, favorecendo a abertura da boca do bebé;
- A boca do bebé abocanha a maior parte da aréola;
- O bebé estira o tecido da mama para formar um longo "bico";
- Observa-se que o bebé está a sugar da mama e não do mamilo;
- O queixo do bebé toca na mama;
- A boca do bebé está bem aberta;
- Os lábios do bebé estão virados para fora;
- Apresenta bochechas arredondadas;
- O pescoço do bebé está ereto ou ligeiramente esticado para cima;
- O corpo do bebé está virado para a mãe, favorecendo o contacto visual;
- A barriga do bebé encosta ao abdómen da mãe;
- Todo o corpo do bebé está apoiado pela mãe.

Anexo X – Dinamização do Cantinho de Amamentação Poster 2



CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

A Amamentação deve ser garantida
pela responsabilidade de todos ...



SILÊNCIO !!!



Este espaço destina-se exclusivamente às mães que amamentam.

**Anexo XI – Questionário para o levantamento das necessidades sobre
“Higiene Oral”**

QUESTIONÁRIO SOBRE:

“O conhecimento dos pais sobre a higiene oral do seu filho (a)”

Exmo.(a) Sr.(a):

Chamo-me Vânia Sofia Correia Pereira, sendo enfermeira e aluna de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, Unidade do Porto, pretendo com este estudo “O conhecimento dos pais sobre a higiene oral do seu filho (a)”. O objetivo principal do estudo é identificar se os pais têm conhecimentos acerca dos benefícios de uma boa higiene oral como o seu filho (a).

Com este estudo que tem fins meramente académicos, gostaria de obter a sua colaboração, ao conceder-se um questionário, com regras já impostas pelo investigador nomeadamente: confidencialidade, anonimato, destruição dos dados colhidos após ter cumprido a sua finalidade. A sua participação é inteiramente voluntária.

Para responder a este questionário terá de assinalar apenas uma resposta que lhe parecerá adequada à realidade do seu filho (a).

Se no final desta leitura, ainda tiver alguma questão a colocar, estaremos ao dispor para o esclarecer o melhor que e for possível. Agradecemos desde já, a preciosa colaboração, transmitindo os mais respeitosos cumprimentos.

I Parte – Caracterização da amostra

1 – Idade da criança: _____

2 – Sexo da criança: ☐ Masculino

☐ Feminino

3 - Qual é a sua escolaridade?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Infantilário | ☐ 2ª Ciclo |
| ☐ Pré-escola | ☐ Secundário |
| ☐ 1ª Ciclo | ☐ Outro _____ |

II Parte – Questões referentes a Saúde Oral do seu Filho (a)

4 – A escovagem dos dentes deve ser feita diariamente?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| ☐ Sim | ☐ Não |
|---------------------------|---------------------------|

5 – Quantas vezes o seu filho (a) escova os dentes por dia?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 0 Vez | ☐ 1 Vez |
| ☐ 2 Vezes | ☐ Mais de 2 vezes |

6 – Quando se deve iniciar a escovagem dos dentes?

- ☐ Quando surge o primeiro dente
- ☐ Quando tem alguns dentes
- ☐ Quando tem dentição completa

7 - A escova deve ser substituída aos:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 2 Meses | ☐ 3 Meses |
| ☐ 4 Meses | ☐ 6 Meses |

8 – A quantidade de pasta dentífrica a utilizar em cada escovagem é:

- ☐ Preencher a escova
- ☐ Porção da unha do dedo mindinho
- ☐ Metade da escova

9 - Os doces fazem parte da alimentação diária?

- ☐ Sim ☐ Não

10 – Quando come doces, escova os dentes:

- ☐ Sempre ☐ Maioria das vezes
☐ As vezes ☐ Nunca

11 – Os doces fazem mal devido a:

- ☐ Chocolate ☐ Ovos
☐ Açúcar ☐ Outros _____

12 – As cáries são causadas por:

- ☐ Comer doces ☐ Comer fruta
☐ Não ir ao dentista ☐ Não escovar os dentes

13 – Lembra o seu filho (a) de escovar os dentes?

- ☐ Sim ☐ Não

14 – Assiste à escovagem dos dentes do seu filho (a)?

- ☐ Sim ☐ Não

15 – Verifica a escovagem do seu filho (a)?

- ☐ Sim ☐ Não

16 – Alguma vez levou o seu filho ao dentista?

- ☐ Sim ☐ Não

17 – A ida ao dentista deve ser:

- ☐ 6 em 6 meses ☐ 1 vez ano

☉ 2 em 2 anos

☉ Quando dói os dentes

18 – Já alguma tratou alguma cárie ao seu filho (a)?

☉ Sim

☉ Não

19 – O seu filho (a) já colocou selantes?

☉ Sim

☉ Não

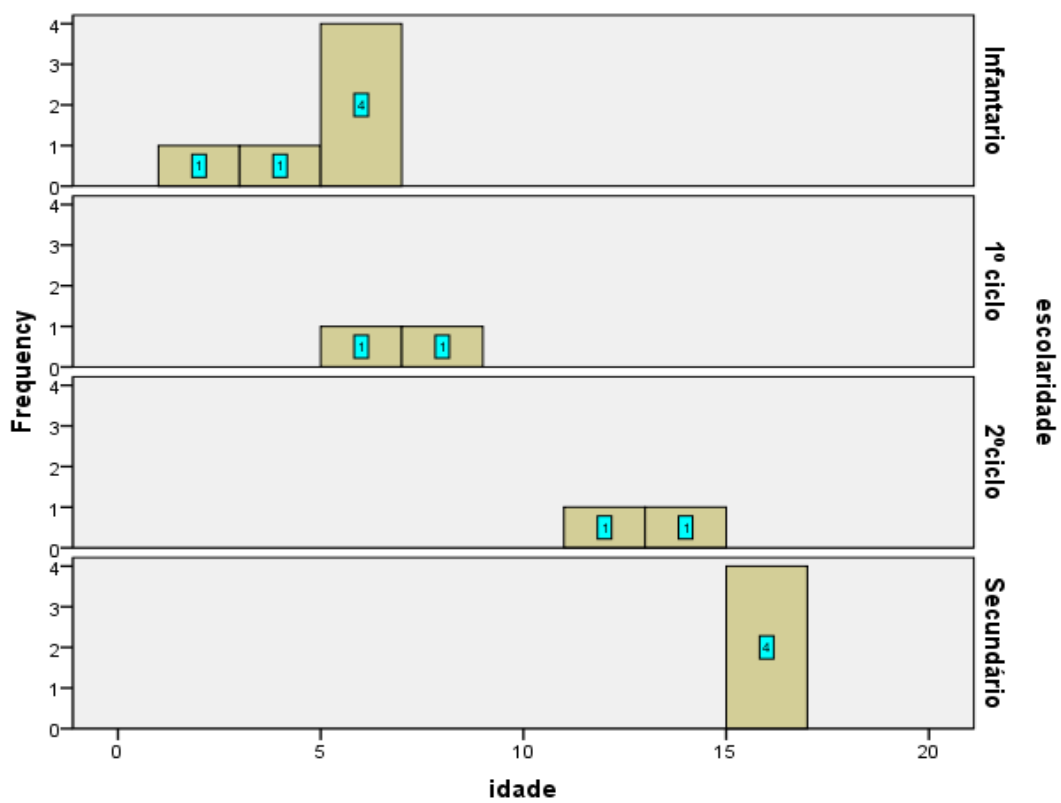
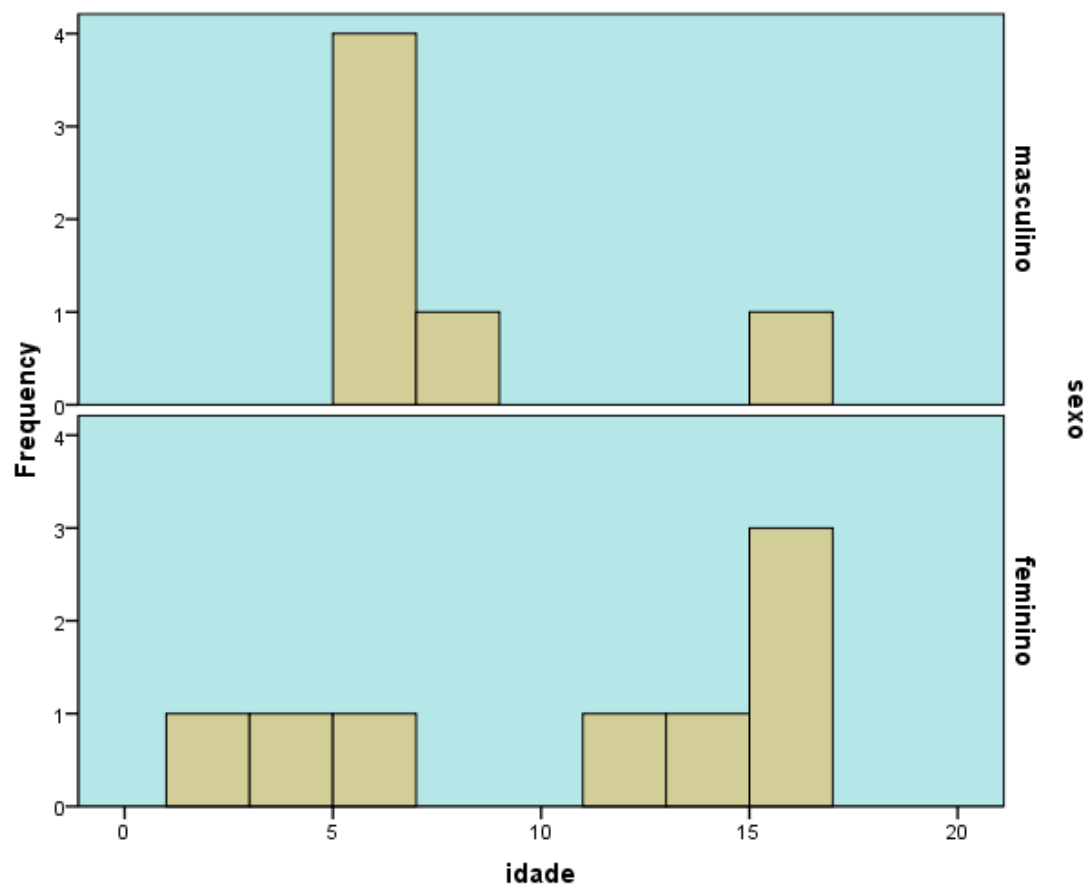
20 – Alguma levou o seu filho (a) ao dentista para extração de algum dente?

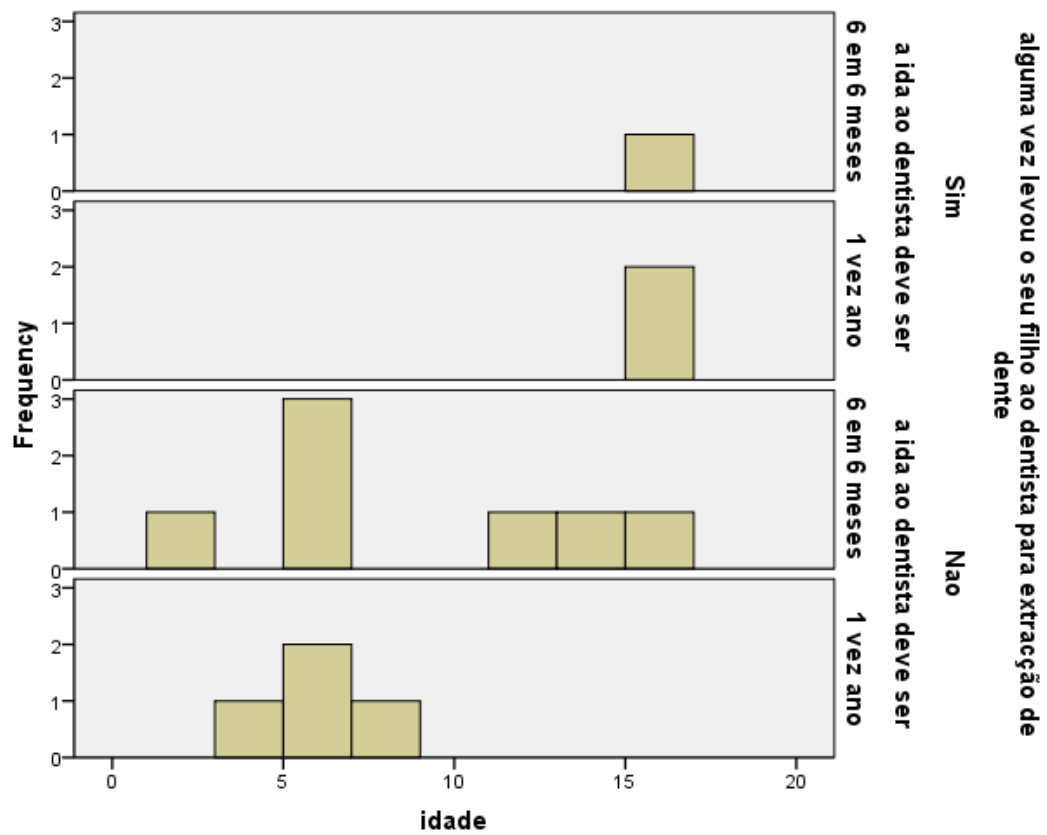
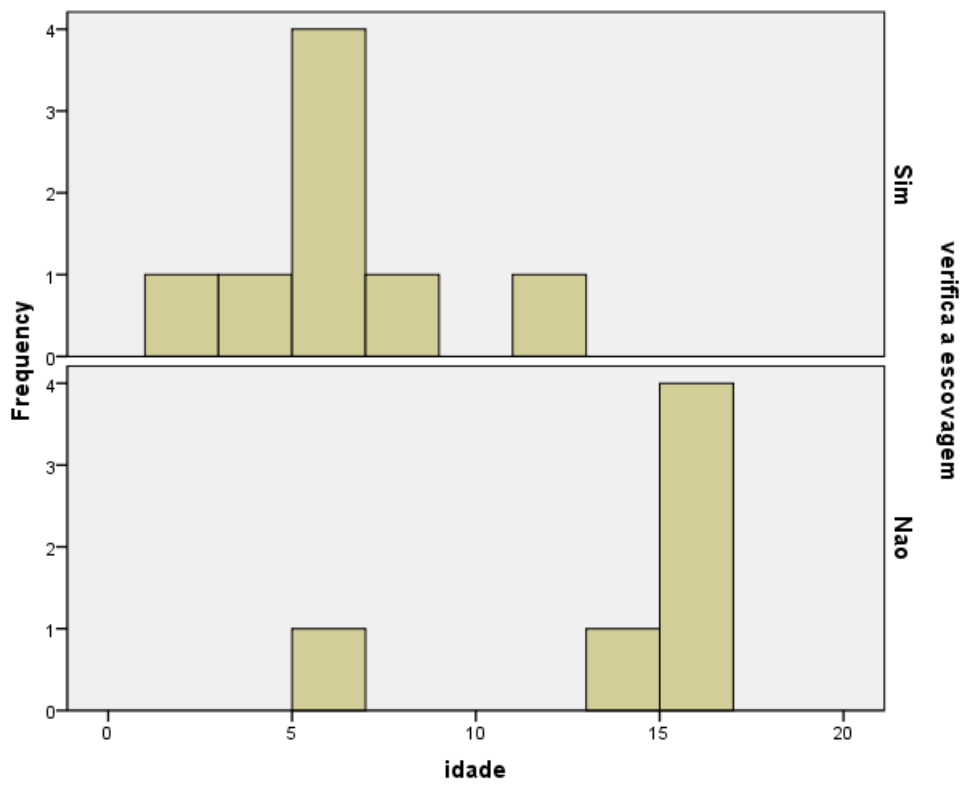
☉ Sim

☉ Não

Obrigado pela sua colaboração

**Anexo XII – Análise do Levantamento das necessidades sobre
“Higiene Oral”**





Anexo XIII – Plano de Sessão sobre “Higiene oral ”

PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



Título: Saúde Oral

Local: Agrupamento Escolar da Frei – Viana do Castelo

Destinatários: Alunos do 6º Ano de Escolaridade

Responsáveis: Aluna Estagiária da Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica -Vânia Pereira.

Data da Sessão: 11 de Março de 2013

Hora da Sessão: 8:30 às 10:00 horas e das 13:30 às 12:00 horas

Tempo Previsto: 60 minutos

Objetivos Gerais:

- ⊗ Informar as crianças sobre a prática de um estilo de vida saudável bem como os seus benefícios.
- ⊗ Alertar as Crianças para a importância da prática de atividade física.

Objetivos Específicos:

- ⊗ Esclarecer e consciencializar as crianças sobre saúde oral
- ⊗ Prevenir a incidência de cárie dentária.
- ⊗ Apresentar a técnica e utensílios da higiene oral.
- ⊗ Incentivar a técnica de escovagem dos dentes.
- ⊗ Proporcionar a troca de experiências nas crianças.

<u>Estrutura</u>	<u>Tempo previsto</u>	<u>Conteúdos expostos</u>	<u>Estratégia</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Recursos Materiais</u>	<u>Avaliação</u>
<u>Introdução</u>	5 Min.	• Apresentação pessoal e do tema • Objetivos • Apreciação da motivação e dúvidas existentes sobre o tema.		Método expositivo e participativo	Computador/ Datashow	Participação dos formandos (Crianças do 6º B e D)
<u>Desenvolvimento</u>	45 Min.	• Exposição de DVD • Definição de higiene oral • Consequências de uma má higiene oral. • Técnica da escovagem • Alimentação • Conselhos	Convidas as crianças a relatarem as suas práticas diárias relativamente à higiene oral.			
			• Reforçar as ideias principais sobre a temática tratada. • Avaliação das dúvidas presentes. Aplicação do questionário da avaliação da sessão.			

<u>Conclusão</u>	10 Min.		Solicitar a participação das crianças para retirar dúvidas.	Método participativo	Computador / Datashow • Entregar Certificado s de Participação • Aplicar questionário às Crianças para sua avaliação. • Demonstração de um filme acerca da temática abordada	
------------------	------------	--	---	----------------------	--	--

Anexo XIV – Apresentação sobre a “Higiene oral”

HIGIENE ORAL



1

Porque se deve lavar os dentes?

Deve-se lavar os dentes após as refeições para proteger os dentes dos microrganismos.

Estas bactérias são muito gulosas tal como vocês.



2

Estes buracos que se formam nos dentes tem o nome de cárie.



3

Para que haja o desenvolvimento da cárie é preciso:



4



Para destruir as bactérias é necessário combater com:

- Escova de dentes;
- Fio dentário;
- Pasta Dentífrico com flúor.



5

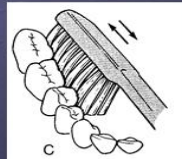
Como higienizar a boca?

- Evitar molhar com água a escova;
- Pode-se começar por escovar todos os dentes de cima, começa-se pelos que ficam mais atrás de um dos lados.



6

- A escovagem dos dentes deve apanhar no máximo 2x2x2 dentes.



7



- Inicialmente escova-se os dentes da frente com movimentos de cima para baixo como rotativos.
- Depois, põe-se a escova na vertical e escova-se a parte superiores dos dentes de trás (dentes da mastigação) com movimentos de trás para a frente.
- Em seguida escovar os dentes pela parte interna também com movimentos de baixo para cima.

8

Por fim deve-se lavar a língua com um raspador ou com a escova de dentes.



9

Como usar o fio dentário?



- Permite a limpeza entre os dentes onde a escova não chega.

Como se deve fazer:

- Enrolar o fio em ambos os dedos médios de cada mão (dedo grande da mão) e fazer deslizar o fio dentário entre os dentes até atingir as gengivas sem as magoar.
- Repetir este procedimento em todos os dentes.
- O fio dentário deve ser usado antes da escovagem dos dentes, todos os dias.

10

Quantas vezes se deve lavar os dentes?

- Os dentes devem-se lavar 2 vezes por dia após as refeições e antes de deitar.
- Deve-se demorar mais ao menos dois minutos a lavar os dentes para ficarem bem lavados, porque depressa não se lavam bem os dentes.



11

O que faz o flúor

- O flúor tem a função da prevenção de cárie dentária.
- Vai dar ao dente a quantidade de flúor que o dente precisa para assim se tornarem mais fortes e destruírem as bactérias



Por isso :

Deve-se escolher uma pasta dentífrica com flúor.



12

Características para uma escova dentária



- Adaptável às condições de cada pessoa
- De manipulação simples;
- De lavagem e secagem rápida;
- Barata e duradoura;
- Filamentos direitos;
- Pontas dos filamentos arredondadas.

NOTA:

- As escovas dentárias devem ser substituídas de 3 em 3 meses, para não haver esquecimento nova estação nova escova na mão (Outono, Inverno, Primavera, Verão).

14

Nunca usar escova neste estado



15

O que comemos, que faz mal aos dentes

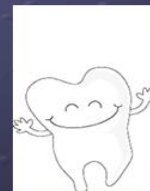
- Deve-se ter uma alimentação saudável, evitar a ingestão de alimentos açucarados especialmente nos intervalos das refeições, ou se comerem de seguida lavar os dentes.



16

Quantidade de pasta dentífrica

- A quantidade de pasta dentífrica corresponde ao tamanho da unha do dedo polegar horizontalmente ou tamanho de uma ervilha.



17

Devem regularmente fazer a visita ao dentista

- Deve-se fazer uma visita ao dentista pelo menos uma vez por ano.
- A visita ao dentista regularmente é uma forma de detetar mais rápido a presença de cáries e outros problemas.



18

Conselhos

- Escovar os dentes 2/3 vezes por dia.
- Escolher uma escova dentes adequada.
- Substituir de 3 em 3 meses (no máximo).
- Fazer uma alimentação adequada.
- Fornecer ao dente a quantidade de flúor necessária.
- Não fumar.
- Consultar o dentista pelo menos 1 vez no ano desde a erupção do 1 dente.

19

Vamos recordar o que aprendentes com um breve filme.

http://www.youtube.com/watch?v=l3B7-bAb1_Y



19

Vamos fazer a avaliação sobre o que aprenderam hoje sobre a Saúde Oral!!!!

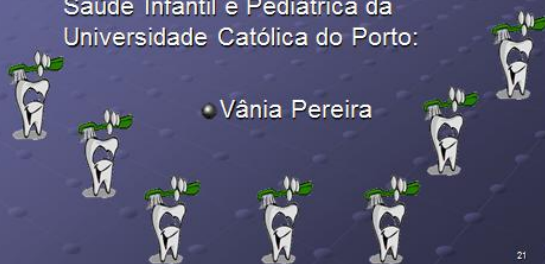


20

Escola ...

Trabalho realizado pelas estagiárias da Pós- Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto:

● Vânia Pereira



21

Anexo XV – Questionário sobre a “Higiene oral”

Nome:

Idade:

Turma:

Ano:

QUESTÕES:

1. Consideras importante saúde oral?

☐ Sim

☐ Não

2. Das afirmações que se seguem assinale quais são as verdadeiras (V) e as falsas (F):

☐ Não se deve lavar os dentes após as refeições;

☐ Os ácidos provocam buracos nos dentes causando dor;

☐ As bactérias nos dentes só beneficiam uma boca saudável;

☐ Os buracos têm o nome de cáries;

☐ Para a formação de uma cárie é necessário alimento, tempo, dentes e bactérias;

☐ Deve-se ir ao dentista de 3 em 3 meses.

3. Para destruir as bactérias é necessário (assinale as afirmações verdadeiras (V) e falsas (F)):

☐ Não escovar os dentes;

☐ Usar o fio dentário as vezes;

☐ Usar sempre pasta dentífrica.

4. Para um boa escovagem deve-se: (verdadeiras (V) e falsas (F)):

- ☐ Molhar a escova de dentes;
- ☐ Escovar os dentes 3x3x3;
- ☐ Inicialmente escova-se os dentes da frente de cima para baixo como rotativamente;
- ☐ O fio dentário permite a limpeza entre os dentes.

5. Os dentes devem ser lavados (assinale as afirmações verdadeiras):

- ☐ 5 Vezes dia;
- ☐ Devem se lavar 2 vezes dia após as refeições;
- ☐ Deve-se demorar aproximadamente 5 minutos.

6. Qual a função do flúor (assinale a falsa (F) e verdadeira (V)):

- ☐ Prevenção da cárie dentária;
- ☐ Não dá ao dente o flúor necessário;
- ☐ O flúor traz fortalecimento ao dente.

7. Das seguintes afirmações diga quais são as verdadeiras (V) e as falsas com (F) acerca das características da escova de dentes:

- ☐ A escova de dentes deve-se muito dura;
- ☐ A escova deve ser de manipulação macia;
- ☐ Cara de duradoura;
- ☐ Filamentos direitos;
- ☐ Pontas de filamentos arredondadas;
- ☐ Deve-se de trocar de escova de 3 em 3 meses.

Anexo XVI – Plano de Sessão sobre “Alimentação Saudável”

PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



Título: Alimentação Saudável

Local: Agrupamento Escolar da Frei Bartolomeu dos Mártires

Destinatários: Alunos do 6º Ano de Escolaridade

Responsáveis: Aluna Estagiária da Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica - Vânia Pereira.

Data da Sessão: 13 de Março de 2013

Hora da Sessão: 8:30 às 10:00 horas e das 13:30 às 12:00 horas

Tempo Previsto: 60 minutos

Objectivos Gerais:

- Informar as crianças sobre a prática de um estilo de vida saudável bem como os seus benefícios.
- Alertar as Crianças para a importância da prática de atividade física.

Objectivos Específicos:

- ✦ Informar as crianças sobre uma alimentação equilibrada.
- ✦ Informar a criança sobre o balanço energético.
- ✦ Orientar as crianças para uma alimentação equilibrada.
- ✦ Sensibilizar as crianças para a prática de exercício físico.
- ✦ Informar as crianças sobre os factores que levam à obesidade, bem como os problemas associados à mesma.
- ✦ Explicar a forma de avaliar um peso saudável.

Estrutura	Tempo previsto	Conteúdos expostos	Estratégia	Metodologia	Recursos Materiais	Avaliação
<u>Introdução</u>	5 Min.	• Apresentação pessoal e do tema • Objetivos • Apreciação da motivação e dúvidas existentes sobre o tema.		Método expositivo e participativo	Computador / Datashow	
<u>Desenvolvimento</u>	45 Min	• Balanço energético • Roda dos alimentos e o que a constitui • Constituição das refeições • Comparar escolhas alimentares • Recomendações gerais • Atividade física e estilos de vida saudáveis • O que à obesidade	Convidas as crianças a relatarem as suas práticas diárias relativamente ao tema. Solicitar a participação das crianças. Será pedido à turma para se organizarem em grupos. Posteriormente será entregue alguns alimentos para a identificação da Rotulagem com o título “Tinhas Noção??”, em que os objetivos são: • Identificar quais os constituintes de um rótulo; • • Comparar diferentes produtos através da sua rotulagem; • Enumerar equivalências entre alimentos da leitura do rótulo	Método expositivo e participativo	Computador / Datashow	

<u>Desenvolvimento</u>	45 Min.	- Fatores que contribuem para a obesidade - Problemas de saúde associados à obesidade infantil - Estilos de vida - Benefícios da atividade física - Como avaliar um peso saudável - Regras de higiene	Neste sentido pretende-se que atinjam determinadas competências nomeadamente: - Saber ler um rótulo; - Identificar os alimentos chaves de um rótulo; - Comparar diferentes produtos através da sua rotulagem	Método expositivo e participativo	Computador / Datashow	
<u>Conclusão</u>	10 Min.	- Reforçar as ideias principais sobre a temática tratada. - Avaliação das dúvidas presentes. - Aplicação do questionário da avaliação da sessão.	Solicitar a participação das crianças para retirar dúvidas.	Método participativo	Computador/ Datashow Entregar Certificados de Participação	As crianças apresentaram à turma o trabalho proposto com o tema Rotulagem “Tinhas Noção???”

Anexo XVII – Apresentação sobre a “Alimentação Saudável”

Alimentação Saudável!!



Balança Energética

- Quantas vezes comes por dia?
- "Saltas" refeições?
- O que comes?
- És ativo(a) pelo menos uma hora por dia todos os dias?
- Práticas atividade física?
- Como utilizas o teu tempo livre?



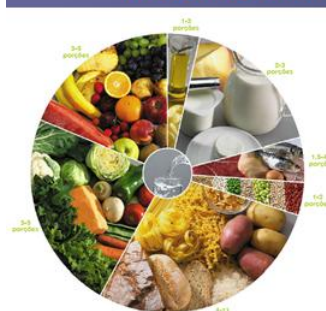
2

Fazes escolhas saudáveis??



3

Roda dos Alimentos



Divide-se em 7 grupos

- Cereais e derivados, tubérculos – 28%
- Hortícolas – 23%
- Fruta – 20%
- Lactínios – 18%
- Carne, pescado e ovos – 5%
- Leguminosas – 4%
- Gorduras e óleos – 2%

Água (1,5-3 L/dia)



Importância do nº e qualidade das refeições

Começar o dia sempre com o **PEQUENO-ALMOÇO!**



Previne o ganho de peso
Energia para as atividades do dia
Alimentação mais saudável



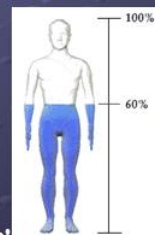
Ao longo do dia repartir as várias refeições por intervalos que não sejam superiores a 3h
(5-6 refeições/dia)

Pequeno-almoço
Meio da manhã
Almoço
Lanche
Jantar
Ceia...

5

ÁGUA

Muito importante para o nosso corpo



Uma função reguladora!

6

Comprar escolhas alimentares



7

Pequeno-almoço



Taça de leite meio-gordo (250 ml) com cereais de chocolate (35g) = **250 Kcal**



1 copo de leite meio-gordo (200 ml) com Cereais integrais (35g) = **205 Kcal**
-45 Kcal

8

Meio da manhã/Lanche



1 Donuts

275 Kcal



(74g) cl fiambre e queijo

477 Kcal



(150g)



(3)

130 Kcal



(168 ml)



(3)

164 Kcal

9

Almoço/Jantar



495 Kcal



340 Kcal
(médias)



176 Kcal
(média)



275 Kcal

1286 Kcal



84 Kcal
(300 ml)



261 Kcal
(100g de frango e 80 g de
espaguete dps de cozido)



56 Kcal
(80g alface + 50g
tomate +4g azeite)



62 Kcal

463 Kcal

- 823 Kcal!!!!

10

Recomendações gerais

- Alimentação variada e equilibrada;
- Fazer 5 a 6 refeições por dia;
- Tomar sempre o pequeno-almoço;
- Iniciar as refeições principais com sopa;



11

Recomendações gerais

- Comer mais peixe;
- Aumentar e variar o consumo de frutas;
- Nas refeições principais ter presente no prato legumes e vegetais (1/2 prato ou mais...);
- Diminuir o consumo de fritos;



12

Recomendações gerais

- Preferir confecções com água (sopas, caldeiradas, estufados, cozidos);
- Diminuir a quantidade de sal na alimentação;
- Ler os rótulos dos alimentos;
- Diminuir o consumo de doces, bolos, refrigerantes, etc;



13

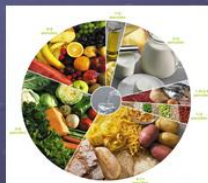
Recomendações gerais

- Beber água diariamente (cerca de 1,5L a 3L);
- Praticar Actividade Física.



14

COME BEM, VIVE MELHOR! AUMENTA O TEU CAPITAL DE SAÚDE



15

Atividade Física e Estilos de Vida

- Dependendo do teu estilo de vida podes escolher ser mais ou menos ativo. Ou seja, podes ser:

● Ativo



● Sedentário



16

O QUE É A OBESIDADE INFANTIL?

Quando as pessoas têm excesso de peso para a sua idade e tamanho.



17

Fatores que contribuem para a Obesidade Infantil

- Biológicos
- Genético
- Envolvimento
- Comportamentos

18

Problemas de Saúde associados à Obesidade Infantil

- Desânimo
- Baixa auto-estima
- Cansaço
- Isolamento
- Quebra no rendimento escolar
- Depressão
- Discriminação
- Bullying Infantil

20

Problemas de Saúde associados à Obesidade

- Hipertensão Arterial
- Colesterol Elevado
- Diabetes tipo II
- Problemas de ossos e articulações
- Problemas respiratórios (apneia do sono)
- Alterações do sono
- Distúrbios Hepáticos
- Embolismo pulmonar
- Vários tipos de cancro

19

Estilos de vida

• Sedentário

- Tv., video jogos, computador, etc....
- Não praticam actividade física diária

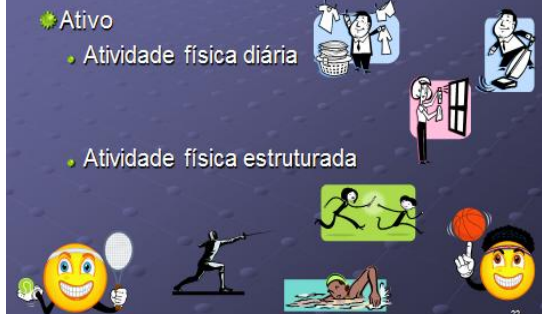


21

Estilos de vida

• Ativo

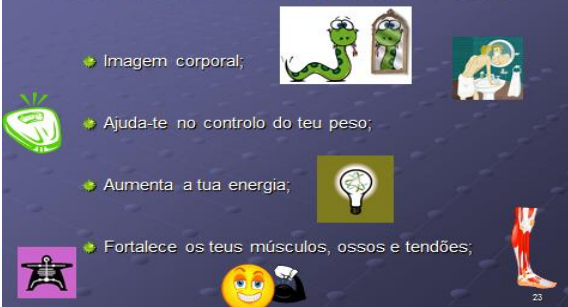
- Atividade física diária
- Atividade física estruturada



22

Benefícios da Atividade Física

- Imagem corporal;
- Ajuda-te no controlo do teu peso;
- Aumenta a tua energia;
- Fortalece os teus músculos, ossos e tendões;



23

Benefícios da Atividade Física

- Melhora a tua flexibilidade e postura;
- Reduz o risco de doenças Cardiovasculares;
- Prevenção de doenças como por exemplo:

Diabetes tipo 2, Hipertensão

Concluindo Corpo São em Mente São

24

Sem possibilidades de escolha!



Peixe ou Carne

Arroz, Massa ou Batatas



Salada e Legumes

25

Para manter um peso saudável

- É necessário seguir as recomendações da nova roda dos alimentos e praticar exercício físico moderado e regular, é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$$

Se IMC...

< 18,5 = baixo peso
18,5 — 24,9 = peso normal
25,0 — 29,9 = excesso de peso
> 30,0 = obesidade

26

Outros conselhos importantes

Regras de higiene

- Lavar sempre muito bem os alimentos, mesmo os que vão ser cozinhados;
- Lavar sempre as mãos antes das refeições
- Lavar sempre os dentes após as refeições.

28

Através da combinação dos alimentos podem comer de uma forma saudável e agradável, podendo desta forma utilizar também os alimentos que mais gostam...

...e não se esqueçam que, é preferível trazer os lanches de casa do que escolherem alimentos pouco saudáveis!

27

Alimentação Saudável!

A escolha é tua!!!!



Crianças Saudáveis, Crianças Felizes!

E no futuro...

...Adultos Saudáveis!



29

Agrupamento Escolar da Frei Bartolomeu dos Mártires

Trabalho realizado pela estagiária da Pós- Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto:

• Vânia Pereira

32

Bibliografia

- Baptista Isabel, *Educação Alimentar em Meio Escolar Referencial para uma oferta Alimentar Saudável*, Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Programa Operacional de Saúde, Instituto do consumidor, *A nova roda dos alimentos ... um guia para a escolha alimentar diária!*
- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Instituto do Consumidor, 2004, *Guia os Alimentos na Roda*, Instituto do Consumidor, Lisboa.

Anexo XVIII – Avaliação da Sessão através da identificação da Rotulagem

ROTULAGEM

Objetivo

1	Identificar quais os constituintes de um rótulo
2	Comprar diferentes produtos através da sua rotulagem
3	Enumerar equivalências entre alimentos através da leitura do rótulo

Competências a adquirir

- 1) Saber ler um rótulo;
- 2) Identificar quais os elementos chave de um rótulo;
- 3) Comparar diferentes produtos através da sua rotulagem

Tinhas

Noção???



Um mercado de Ofertas

A diversidade de produtos alimentares disponíveis atualmente no mercado não são mais do que o reflexo da diversidade de consumidores existentes na atualidade.

O que pretende o mercado de consumo???

Dar resposta às necessidades ou criar a necessidade???

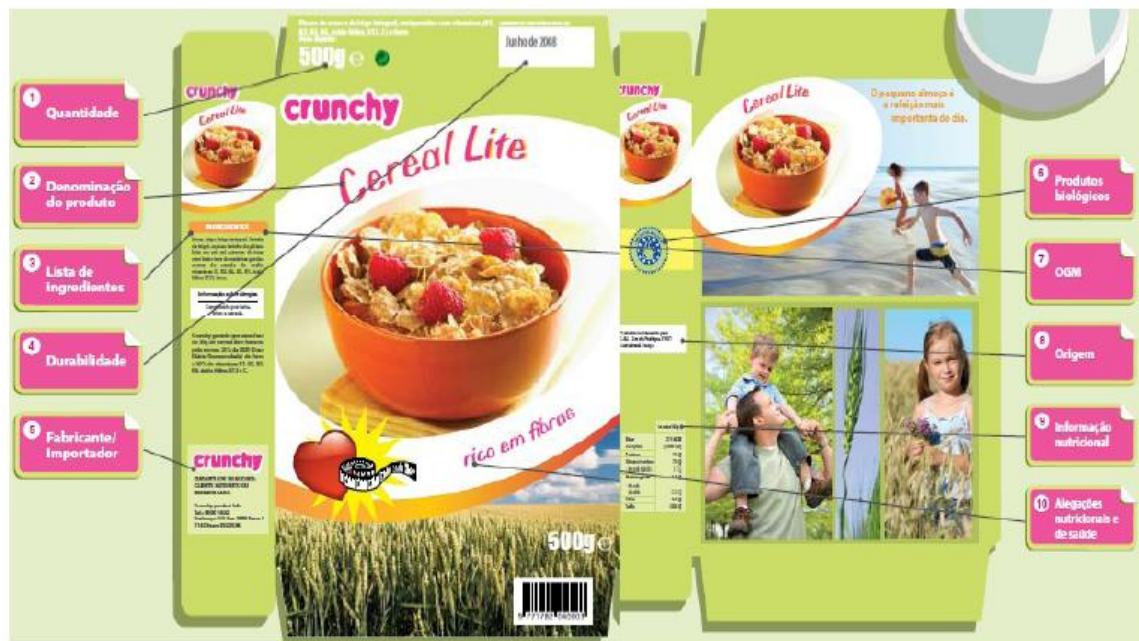
Ao longo dos anos têm sido criadas necessidades ao consumidor através de estratégias de marketing. Se pensarmos, o Fast Food surgiu com o conceito de ganhos em tempo pelos trabalhadores. Este conceito surgiu e chegou para ficar e não pela falta de tempo mas pelo hábito que foi implementado nas nossas gerações.

Novos produtos alimentares são lançados no mercado diariamente. Formas inovadoras de obtenção de alimentos são criadas, mas então e tu, conheces os produtos com que contactas diariamente?

Para que possas fazer as tuas próprias escolhas de forma informada, vamos dar-te algumas ferramentas te irão permitir fazer a análise dos teus rótulos e facilitar as tuas escolhas num mercado de abundância.



Constituintes de um rótulo



Atenção Especial a:

Data de Durabilidade

- "Consumir até". O produto não deve ser consumido após a data de validade, porque corre risco de intoxicação alimentar
- "Consumir de preferência antes de". Após a data o alimento pode perder o seu sabor e textura.

Lista de Ingredientes

- Todos os ingredientes tem de constar no rótulo por ordem decrescente de peso, ou seja primeiro de maior e no final o de menor quantidade.

Informação Nutricional

- Deve constar o valor energético e nutricional de cada alimento.

Informação Nutricional – Atividade

Informação Nutricional			
Valores Médios	Por 100g	Por Dose (250g)	%VDR
Valor energético	82Kcal	206Kcal	10%
Proteínas	2,5g	6,3g	
Glicídios	13,4g	33,5g	
Dos quais açúcares	13,4g	33,5g	37%
Lípidos	2,0g	5,0g	7%
Dos quais saturados	1,4g	3,0g	11%
Fibra	0,4g	1,0g	4%
Sódio	0,04g	0,11g	

1- Com esta atividade é proposto que consigas reconhecer as porções de alimentos que deves consumir e quais as equivalências entre diferentes alimentos que consumes habitualmente.

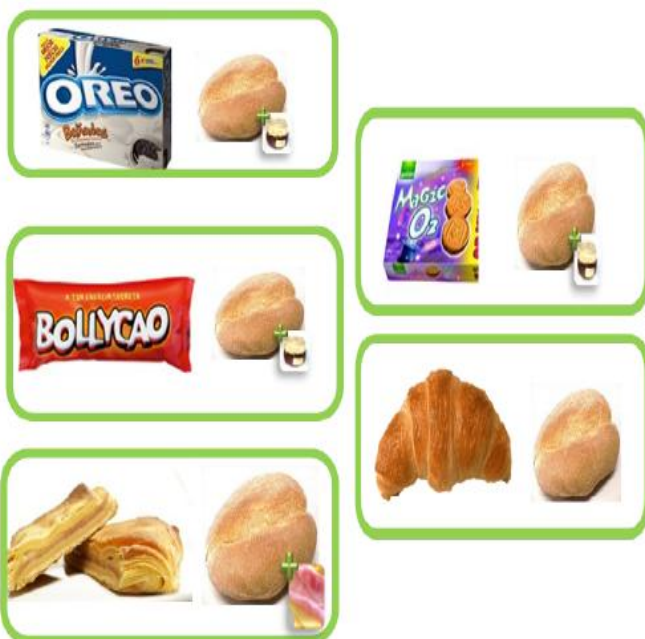
2- Primeiro deves olhar para cada rótulo e ver qual o seu valor nutricional por porção.

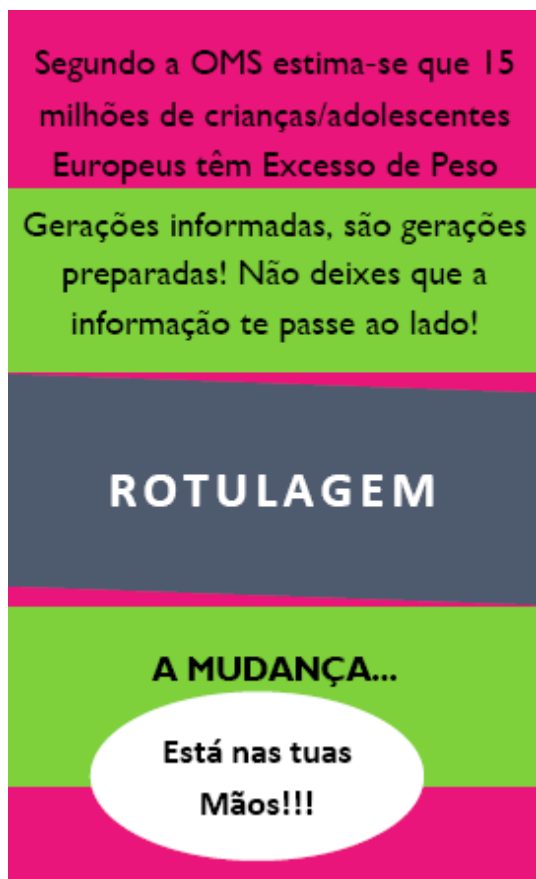
3- Deves fazer equivaler os diferentes alimentos entre os diferentes grupos que te são apresentados. Esta equivalência tem por base o valor calórico dos diferentes alimentos.

Nota: As equivalências podem também ser feitas por teor lipídico ou glicídico presentes nos alimentos.

4— Em seguida deves mostrar aos teus colegas de turma qual a equivalência entre os diferentes alimentos para que todos tenham noção do que consomem diariamente e de possíveis escolhas que podem fazer.

“Sê Informado(a) – Decide





Descreve aqui as equivalências entre os diferentes grupos:

Então o que estes alimentos representam em relação aquilo que deves consumir diariamente???

Para que não te restem dúvidas:

Necessidades Energéticas e Nutricionais Diárias:

Adolescentes sexo Feminino entre 14 e 16 anos	
Necessidades Energéticas Diárias	2000
Necessidades Proteicas	64g
Necessidades Lipídicas	67g
Necessidades Glicídicas	286g
Fibra	26g

Adolescentes sexo Masculino entre 14 e 16 anos	
Necessidades Energéticas Diárias	2600
Necessidades Proteicas	74g
Necessidades Lipídicas	87g
Necessidades Glicídicas	381g
Fibra	38g

Realizado : Enfermeiro Vânia Pereira

Anexo XIX – Plano de Sessão sobre “Resumo Mínimo de Dados”

PLANO DE SESSÃO

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para permitir uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial. Esta classificação permite ao enfermeiro identificar diagnósticos de enfermagem através de fenómenos de enfermagem. Ao fazer o Diagnóstico de Enfermagem, o enfermeiro planeia as suas intervenções de acordo com as necessidades da pessoa, com as suas necessidades, tendo em consideração as incapacidades com que se depara.

Esta Classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem através das respostas às intervenções de enfermagem e evolução positiva ou negativa dos status dados aos fenómenos nos diagnósticos feitos pelos enfermeiros. É uma forma de demonstrar resultados da prática de enfermagem também a nível jurídico. A CIPE permite utilizar a sua linguagem informaticamente.

Dado que existe uma consciência por parte dos enfermeiros da UCINP, da crucial importância dos registos de enfermagem para a produção de conhecimento científico em Enfermagem, tem-se vindo a desenvolver esforços para a qualidade dos registos de enfermagem, de forma a que se possa avaliar adequadamente os ganhos em saúde. Sendo, esta sessão de formação mais um contributo para o mesmo.

Fases	Atividades realizadas	Metodologia	Avaliação	Tempo
1-Identificação do Módulo				
Formadora: Enf ^o Magalhães Lima Aluna da especialidade Vânia Pereira		Local: UCINP da ULSAM de Viana do Castelo		
Formadores: Enfermeiros da UCINP		Data/Hora: 17 de Maio de 2012 às 14h.		
Tema: “Sistema de Informação de Enfermagem, Resumo Mínimo de Dados e Indicadores”		Duração: 60 minutos		
Destinatários: Enfermeiros que trabalham na UCINP da ULSAM de Viana do Castelo				
Caracterização da Situação: Um estudo de caso, em que é aplicado intervenções/diagnósticos de enfermagem tendo por base o sistema de informação de enfermagem, resumo mínimo de dados e seus indicadores segundo os critérios da ordem dos enfermeiros.				
2-Objectivo Geral				
• Apresentar o sistema CIPE/SAPE utilizado noutra realidade hospitalar.				
3-Objectivos Específicos				
Os formandos no final da ação deverão atingir: • Formular alguns diagnósticos/intervenções de enfermagem; • Demonstrar os parâmetros que caracterizam a avaliação inicial; • Caracterizar alguns diagnósticos/intervenções do processo e plano de cuidados de enfermagem; • Demonstrar algumas atitudes terapêuticas inerentes no sistema CIPE/SAPE; • Apresentar a estatística dos indicadores de qualidade.				

Introdução	• Comunicar o tema e os seus objetivos. • Conceitos gerais intervenções/diagnósticos de enfermagem.	Método expositivo. Método ativo. Método interrogativo.	<u>Avaliação inicial:</u> Testar os conhecimentos nos formandos.	10 min.
Desenvolvimento	Abordar o tema no que respeita: • Estudo de Caso • Avaliação inicial e sua parametrização. • Processo de enfermagem e seus diagnósticos/intervenções • Plano de cuidados de enfermagem. • Exemplos de atitudes terapêuticas: - Cateterismo venoso periférico; - Oxigenoterapia. • Estatística dos Indicadores de Qualidade	Método expositivo. Método interrogativo. Método ativa.	<u>Avaliação formativa:</u> Avaliar possíveis dificuldades de aprendizagem.	40 min.
Conclusão	- Síntese de ideias; - Esclarecimento de dúvidas.	Método expositivo. Método interrogativo. Debate.	<u>Avaliação sumativa:</u> Discussão dos temas expostos.	10 min.

Anexo XX – Apresentação sobre a “Resumo Mínimo de Dados”

Sistema de Informação de Enfermagem, Resumo Mínimo de Dados e Indicadores



Vânia Pereira

1

Resumo Mínimo de Dados

- “Sistema de informação e documentação de Enfermagem: suporte à decisão política e garantia da segurança e qualidade dos cuidados.”

Resumo Mínimo de Dados: OE, 2007

Vânia Pereira

2

Definição de diagnóstico de enfermagem

- “Designação atribuída por um enfermeiro”;
- “Decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem”;
- “É composto por conceitos contidos na classificação dos fenómenos.”

CIPE, Beta 2

Vânia Pereira

3

Definição de intervenção enfermagem

- “Ação realizada em respostas a um diagnóstico de enfermagem, com finalidade de produzir um resultado de enfermagem”.
- “Uma intervenção de enfermagem é composta por conceitos contidos nos eixos da classificação das ações”

CIPE, Beta 2

Vânia Pereira

4

Melhoria da qualidade dos cuidados

Indicadores

- Selecção de focos de atenção de enfermagem dão visibilidade ao trabalho desenvolvido pela equipa: Papel Parental, Maceração, Aspiração.

Auditorias

- Mensalmente;
- Aumento a preocupação da equipa com os registos e consequentemente melhoria dos registos.

Vânia Pereira

5

Em que consiste:

- Diagnóstico e intervenções que não produzem cálculo de indicadores (não estão no RMD)
- Diagnóstico e intervenção que produzem cálculo de indicadores

Vânia Pereira

6

Estudo de Caso



Vânia Pereira

7

A RN com designação de M. 2ª Gémea, deu entrada na UCINP do Hospital de Viana do Castelo no dia 24 de Abril do presente ano.

RN do sexo feminino de 34 semanas, nascida por cesariana com peso 1,900g.

Deu entrada por prematuridade. Apresentava dificuldade respiratória: gemido, tiragem global e polipneia, ficou em ventilação espontânea com oxigénio residual de 0,5 litro/minuto nas primeiras horas.

Efetuada colheitas de sangue e RX de controlo. Iniciou antibioterapia ampicilina e gentamicina EV.

Vânia Pereira

8

Avaliação Inicial



Vânia Pereira

9

Vânia Pereira

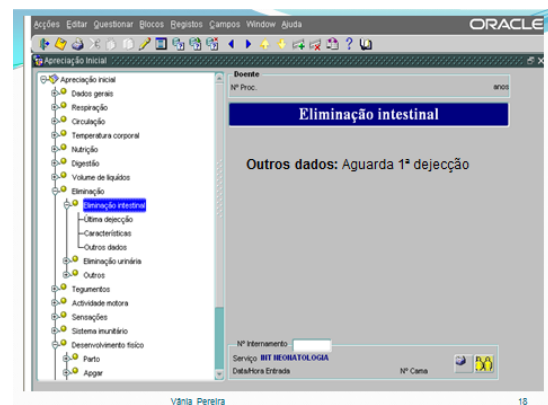
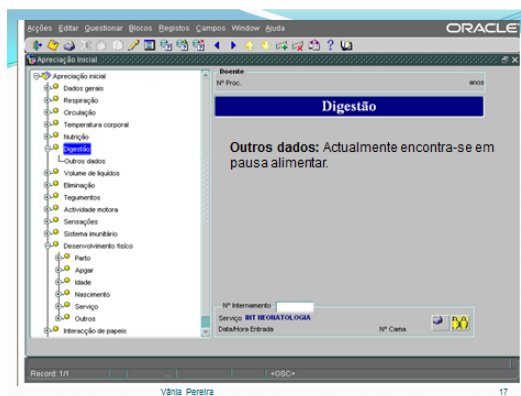
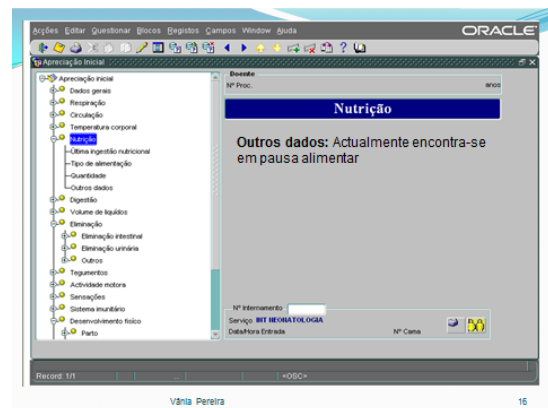
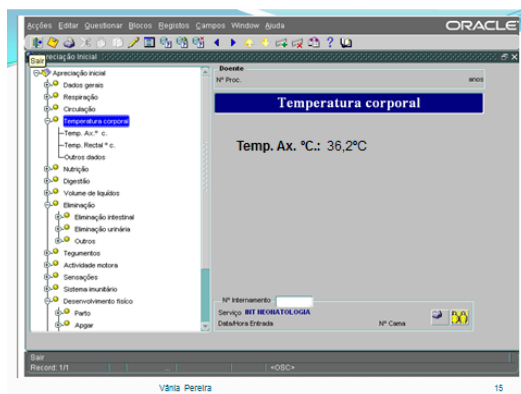
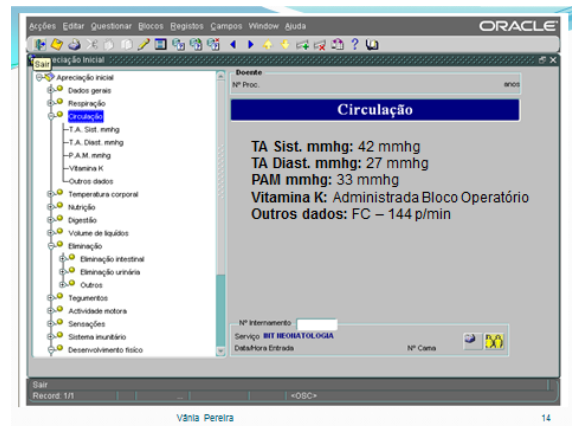
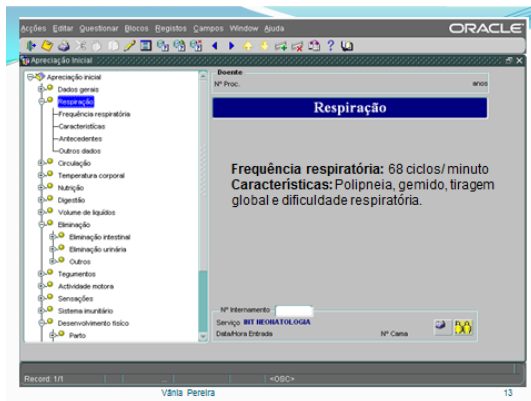
10

Vânia Pereira

11

Vânia Pereira

12



Oracle

Aplicação Inicial

Doente

Nº Proc. anos

Eliminação urinária

Outros dados: Aguarda 1ª micção

Nº Internamento

Serviço: **INT. NEONATOLOGIA**

Data/Hora Entrada

Nº Cama

Vânia Pereira

19

Oracle

Aplicação Inicial

Doente

Nº Proc. anos

Eliminação intestinal

Outros dados: Aguarda 1ª dejeção

Nº Internamento

Serviço: **INT. NEONATOLOGIA**

Data/Hora Entrada

Nº Cama

Vânia Pereira

18

Oracle

Aplicação Inicial

Doente

Nº Proc. anos

Tegumentos

Coto umbilical: Gelatinoso, sem sinais inflamatórios

Outros dados: Pele íntegra

Nº Internamento

Serviço: **INT. NEONATOLOGIA**

Data/Hora Entrada

Nº Cama

Vânia Pereira

20

Oracle

Aplicação Inicial

Doente

Nº Proc. anos

Actividade motora

Outros dados: RN reactivo

Nº Internamento

Serviço: **INT. NEONATOLOGIA**

Data/Hora Entrada

Nº Cama

Vânia Pereira

21

Oracle

Aplicação Inicial

Doente

Nº Proc. anos

Sensações

Outros dados: Gemido contínuo

Nº Internamento

Serviço: **INT. NEONATOLOGIA**

Data/Hora Entrada

Nº Cama

Vânia Pereira

22

Oracle

Aplicação Inicial

Doente

Nº Proc. anos

Parto

Data: 24.05.2012

Hora: 13 horas

Tipo Parto: Cesariana

Tempo de gestação: 34 semanas

Tipo de gestação: Gravidez vigiada que decorreu sem intercorrências

Nº Internamento

Serviço: **INT. NEONATOLOGIA**

Data/Hora Entrada

Nº Cama

Vânia Pereira

23

[illegible]

Oracle Health Information Systems (HIS) interface showing a patient record for 'Nascimento'.

Left Sidebar (Medical History):

- Volume de líquidos
- Eliminação
- Eliminação intestinal
- Eliminação urinária
- Outros
- Tegumentos
- Atividade motora
- Sensações
- Sistema muscular
- Desenvolvimento físico
- Parto
- Algar
- Idade
- Nascimento** (selected)
- Pressão
- Perímetro cefálico Cm.
- Comprimento Cm.
- Outros dados
- Serviço
- Outros
- Interação de papéis
- Outros

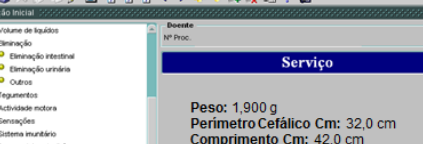
Main Content Area:

Nascimento

Peso: 1,900 g
 Perímetro Cefálico Cm: 32,5 cm
 Comprimento Cm: 42,0 cm

Bottom Status Bar:

Record: 1/1 | «OSC»



Ações Editar Questionar Blocos Registros Campos Window Ajuda

Apreciação Inicial

- Volume de líquidos
- Eliminação
- Eliminação intestinal
- Eliminação urinária
- Outros
- Tegumentos
- Atividade motora
- Sensações
- Sistema muscular
- Desenvolvimento físico
- Prélio
- Apgar
- Idade
- Nascimento
- Antropometria**
 - Peso Kg.
 - Perímetro cefálico Cm.
 - Comprimento Cm.
 - Outros dados
- Outros
- Interação de papéis
- Outros

Doente
Nº Proc. anos

Serviço

Peso: 1,900 g
Perímetro Cefálico Cm: 32,0 cm
Comprimento Cm: 42,0 cm

Nº Internamento:
Serviço INT REOBATORIOLOGIA
Data Hora Entrada

Nº Cama  

Recorrido 1/1

Vânia Pereira

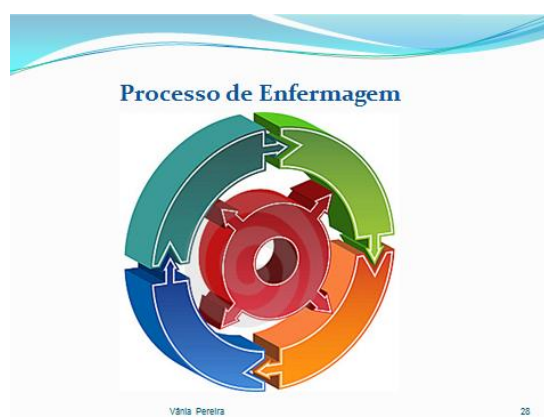
«OSA»

26

The screenshot shows the Oracle Forms application 'Apreciação Inicial'. The top menu bar includes 'Ações', 'Editar', 'Questionar', 'Bancos', 'Campos', 'Window', and 'Ajuda'. The Oracle logo is in the top right corner. The left pane shows a tree structure with 'Interação de papéis' selected. The main window displays a form titled 'Interação de papéis' with the following text:

Prestador de cuidados: S
Parentesco: Mãe
Contacto: 96 ...
Agregado familiar: Pais
Outros: Pais interessados nos cuidados ao RN

At the bottom of the form, there are fields for 'Nº Internamento', 'Serviço: INT REBIOLOGIA', and 'Data Hora Entrada'. The bottom status bar shows 'Record 1/1' and a navigation button '←OBC→'.



[illegible][illegible]

The screenshot shows the Oracle HIS interface for the 'Processo de Enfermagem' (Nursing Process). On the left, there's a sidebar with 'Intervenções Prescritas' (Prescribed Interventions) listing categories like Diagnoses, Hypotheticals, Factors, Etiology, Pathophysiology, and Pathogenesis. The main window has a header with 'Módulo' and 'Anexo'. Below it, a table titled 'Foco de Atenção' (Focus of Attention) is visible, with columns for 'Status' and 'Término'. At the bottom, there are tabs for 'Status', 'Término', and 'Intervenções', with the last one highlighted by a red circle and a red arrow. The footer includes fields for 'Nº Internamento', 'Serviço INT RECIPIENTOLOGIA', 'Data/Hora Entrada', 'Nº Cama', and a record count of 'Record: 1/6'.

Foco: Aspiração

Diagnósticos de Enfermagem

Risco de aspiração

Conhecimento dos pais para prevenir a aspiração, Não demonstrado

- Ensinar...
- Incentivar...

**Aprendizagem de capacidades dos pais para prevenir a
aspiração, Não demonstrado**

- Treinar...
- Instruir...

Intervenções de Enfermagem

Risco de aspiração

- ❑ Aspirar secreções
- ❑ Elevar cabeceira da cama
- ❑ Evitar aspiração através de técnica de posicionamento
- ❑ Executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração

Conhecimento dos pais para prevenir a aspiração, Não demonstrado

- ❑ Ensinar os pais sobre condições de risco para a aspiração

Vânia Pereira

35

Foco: Maceração

Maceração: É um tipo tecido com as características específicas: abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado a presença contínua da humidade e de pele molhada.

CIPE Beta 2

Vânia Pereira

Cont.

36

Diagnósticos de Enfermagem

Risco de Maceração

Conhecimento dos pais sobre prevenção de maceração.

- Ensinar...
- Incentivar...

Aprendizagem de Capacidades dos pais para prevenir a maceração.

- Treinar...
- Instruir...

Não Demonstrado:

Vânia Pereira

Cont.

37

Intervenções de Enfermagem

Risco de maceração

- Optimizar a fralda
- Aplicar creme
- Proteger a pele de líquidos orgânicos
- Vigiar pele

Vânia Pereira

Cont.

38

Intervenções de Enfermagem Conhecimentos ...

Ensinar

- Ensinar os pais sobre condições de risco para a maceração.
- Ensinar os pais sobre prevenção da maceração

Vânia Pereira

39

Foco: Papel Parental

Papel Parental: É um tipo de interacção de papéis com as características específicas: Interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quando aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente.

CIPE Beta 2

Vânia Pereira

Cont.

40

Diagnósticos de Enfermagem

Papel Parental: não adequado

Conhecimento dos pais:

- desenvolvimento infantil;
- realizar a troca da fralda
- tratamentos da criança;
- recurso da comunidade;
- vacinação da criança.

Não Demonstrado:

- Ensinar...
- Incentivar...

Vânia Pereira Cont. 41

Intervenções de Enfermagem

Papel Parental: Não adequado

- Assistir no Tomar conta do Recém- Nascido
- Incentivar o papel parental durante Hospitalização

Vânia Pereira 42

Foco: Infecção

Infecção: É um tipo de função do sistema imunitário com as características específicas: invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo.

CIPE Beta 2

Vânia Pereira Cont. 43

Diagnóstico de Enfermagem

Infecção

Risco de Infecção

- Conhecimento dos pais sobre sinais de infecção não demonstrado.
- Conhecimento dos pais sobre transmissão de infecção não demonstrado.
- Aprendizagem e habilidades dos pais sobre sinais de infecção não demonstrado.
- Aprendizagem e habilidades dos pais sobre prevenção de transmissão de infecção não demonstrado

Vânia Pereira Cont. 44

Intervenções de Enfermagem

Risco de Infecção

- ✓ Executar tratamento ao local de inserção do cateter periférico
- ✓ Manter medidas de prevenção de contaminação
- ✓ Ensinar os pais sobre medidas de transmissão de infecção
- ✓ Monitorizar temperatura corporal
- ✓ Vigiar sinais de infecção

Vânia Pereira Cont. 45

Foco: Desenvolvimento Infantil

Desenvolvimento Infantil: É um tipo de crescimento com características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estados de crescimento e de desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância e até a idade adulta.

CIPE Beta 2

- **Desenvolvimento infantil alterado**

Vânia Pereira Cont. 46

Intervenções de Enfermagem

Desenvolvimento infantil alterado

- ❖ Vigiar a eliminação intestinal
- ❖ Vigiar a eliminação urinária
- ❖ Monitorizar o peso
- ❖ Monitorizar o comprimento
- ❖ Monitorizar perímetro cefálico
- ❖ Executar diagnóstico precoce

Vânia Pereira

47

Foco: Dispneia

CIPE Beta 2

É um tipo de respiração com características específicas: Movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço, crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, som respiratório adventícios, sibilos estertores, roncos ressonância dos sons a percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.

Vânia Pereira

Cont.

48

Graus do Foco: Dispneia

Grau reduzido: polipneia, tiragem, taquicardia

Grau moderado: polipneia, tiragem, taquicardia, necessidades de oxigénio

Grau elevado: polipneia, tiragem, taquicardia, adejo nasal, sibilos respiratórios, necessidades de oxigénio

Vânia Pereira

Cont.

49

Intervenções de Enfermagem

Dispneia, grau moderado

- ❖ Monitorizar Frequência respiratória
- ❖ Monitorizar saturação de oxigénio
- ❖ Optimizar posicionamento
- ❖ Vigiar respiração
- ❖ Vigiar sinais de dispneia

Vânia Pereira

50

Foco: Conforto

Conforto é um tipo de sensação com as seguintes características específicas: sensação de tranquilidade física e bem estar corporal.

CIPE Beta 2

Vânia Pereira

Cont.

51

Intervenções de Enfermagem

Conforto alterado

- ❖ Optimizar o posicionamento
- ❖ Aplicar creme
- ❖ Promover o conforto
- ❖ Massajar partes do corpo
- ❖ Dar banho

Vânia Pereira

52

Foco: Dor

Dor é um tipo de sensação com características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiências subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso ...

CIPE Beta 2

Vânia Pereira

Cont.

53

Intervenções de Enfermagem

Dor presente

- Monitorizar dor através da escala
- Vigiar a dor

Vânia Pereira

54

Plano de Enfermagem



Vânia Pereira

55

Vânia Pereira

56

Vânia Pereira

57

Vânia Pereira

58

Prescrições Médicas



Vânia Pereira

59

Atitudes terapêuticas prescritas

- Monitorizar frequência respiratória;
- Monitorizar frequência cardíaca;
- Monitorizar tensão arterial;
- Monitorizar saturações do oxigénio periférico;
- Monitorizar da glicemia;
- Monitorizar temperatura corporal;
- Cateter venoso periférico;
- Eliminação urinária;
- Eliminação intestinal;
- Oxigenoterapia;
- Fototerapia;
- Etc.

Vânia Pereira

60

Oracle Health Sciences

Prescrições Médicas

Doente: N° Processo: Idade: anos

Atitudes Terapêuticas Prescritas

Atitude Terapêutica	Inicio	Fim	Data
FREQUENCIA CARDÍACA: MONITORIZAR	2012.03.02	22:04	
SATURACÃO DO OXIGÊNIO PERIFÉRICO: MONITORIZAR	2012.03.02	22:04	
TEMPERATURA CORPORAL: MONITORIZAR	2012.03.02	22:04	
TENSÃO ARTERIAL: MONITORIZAR	2012.03.02	22:04	
FREQUENCIA RESPIRATÓRIA: MONITORIZAR	2012.03.02	22:04	
OXIGENOTERAPIA 24% 2LM	2012.03.02	22:04	
OUTRA ATITUDE (CONSULTAR OBSERVAÇÕES)	2012.03.03	16:33	

Observações: OXIGENOTERAPIA 24% 2LM

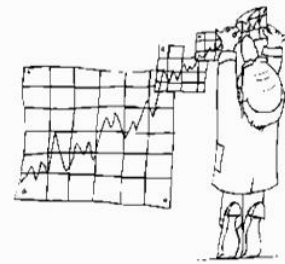
Relatório: ☐ de x em x horas ☐ hora fixa ☐ dia(s) e turno(s) 8... ☐ de x em x dias ☐ agora ☐ por turnos ☐ S.O.S. ☐ turno fixo

N° Internamento: Serviço: Data/Hora Entrada: N° Cama:

Vânia Pereira

61

Estatística dos Indicadores de Qualidade



Vânia Pereira

62

PROCESSO: P1 - Taxa de Efectividade Diagnóstica do Risco

SE PROCS 1502 P1 - Taxa de Efectividade Diagnóstica do Risco

Data de Emissão: 11.01.12

Parâmetros: Seleccione valores para os seguintes parâmetros

ANO INICIAL: 2010

MÊS INICIAL: Out. 10

ANO FINAL: 2011

MÊS FINAL: Set. 11

Relatório: ☐ Problema Real ☐ Problema Real e Risco ☐ Problema Real e Risco e Risco ☐ Problema Real e Risco e Risco e Risco

Seleccione valores para os seguintes parâmetros

ANO INICIAL: 2010

MÊS INICIAL: Out. 10

ANO FINAL: 2011

MÊS FINAL: Set. 11

Relatório: ☐ Problema Real ☐ Problema Real e Risco ☐ Problema Real e Risco e Risco ☐ Problema Real e Risco e Risco e Risco

Problema	Problema Real	Problema Real e Risco	Problema Real e Risco e Risco	Problema Real e Risco e Risco e Risco
Problema	1	1	100%	2
Total	1	1	100%	2

Exemplo Geral Indicador 23

Vânia Pereira

63

Processamento: Seleccione valores para os seguintes parâmetros

Relatório: ☐ Problema Real ☐ Problema Real e Risco ☐ Problema Real e Risco e Risco ☐ Problema Real e Risco e Risco e Risco

Problema	Problema Real	Problema Real e Risco	Problema Real e Risco e Risco	Problema Real e Risco e Risco e Risco
Problema	1	1	100%	2
Total	1	1	100%	2

Exemplo Geral Indicador 23

Vânia Pereira

64

65

67

Anexo XXI – Documento de Apoio sobre “Resumo Mínimo de Dados”



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM
RESUMO MÍNIMO DE DADOS E INDICADORES DE QUALIDADE DE ENFERMAGEM

Autora:
Vânia Pereira

Porto, 20 de Novembro de 2012

ÍNDICE

1)	Introdução	3
2)	Definição do Resumo Mínimo de Dados.....	4
3)	Diagnóstico/Intervenções de Enfermagem	6
3.1)	Exemplo Diagnóstico/Intervenções de Enfermagem.....	6
4)	Estatística dos Indicadores de Qualidade	8
5)	Conclusão.....	10
6)	Referências	11

1) INTRODUÇÃO

O resumo mínimo de dados surge no decorrer de diversas reuniões entre a Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, ocorrida em 22 de Janeiro de 2007, na qual foi discutido a temática “Sistema de Informação de Enfermagem, Resumo Mínimo de Dados e Indicadores”.

Os documentos entregues ao Ministério da Saúde diz respeito a uma súmula evolutiva do “Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem” de Julho de 2004. O “Sistema de informação e documentação de Enfermagem” diz respeito á decisão politica tomada na data, a garantia da segurança e qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

Foi realizado um estudo de investigação na Escola Superior de Enfermagem do Porto juntamente com a ARS Norte, utilizando a versão Beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, estando o mesmo instalado no atual Sistema de Apoio à Pratica de Enfermagem (SAPE).

O presente documento tem como principal objetivo efetuar uma orientação das linhas gerais do modelo, de como é aplicado e qual a viabilidade para a aplicação do mesmo.

2) DEFINIÇÃO DOS RESUMO MÍNIMO DE DADOS

Para atingir um resumo mínimo de dados excelente, é necessário um conjunto de diagnósticos, bem como as suas intervenções associadas, para assim chegar ao resultado de enfermagem, respeitando assim a gestão na saúde.

Segundo Werley et al. (1991, p.421) entende que o resumo mínimo de dados é *“o conjunto mínimo de itens de informação referente das dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”*.

Sendo os indicadores itens de informação que possibilita à leitura dos dados da saúde da população, tem como objetivo primordial traduzir o estado de saúde, o que contribui para a melhoria e avaliação da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, bem como para os ganhos em saúde da população.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.2) nomeia como pressupostos para a sua realização os que são enunciados seguidamente:

1. *“A assunção, neste momento, dos aspetos, relacionados com a saúde das populações, que são. De forma significativa, influenciados, pela dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Neste sentido, a natureza dos conteúdos clínicos do RMDE (diagnóstico, intervenções e resultados) está orientada para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE”*
2. *“A assunção como prioritário de uma política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com um forte enfoque nos resultados, indo ao encontro daquilo que é adotado pelas diferentes organizações internacionais, ocupadas com a problemática da qualidade em saúde”*
3. *“O imperativo de, por um lado, disponibilizar informação capaz de auxiliar os programas locais de promoção e melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e, por esta via, da qualidade dos cuidados de saúde; e, por outro, fornecer síntese informativa que se revelam úteis aos diferentes níveis da tomada de decisão e governação em saúde”*
4. *O RMDE proposto pressupõe a incorporação de elementos de cariz sociodemográfico e de caracterização dos serviços, já hoje disponíveis na Rede de Informação de Saúde. Esta incorporação encontra-se em sintonia com os melhores quadros de referência internacionais”*

Os indicadores estão divididos em três grandes grupos: estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito ao número de horas que o enfermeiro leva a prestar determinado cuidado por dia (E1), outro tipo de indicador é o nível de dependência em cuidados hospitalares (E2) e a satisfação dos enfermeiros (E3).

O processo consiste na relação entre o número de casos com determinada problemática, tendo o risco devidamente documentado, e o número de casos com o mesmo problema, em determinado tempo.

Relativamente ao resultado resume-se à relação entre o número total de casos com risco referenciados com determinado problema, sendo o mesmo resolvido e tiveram atribuído pelo menos uma intervenção enfermagem, levando a uma prevenção de complicações (R1). As modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais) (R2), consiste no número total de casos resolvidos em determinado fenómeno/diagnóstico de enfermagem, com intervenção de enfermagem atribuída num determinado tempo. As taxas de ganhos possíveis/esperados de efetividade (R3), consiste no número de casos esperados de determinado fenómeno (diagnóstico), com intervenções de enfermagem. A satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem (R4), é algo que ainda está em definição.

Para a melhoria da qualidade de cuidados é necessário indicadores que representem a seleção de focos de atenção de enfermagem que dão visibilidade ao trabalho desenvolvido pela equipa, por exemplo: Papel Parental, Maceração, Aspiração.

As auditorias são fundamentais para atingir os indicadores de qualidade devendo ser efetuadas mensalmente e contribuindo para o aumento da preocupação da equipa com os registos e consequentemente melhoria dos mesmos.

Foram definidos pela Ordem dos Enfermeiros um Core de Focos de Enfermagem nas várias áreas na prestação de cuidados, como se pode observar nas tabelas abaixo mencionadas.

HOSPITAL

CENTRO DE SAÚDE

Área de assistência aos adultos	Área de assistência às crianças	Saúde infanto-juvenil
Aceitação do estado de saúde Adesão ao regime medicamentoso / dietético Aspiração Autocuidado: - Alimentar-se - Cuidar da higiene pessoal - Vestir-se e despir-se - Uso do sanitário - Transferir-se - Andar Cair Desidratação Dor Excesso de peso Incontinência urinária Insônia Limpeza das vias aéreas Malnutrição Medo Rigidez articular Tomar conta Úlcera de pressão	Adesão ao regime medicamentoso / dietético Amamentação Aspiração Cair Desenvolvimento infantil Desidratação Dor Excesso de peso Malnutrição Medo Parentalidade Tomar conta Úlcera de pressão	Adesão à vacina Amamentação Desenvolvimento infantil Excesso de peso Parentalidade Uso contraceptivos

3) DIAGNÓSTICO / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Segundo CIPE R define-se diagnóstico de enfermagem por uma *“Designação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico é composto por conceitos contidos nos eixos da Classificação dos Fenómenos”*.

Relativamente às intervenções de enfermagem a CIPE R menciona que é uma *“Ação realizada em respostas a um diagnóstico de enfermagem, com finalidade de produzir um resultado de enfermagem. Uma intervenção de enfermagem é composta por conceitos contidos nos eixos da classificação das Ações”*.

Para formular o diagnóstico de enfermagem e intervenções que permite atingir os dados dos indicadores de qualidade é necessário uma boa fundamentação. Para tal, deve-se definir o problema associado sempre à intervenção e ao diagnóstico respetivo, no âmbito dos conhecimentos manifestados através dos ensinamentos aplicados. No que concerne às aprendizagens, demonstram ou não as habilidades atingidas através dos ensinamentos efetuados, sendo da responsabilidade e autonomia da equipa de enfermagem, podendo ser melhor entendido na sumula referida abaixo.

Conhecimento dos pais para prevenir ..., Não demonstrado

- Ensinar...
- Incentivar...

Aprendizagem de capacidades dos pais para prevenir ..., Não demonstrado

- Treinar...
- Instruir...

3.1. EXEMPLO DE DIAGNÓSTICOS / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Foco: Aspiração

Diagnóstico/Intervenções de Enfermagem:

- Risco de Aspiração:

- ☐ Aspirar secreções
- ☐ Elevar cabeceira da cama
- ☐ Evitar aspiração através de técnica de posicionamento
- ☐ Executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração

- Conhecimento dos pais para prevenir aspiração, demonstrado / não demonstrado

- ☐ Ensinar os pais sobre condições de risco para a aspiração

- Aprendizagem de capacidades dos pais para prevenir a aspiração, demonstrado / não demonstrado

- ☐ Instruir os pais para posicionar a criança depois da refeição

Foco: Dor

Diagnóstico de Enfermagem:

- Dor presente no abdómen

- ☐ Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor
- ☐ Incentivar auto controlo dor
- ☐ Incentivar relação dinâmica com pessoas com auto controlo dor eficaz
- ☐ Monitorizar a dor através da escala de dor

- Conhecimento sobre gestão de analgésico, demonstrado / não demonstrado

- ☐ Ensinar sobre a gestão dos analgésicos
- ☐ Ensinar sobre auto administração de medicamentos analgésicos
- ☐ Ensinar sobre regime medicamentoso

- Aprendizagem de capacidades para gerir a terapêutica analgésica, demonstrado / não demonstrada

- ☐ Instruir sobre gestão dos analgésicos

4) ESTATÍSTICA DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Relativamente ao estudo a baixo mencionado, depreende que os profissionais de enfermagem preocupam-se com os indicadores de qualidade traduzindo os mesmos bons cuidados de enfermagem prestados à população. No entanto, existem falhas na sua aplicação uma vez que formulam um problema ou foco sem terem associado ao mesmo os respetivos diagnósticos de enfermagem e intervenções relacionadas com o mesmo.

A informação referida anteriormente pode-se observar nas tabelas a baixo mencionadas.

Fenômenos - Disposição: TÍTULOS PROCESSOS DE PAIS CRIANÇAS E CRIANÇAS Deslocar: [MÊS/ANO (SET/10...)] Abaixo de Medida (FENÔMENOS DOCS ...) [L] Mapa Items de Página: SERVIÇO: [] ANO: 2010 TRIMESTRE: <Todos> MÊS: <Todos>												
	SET/10			OUT/10			NOV/10			DEZ/10		
	FENÔMENOS DOCS.	C/ INTERVENÇÕES	TAXA	FENÔMENOS DOCS.	C/ INTERVENÇÕES	TAXA	FENÔMENOS DOCS.	C/ INTERVENÇÕES	TAXA	FENÔMENOS DOCS.	C/ INTERVENÇÕES	TAXA
ALIMENTAR	8	6	75,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ CONHECIMENTO SOBRE ALIMENTAÇÃO: NÃO DEMONSTRADO	4	3	75,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ CONHECIMENTO SOBRE TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO: NÃO DEMONSTRADO	4	3	75,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASPIRAÇÃO	16	15	93,8%	20	18	90,0%	12	11	91,7%	19	17	89,5%
▶ CONHECIMENTOS DOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO: NÃO DEMONSTRADO	16	15	93,8%	20	18	90,0%	12	11	91,7%	19	17	89,5%
DESIDRATAÇÃO	1	1	100,0%	1	1	100,0%	-	-	-	-	-	-
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DE DESIDRATAÇÃO: NÃO DEMONSTRADO	1	1	100,0%	1	1	100,0%	-	-	-	-	-	-
MACERAÇÃO	20	20	100,0%	25	23	92,0%	18	16	88,9%	24	24	100,0%
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE PREVENÇÃO DA MACERAÇÃO: NÃO DEMONSTRADO	20	20	100,0%	25	23	92,0%	18	16	88,9%	24	24	100,0%
PAPEL PARENTAL	40	37	92,5%	44	39	88,6%	38	33	86,8%	37	34	91,9%
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE A TROCA DA FRALDA DA CRIANÇA: NÃO DEMONSTRADO	4	2	50,0%	2	1	50,0%	4	3	75,0%	2	1	50,0%
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA: NÃO DEMONSTRADO	6	6	100,0%	4	4	100,0%	5	5	100,0%	3	3	100,0%
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL: NÃO DEMONSTRADO	8	8	100,0%	8	7	87,5%	4	3	75,0%	6	6	100,0%
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA CRIANÇA: NÃO DEMONSTRADO	1	0	0,0%	3	3	100,0%	-	-	-	-	-	-
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE HIGIENE DA CRIANÇA: NÃO DEMONSTRADO	1	1	100,0%	3	2	66,7%	5	5	100,0%	3	3	100,0%
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE RECURSOS DA COMUNIDADE: NÃO DEMONSTRADO	-	-	-	-	-	-	1	0	0,0%	-	-	-
▶ CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE TRATAMENTOS: NÃO DEMONSTRADO	20	20	100,0%	24	22	91,7%	19	17	89,5%	23	21	91,3%
TOTAL	85	79	92,9%	90	81	90,0%	68	60	88,2%	80	75	93,8%

Mês de Referência		Mês		ANO		TRIMESTRE		<Todos>	

5) CONCLUSÃO

O resumo mínimo de dados deve ser uma forma de registo bem documentado e efetuado de forma regular, diária e sistemática o que obriga a uma atualização dos sistemas informáticos de enfermagem continuamente.

Para comparar dados é fundamental que toda a equipa partilhe da mesma linguagem classificada de enfermagem, aplicada na constituição dos dados para o RMDE, que partilhe enunciados iguais que descrevem os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem integrados no RMDE e partilha do mesmo modelo de leitura e fórmulas de cálculo dos indicadores.

6) REFERÊNCIAS

- WERLEY,H.; DEVINE, E.; ZORN, C.; RYAN, P.; WESTRA, B. (1991) – The Nurssing Mininum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essencial Data; AJPH. 81 (4), p. 421- 426.
- Ordem dos Enfermeiros (Outubro 2007) – Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde, p. 1-16.
- Maia, M.; Freitas, M; Basto, M., (2000), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão betaR

Anexo XXII – Número de crianças vacinadas

Idades	Vacinas do PNV	Nº de Administrações
0 Meses	BGC	0
	VHB(1ªdose)	0
2 Meses	VHB(2ªdose)	5
	HibDTPaVIP(1ªdose)	5
4 Meses	HibDTPaVIP(2ª dose)	4
6 Meses	VHB(3ªdose)	5
	HibDTPaVIP(3ª dose)	4
12 Meses	Men C	2
	VASPR(1ªdose)	2
18 Meses	HibDTPa	2
5-6 Anos	DTPaVIP	0
	VASPR(2ªdose)	0
10 – 13 Anos	HPV	1
	Td	1

Anexo XXIII – Motivos da assistência às crianças no SU

Assimilei motivos da recorrência ao SUP situações respiratórias, quedas, acidentes de viação, acidentes de trabalho, acidentes pessoais, intoxicações, neurológicas, gastrointestinais e geniturinárias.

Foram diagnosticados muitos casos de febre, muitas delas sem foco, tentativas de suicídio, intoxicação por ingestão medicamentosa e queda.

Urgências neurológicas: convulsões febris e traumatismo crânio-encefálico

Urgências gastrointestinais e geniturinárias – dor abdominal em que muitas vezes era diagnosticado uma apendicite, muitos casos de desidratação por vômitos, diarreia ou má tolerância alimentar.

Urgências respiratórias – as situações mais comuns foram dificuldade respiratória, obstrução das vias aéreas por objetos empalados e tosse em que em muitos casos tinham antecedentes de asma, sinais de dificuldade respiratória.

Os focos de atenção por parte das equipes eram: Dispneia, Dor, Expetorar, Papel Parental, Dispneia, Expetorar, Alteração do Comportamento, Vômito, Febre e Diarreia.

As intervenções efetuadas tiveram em conta as áreas de atendimento:

Sala de Emergência – em sala de emergência não me foi possível atuar. No entanto concentrei a minha atenção no material e equipamentos que constitui a sala de emergência.

Gabinete de enfermagem – colheitas de sangue, algáliação, aspiração de secreções, punções venosas, administração de fármacos, monitorização dos sinais vitais, etc.

Sala de Pequena Cirurgia – executei suturas e de pensos a feridas traumáticas à criança após queda ou acidentes. Cooperei nos cuidados prestados a jovens que sofreram acidentes de viação e atropelamento. Nestas situações a minha ajuda era monitorização dos sinais vitais, avaliação do estado geral, deteção de perdas hemáticas.

OBS – tive possibilidade de admitir crianças quando estabilizadas, mas contudo necessitava de vigilância. As intervenções de enfermagem foram monitorização e vigilância dos sinais vitais, administração de fármacos, colocação de acesso venoso. As situações mais habituais de transferência para OBS, vômitos, diarreia, intoxicação medicamentosas, febre em lactente, queda com suspeita de TCE, apendicite que aguardavam chamada do BO.

Anexo XXIV – Esquematização das consultas de SIJ

No decorrer do estágio na USF tive a oportunidade de participar e realizar cerca de 36 consultas, tendo como base as orientações nacionais (Direção Geral de Saúde, 2005) na qual passo a referir:

- **Consulta do 1º mês:** efetuei apenas três consultas a um RN de 14 dias e dois de 1 mês de vida. Nesta consulta foi avaliado dados antropométricos, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. No decorrer da consulta, efetuei algumas questões nomeadamente que tipo de alimentação que estava a fazer, a nível intestinal e vesical como eram as características e o seu funcionamento, se existia alguma patologia associada ao RN e qual o fármaco que está a ser administrada. Nestas situações em específico duas das mães oferecia ao seu filho exclusivamente LM, quanto ao outro RN era alimentado com LM e suplementado com LA, neste última situação reforçava os ensinamentos à mãe acerca da conservação e preparação do LA bem como do LM a todas as senhoras. Sensibilizei para questões de segurança na prevenção de acidentes, reações vacinais e cuidados a pele.
- **Consulta dos 2/3 meses:** realizei 7 consultas nesta idade, que coincidia com as vacinas dos 2 meses. Nestas consultas foram avaliados dados antropométricos, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. Foquei os meus ensinamentos a alimentação da criança, incentivando para a alimentação exclusiva com LM até aos 6 meses de idade, padrão do sono, alterações intestinais e vesicais, incentivo para os passeios em ambientes livres, entre outros. No final da consulta as crianças foram vacinadas e informados os pais /pessoa significativa das possíveis reações que pudessem existir.
- **Consulta dos 4 meses:** efetuei 5 consultas nesta idade em que se preconiza a vacina dos 4 meses. Inicialmente foi avaliado dados antropométricos, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. Centrei os meus ensinamentos na eliminação intestinal e vesical, relevância da higiene oral após a exteriorização do primeiro dente,

alimentação da criança, prevenção de acidentes, para terminar vacinava a criança, informando os pais /pessoa significativa das possíveis efeitos da mesma.

- **Consulta dos 6 meses:** tive oportunidade de realizar quatro consultas. Iniciava a consulta por avaliar dados antropométricos, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. Reforçava os meus ensinamentos acerca eliminação intestinal e vesical, prevenção de acidentes, alimentação da criança sendo esta etapa de grande mudança pois inicia-se a introdução de novos alimentos, dando ênfase à prática da higiene oral para a prevenção de cárie dentária. No final da consulta vacinava a criança, informando os pais /pessoa significativa das possíveis reações.
- **Consulta dos 15 meses:** realizei 4 consultas em que avaliei dados antropométricos, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. Nesta fase observei o crescimento e desenvolvimento da criança, de acordo com as possíveis alterações do sono e repouso, alimentação adequada, prevenção de acidentes, o despertar para novas aptidões e conquistas próprias desta fase como exemplo andar, falar e alimentar-se.
- **Consulta dos 4 anos:** efetuei 3 consultas em que avaliei dados antropométricos, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. Foram reforçados os ensinamentos citados anteriormente, no entanto a consulta centrou-se na afirmação da personalidade, relacionamento com outras crianças. A conduta foi sempre de ajudar os pais a promoverem naquela criança a promoção para um desenvolvimento saudável.
- **Consulta dos 5/6 anos:** tive oportunidade de realizar 4 consultas em que 1 tinha 5 anos e as restantes crianças 6 anos. Avaliei inicialmente os dados antropométricos, bem como a audição e visão, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. Nesta

consulta efetuei ensinamentos sobre hábitos de uma alimentação saudável, reforço para a prática da higiene oral, ocupação dos tempos livres, hábitos de sono, a preparação da criança e dos pais para a nova etapa da sua vida, a entrada para a escola.

- **Consulta dos 11/13 anos:** realizei 4 consultas, sendo 1 jovem com 11 anos 2 com 12 anos e uma com 13 anos. Avaliei inicialmente os dados antropométricos, bem como a audição e visão, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. Nesta consulta tive em conta o respeito pelo jovem efetuando esta consulta sem a comparência dos pais. Efetuei o exame global de saúde destacando a relação que estabeleciam com os pais, a alimentação desequilibrada, perturbação da imagem corporal, comportamentos sexuais de risco, passagens ao ato, equivalentes suicidários. Sensibilizei os pais para o respeito por esta mudança existe nos adolescentes. Devo referir que a jovem de 13 anos teve necessidade de ser vacinada, sendo informada das possíveis reações que pudessem existir.
- **Consulta a adolescentes de 16 anos:** efetuei 2 consultas. Avaliei inicialmente os dados antropométricos, sendo registado devidamente no sistema informático SAPE bem como no Boletim de Saúde Infantil. Nesta faixa etária é essencial sensibilizar para os fatores de risco, ou seja, comportamentos e consequências de algum ato menos refletido, reforçando aqui a relevância prática de medidas contraceptivas.