



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Rosa Maria S. Tavares Mendes

Porto, Março de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Elaborado por: Rosa Maria S. Tavares Mendes

Orientado por: Mestre Constança Festas

Porto, Março de 2012

“A todas as crianças que sofrem ... dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A elaboração deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Corresponde ao culminar de um período de aprendizagem e serve para documentar e reflectir acerca da minha aprendizagem e desenvolvimento de competências ao longo dos três Módulos do Estágio na Área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Módulo I, realizado no Centro de Saúde da Senhora da Hora e os Módulos II e III, realizados no Hospital de São João, EPE, no Serviço de Pediatria Médica e nos Serviços de Neonatologia e de Urgência Pediátrica, respectivamente, no período de 19 de Abril de 2010 a 29 de Janeiro de 2011, com o total de 548 horas de contacto e 210 horas de trabalho individual. A realização do estágio teve como objectivos gerais desenvolver a capacidade de integração, mobilização e aplicação de conhecimentos na resolução de problemas e situações complexas nos diferentes contextos de actuação, reflectir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais das decisões tomadas e de conseguir comunicar as conclusões e conhecimentos aos diferentes elementos da equipa. Neste documento descrevo o meu percurso de aprendizagem/evolução ao longo dos diferentes contextos de estágio que levou à aquisição de competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Infantil e Pediatria. Para esta apresentação procedi à divisão das competências por quatro domínios de actuação (prestação de cuidados, gestão, formação e investigação) associando a cada um destes os objectivos específicos delineados para os diferentes módulos de estágios e as actividades desenvolvidas para os concretizar; efectuo também uma reflexão acerca do meu percurso que foi apoiada em pesquisa bibliográfica, de modo a fundamentar o exposto com evidência científica. Chegado ao fim este percurso considero atingidos todos os objectivos definidos bem como desenvolvidas as competências propostas pela equipa pedagógica.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista, competências, desenvolvimento, criança, família, parentalidade.

ABSTRACT

This work arises in the context of Curricular Unit Report part of the master's degree in Child Health and Pediatrics Nursing, of the Scienc's Health Institute, Portuguese Catholic University - Oporto. Corresponds to the end of a learning period and aims to document and reflect about my learning and skills development through the three modules of internship in the area of Child Health and Pediatrics Nursing: Module I, held at Senhora da Hora Health Center and Modules II and III, held at São João Hospital, EPE, at the Pediatric Medicine Service and at the Neonatology Service and Pediatric Urgency, respectively, between April 19th 2010 and January 29th 2011, with a total of 548 hours of contact and 210 hours of individual work. In this document I describe my process of learning and evolution through the different internship steps which led to the acquirement of the needed skills to perform specialized nursing care in the area of Child Health and Pediatrics. The achievement of internship was general objectives to develop the capacity for integration, mobilization and application of knowledge to solve complex problems and situations in different contexts of action, consider about the implications and responsibilities of ethical and social decisions and able to communicate the findings and knowledge to different team members. For this presentation I divided the skills in four domains of action (provision of care, management, training and investigation), relating to each one of this the specific objectives outlined for the different internship modules and the developed activities to fulfill them; I also reflect about my progress based on bibliographic research, in order to justify the stated with scientific evidence. At an end of this journey I consider all objectives met and the skills proposed by the pedagogical team developed.

Keywords: Specialist nurse, skills, development, child, family, parenting.

AGRADECIMENTOS

Chegada ao fim desta etapa, não podia deixar de agradecer a algumas pessoas que contribuíram para o meu desempenho ao longo deste percurso...

À minha orientadora, Professora Constança Festas, pela sua orientação, disponibilidade, estímulo e sapiência;

Aos meus Tutores, Enfermeira Ana Filipa Simões, Enfermeira Carla Castro, Enfermeiro Rui Nunes e Enfermeira Alexandra Correia pela orientação e disponibilidade demonstrada;

Aos meus colegas de trabalho por toda a compreensão e “trocas” que possibilitaram a realização deste curso;

À Ana, Isabel, Joana, Rubina e Sara pelo apoio e incentivo durante este percurso;

Ao Pedro e à minha família pela paciência, carinho e apoio incondicionais;

À Patrícia, a minha filha, por compreender e desculpar os momentos de ausência e de indisponibilidade, e pelas histórias de dormir não contadas,

A todos: Muito Obrigada!!

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AES – Ações de Educação para a Saúde
APMI – Associação Portuguesa de Massagem Infantil
CAJ – Centro de Atendimento ao Jovem
CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem
ECTS – *European Credit Transfer and Accumulation System*
EPE – Entidade Pública Empresarial
ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
HPH – Hospital Pedro Hispano
HSJ – Hospital de São João
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
ICN – *International Council of Nurses*
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
OE – Ordem dos Enfermeiros
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIE – Sistema de Informação em Enfermagem
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS – Unidade de Saúde Local
UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto
USF – Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ESTÁGIO NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	3
2.1. Módulo I - Contexto de Saúde Infantil.....	4
2.2. Módulo II - Serviço de Medicina em contexto de doença aguda e crónica.....	4
2.3. Módulo III - Serviços de Neonatologia e de Urgência Pediátrica.....	5
3. COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E REFLEXÃO CRÍTICA.....	7
3.1. Prestação de cuidados.....	8
3.2. Gestão.....	42
3.3. Formação	45
3.4. Investigação	48
4. CONCLUSÃO.....	53
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	
Anexo I – Cronograma de Estágio.....	59
Anexo II – Caracterização do Centro de Saúde da Senhora da Hora	61
Anexo III – Caracterização da Ala B do Serviço de Pediatria Médica do HSJ, EPE.....	65
Anexo IV – Caracterização do Serviço de Neonatologia do HSJ, EPE.....	72
Anexo VI – Competências a adquirir para a obtenção de Grau de Mestre em ESIP.....	77
Anexo VII – Registo das consultas de enfermagem de saúde infantil.....	80
Anexo VIII – Registo da vacinação.....	85
Anexo IX – Registo crianças assistidas na pediatria médica.....	87
Anexo X – Registo crianças assistidas na UCIN.....	92
Anexo XI – Registo Triagem SUP.....	96
Anexo XII – Registo crianças assistidas no SUP.....	101

Anexo XIII – Poster para Dinamização do “cantinho da amamentação” – “Amamentar com conforto”.....	103
Anexo XIV – Dossier da AES “Prevenção de acidentes na infância”.....	105
Anexo XV – Folheto “ Sexualidade responsável: informa-te, protege-te”.....	145
Anexo XVI – Dossier da AES “Quando a conversa sobre sexualidade chega à escola”.....	148
Anexo XVII – Plano de cuidados.....	187
Anexo XVIII – Plano da sessão “Tratamento de feridas: opções terapêuticas”	189
Anexo XIX – Apresentação em <i>power-point</i> da sessão “Tratamento de feridas: opções terapêuticas”.....	191
Anexo XX – Manual de consulta “Tratamento de feridas: opções terapêuticas”.....	196
Anexo XXI – Plano de sessão de apresentação do Procedimento de administração da sacarose 24%.....	220
Anexo XXII – Procedimento de administração da sacarose 24%.....	222
Anexo XXIII – Plano da Sessão “Acção de sensibilização: as percepções parentais que interferem no combate à obesidade”.....	226
Anexo XXIV – Apresentação em <i>power-point</i> da sessão “Acção de sensibilização: as percepções parentais que interferem no combate à obesidade”.....	228
Anexo XXV – Poster “Tratamento de queimaduras em Pediatria: experiência do serviço de cirurgia pediátrica do HSJ, EPE”.....	257
Anexo XXVI – Apresentação em <i>power-point</i> da comunicação livre “Opções terapêuticas no tratamento de feridas em Neonatologia”.....	259

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. O mesmo serve para documentar e reflectir acerca da minha aprendizagem e desenvolvimento de competências ao longo dos três Módulos do Estágio na Área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No final de cada módulo foi solicitada a elaboração de um Relatório de Estágio que reproduzisse as actividades desenvolvidas e uma reflexão acerca das mesmas. Assim, o presente trabalho, Relatório Final, corresponde ao culminar da reflexão do relatório de cada um desses módulos.

Ao longo do percurso teórico deste curso foram adquiridos vários conhecimentos que só tomam verdadeiro significado quando aplicados na prática. A realização do estágio teve como objectivo principal a consolidação desses conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências profissionais para a prestação de cuidados especializados na área de saúde infantil.

De acordo com o Guia Orientador de Estágio realizado pela equipa pedagógica do ICS da Universidade Católica Portuguesa, a realização deste estágio tem como **objectivos gerais:**

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

Destes objectivos gerais emergiram objectivos específicos, e ao longo deste percurso de estágio desenvolvi diferentes actividades que permitiram a consecução destes mesmos objectivos. De forma a simplificar a percepção e reflexão do meu percurso organizei a descrição da seguinte forma: procedi à divisão das competências adquiridas por quatro domínios de actuação (Prestação de Cuidados, Gestão, Investigação e Formação), pelos quais dividi os objectivos que tinha delineado para os diferentes módulos de estágios, associando-lhe as actividades desenvolvidas para os atingir e por fim, a reflexão acerca das experiências e aprendizagens.

Para a elaboração deste documento, que foi desenvolvido de forma contínua ao longo do estágio, utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva apoiada em pesquisa sistemática.

Assim, a elaboração deste relatório tem como objectivos:

- ✓ Dar resposta a uma exigência da Unidade Curricular – Relatório;
- ✓ Desenvolver a minha capacidade de reflexão e de pensamento crítico;
- ✓ Descrever e reflectir de forma crítica sobre as actividades desenvolvidas em contexto de estágio, e as competências adquiridas ao longo deste percurso;
- ✓ Servir de instrumento de avaliação.

Ao longo deste documento é feita a contextualização dos diferentes locais de estágio, a descrição das actividades desenvolvidas tendo em conta os objectivos de estágio previamente traçados e as competências adquiridas, e apresentada a reflexão crítica do trabalho desenvolvido e aprendizagens vivenciadas. Por fim, traço algumas considerações finais acerca deste percurso.

2. ESTÁGIO NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

De acordo com o Plano de Estudos do Curso, a Unidade Curricular Estágio compõe-se de 30 ECTS divididos em 3 módulos cada um dos quais com 10 ECTS, correspondendo a um total de 750 horas, 540 horas de contacto e 210 horas para trabalho individual. A cada um dos módulos correspondem 180 horas de contacto distribuídas pelo período de 8 semanas, e a 70 horas de trabalho individual. Esta exigência do plano curricular foi cumprida, tendo realizado 548 horas de contacto e, seguramente mais de 210 horas de trabalho individual, dedicadas a pesquisa bibliográfica, a realização de trabalhos e preparação de acções de formação realizadas e apresentadas durante o estágio, assim como a visitas a outros serviços e instituições (ver Cronograma - Anexo I).

O estágio foi desenvolvido em instituições e serviços propostos e protocolados com a UCP e revelaram-se como locais exemplares proporcionando oportunidades para um elevado nível de aprendizagem:

_ O estágio em contexto de Saúde Infantil (Módulo I) foi desenvolvido no Centro de Saúde da Senhora da Hora – ULS de Matosinhos no período de 29 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011, com o total de 186 horas de contacto de acordo com o previsto no Plano de Estudos e de certamente mais de 70 horas de trabalho individual. Estas horas foram dedicadas à pesquisa bibliográfica, elaboração de trabalhos, visita ao CAJ de São Mamede Infesta e à Aldeia SOS de Gulpilhares;

_ O Módulo II de estágio foi realizado no Serviço de Pediatria Médica do Hospital de São João, EPE, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010, com o total de 180,5 horas de contacto e de 70 horas de trabalho individual dedicadas à pesquisa bibliográfica, à preparação da formação a pares e à elaboração de trabalhos.

_ O Módulo III foi desenvolvido nos Serviços de Neonatologia e de Urgência Pediátrica, também do HSJ, EPE no período de 04 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, com o total de 181,5 horas de contacto – 91 horas no Serviço de Neonatologia e 90,5 no Serviço de Urgência Pediátrica e de certamente mais de 70 horas de trabalho individual. Estas horas foram dedicadas à pesquisa bibliográfica, elaboração de trabalhos, visita ao Bloco de Partos e à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e a frequência do I Encontro de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto.

A avaliação dos diferentes módulos de estágio foi efectuada na presença dos respectivos tutores e da minha orientadora, Professora Constança Festas. Em cada um destes momentos formais foi-me solicitada a auto-avaliação, foi efectuada a minha avaliação por parte do enfermeiro tutor e foi entregue o Documento de Avaliação do Estágio à Professora Constança Festas.

2.1. Módulo I – Contexto de Saúde Infantil

A ULS de Matosinhos foi criada a 9 de Junho de 1999 pelo Decreto-Lei 207/99. Foi constituída entidade pública empresarial (EPE) pelo Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro, e, como tal é dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Integra o Hospital Pedro Hispano, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de convalescença, a Unidade de Saúde Pública e o Agrupamento de Centros de Saúde – Centro de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede Infesta e Leça da Palmeira. Tem como missão satisfazer as necessidades em saúde à população do Concelho de Matosinhos, assumindo a integração dos diferentes níveis: desde os cuidados de saúde primários aos cuidados de saúde diferenciados, integração esta que constitui um modelo de referência a nível nacional.

O Centro de Saúde da Senhora da Hora é constituído pelas seguintes Unidades Funcionais: USF da Lagoa, UCSP da Âncora, UCC da Senhora da Hora e Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e rege-se pelas normas e protocolos de actuação da ULS. A escolha por este Centro de Saúde como local de estágio teve a ver com esta filosofia de verdadeira interligação de serviços e continuidade de cuidados na comunidade.

Em anexo (Anexo II) encontra-se a caracterização do Centro de Saúde, no que diz respeito à estrutura física, recursos humanos e materiais, assim como um pouco da sua dinâmica de funcionamento.

A Enfermeira Tutora foi a Enfermeira Alexandra Correia, Enfermeira Especialista em ESIP, uma das pessoas responsáveis pelo Projecto Bem-me-quer da UCC da Senhora da Hora, com formação em Massagem Infantil pela APMI e conselheira da amamentação.

A escolha por esta Unidade de Saúde prendeu-se com vários factores: o facto de estar integrada na ULS – Matosinhos, cuja filosofia de actuação é de interligação de unidades e de verdadeira continuidade de cuidados, a oportunidade de ter contacto com profissionais com formação certificada na área da massagem infantil e a possibilidade de aprofundar conhecimentos na área da CIPE, através do contacto com o SIE que utiliza esta linguagem registada na aplicação informática SAPE.

2.2. Módulo II – Serviço de Medicina em contexto de doença aguda e crónica

O Hospital de São João foi criado pelo Decreto-Lei n.º22917, de 31 de Julho de 1943, com a designação de Hospital Escolar do Porto, contudo, apenas foi inaugurado a 24 de Junho de 1959. Em Novembro do mesmo ano é inaugurado o Serviço de Pediatria, que actualmente conta com uma história de 50 anos.

O HSJ, EPE é uma instituição colectiva de direito público empresarial e é o maior hospital do norte e o segundo maior do país. Presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes, e atua como centro de referência para os distritos do Porto (com excepção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas.

O Serviço de Pediatria Médica está inserido na Unidade Autónoma de Gestão (UAG) da Mulher e da Criança¹ e é constituído por duas alas (Ala A que recebe crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos, e a **Ala B**, onde desenvolvi o meu estágio, que recebe crianças desde os 0 aos 2 anos de idade) e pela Unidade de Hemato-oncologia que presta cuidados a crianças do foro oncológico e que inclui na sua lotação uma enfermaria destinada a crianças do foro neurocirúrgico. Para melhor ilustrar o local onde decorreu o meu estágio coloquei em anexo a este documento a caracterização da Ala B do serviço (Anexo III).

A escolha por esta instituição deveu-se ao facto de ser a instituição onde desempenho a minha actividade profissional, e a escolha do serviço prendeu-se com o facto de durante o curso de base, ter desenvolvido um estágio na Ala A do Serviço e na Hemato-oncologia pediátrica e, desejar ter contacto com a prestação de cuidados a lactentes.

A Enfermeira Tutora foi a Enfermeira Ana Filipa Simões, profissional há cerca de 5 anos, recentemente especialista em ESIP e detentora de um grande profissionalismo e disponibilidade, que em parte contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

2.3. Módulo III – Serviços de Neonatologia e de Urgência Pediátrica

O Serviço de Neonatologia do HSJ, EPE foi criado em 1992 e é o mais diferenciado da região norte. Aqui são admitidos recém-nascidos de alto risco que necessitam de cuidados intensivos, nascidos no HSJ ou provenientes de outros centros hospitalares, habitualmente transferidos através do subsistema de Transporte de RN de Alto Risco (INEM-RN). Garante a prestação de cuidados específicos a recém-nascidos com patologia cirúrgica e cardíaca, sendo a unidade de referência na região norte para crianças com cardiopatias e uma das duas unidades da mesma região com internamento de recém-nascidos com patologia do foro cirúrgico. Alguns dos recém-nascidos internados são também grandes prematuros com muito baixo peso ao nascer. Em anexo (Anexo IV) encontra-se a caracterização deste serviço, no que diz respeito à estrutura física, recursos humanos e materiais, assim como um pouco da sua dinâmica de funcionamento.

O Serviço de Urgência Pediátrica do HSJ, EPE faz parte da Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP) e as suas instalações actuais foram inauguradas em 01 de Junho de 2008. Tal como o serviço de Neonatologia, este serviço está inserido na UAG da Mulher e da Criança desta instituição hospitalar e apresenta-se como um espaço acolhedor e colorido, construído e dinamizado a pensar nos seus clientes tão especiais: as crianças. Actualmente este serviço atende crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias de vida. Ao longo deste

¹ A 29 de Dezembro de 2005 (Decreto-lei n.º 233/2005), com a alteração do estatuto jurídico do HSJ para EPE, surge uma nova organização das áreas de acção médica em Unidades Autónomas de Gestão (UAG's), com o objectivo de melhorar a agilidade e efectividade da gestão clínica e para facilitar e consolidar o processo de contratualização anual dos Serviços. São 6: UAG da Urgência e Cuidados Intensivos, UAG de Cirurgia; UAG de Medicina; UAG dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; UAG de Saúde Mental e UAG da Mulher e da criança do qual fazem parte 7 Serviços e 1 Unidade: Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Pediátrica, Pediatria Médica, Cardiologia Pediátrica, Unidade de Hematologia e Oncologia Pediátrica, Neonatologia, Urgência Pediátrica e Cuidados Intensivos e Intermédios de Pediatria.

documento utilizo maioritariamente o termo criança mas refiro-me sempre ao indivíduo desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de vida. A estrutura física e a dinâmica deste serviço encontram-se descritas em anexo (Anexo V).

No serviço de Neonatologia, a Enfermeira Tutora foi a Enfermeira Carla Castro, Enfermeira há 17 anos, enfermeira especialista em ESIP há cerca de 12 anos e detentora de vários anos de experiência em Neonatologia.

No Serviço de Urgência Pediátrica o Enfermeiro Tutor foi o Enfermeiro Rui Alexandre Nunes, enfermeiro há 8 anos (7 dos quais no Serviço de Pediatria Médica), enfermeiro especialista em ESIP há cerca de 1 ano e com experiência também de um ano neste serviço.

Sendo serviços de referência na região norte do País revelam-se uma mais-valia como campo de estágio pela diversificação de experiências que proporcionam aos alunos que por ali passam, factor que pautou a minha escolha destes locais para campo de estágio.

3. COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E REFLEXÃO CRÍTICA

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE, o Enfermeiro Especialista possui

“ um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2009:10).

De acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista, para além de possuir as competências comuns ao Enfermeiro de cuidados gerais, deve adquirir competências específicas da sua área de especialidade. Estas competências específicas são as que *“ decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”* (OE, 2009:11), distinguem o enfermeiro especialista do generalista e prendem-se com a prestação de cuidados especializados.

O Enfermeiro Especialista em ESIP desenvolve a sua actuação junto de um grupo específico e numa determinada etapa do ciclo vital – a criança e jovem até aos 18 anos – e sua família o que implica a aquisição de conhecimentos e competências específicas para a sua área profissional. Assim neste domínio, a OE propõe que este *“ assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (OE, 2009: 20).

A filosofia de ensino da UCP preconiza um sistema de aprendizagem baseado no desenvolvimento de competências e como tal o plano de estudos do curso define um conjunto de 29 competências a desenvolver para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Anexo VI) sendo estas as que procurei atingir/desenvolver ao longo dos três módulos de estágio.

De acordo com o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner, o enfermeiro desenvolve as suas competências e responsabilidades desde a sua formação inicial e durante toda a sua actividade profissional passando de principiante, a principiante avançado, a competente, a proficiente chegando a perito – o profissional que descodifica intuitivamente a situação e se focaliza no *score* do problema; age a partir de uma situação profunda da situação global (BENNER, 2001). É a este nível que se deve situar o Enfermeiro Especialista.

No sentido de planear o estágio elaborei um projecto de estágio onde defini objectivos e actividades de forma a orientar a concretização dos mesmos. Depois de conhecida a realidade dos diferentes contextos de estágio estes objectivos e actividades foram sendo

reformulados com vista à aquisição/desenvolvimento das diferentes competências propostas pelo plano de estudos.

Considerando a existência de diferentes formas de divisão/agrupamento das competências propostas, optei pela divisão em 4 domínios (prestação de cuidados, gestão, formação e investigação) por considerar que são estes os domínios de actuação do enfermeiro especialista. O domínio da prestação de cuidados está relacionado com a promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados através de uma prática profissional responsável e ética. O domínio da gestão incorpora a gestão e adaptação dos diferentes tipos de recursos às diversas situações e contextos com vista à optimização da qualidade dos cuidados prestados. Em relação à formação, esta diz respeito ao desenvolvimento de aprendizagens com vista à evolução pessoal e profissional. Inclui a autoformação e a formação de pares apoiadas em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Um meio importante de aquisição e solidificação de conhecimentos é a investigação, na qual o enfermeiro deve ser um agente activo para a consolidação da Enfermagem como ciência, disciplina e profissão.

Ao longo deste capítulo apresento os objectivos por mim definidos e as actividades desenvolvidas para os alcançar. E porque “*não é a prática que ensina: é a reflexão sobre a prática*” (ZEICHNER, 1993) é através de uma reflexão crítica acerca dessas actividades que pretendo conseguir descrever o meu percurso e identificar as competências adquiridas com a experiência vivida e reflectida.

3.1- PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

As necessidades em cuidados e os cuidados prestados são cada vez mais complexos, pelo que aos enfermeiros lhes é exigida uma elevada capacidade de flexibilidade e de ajuste às situações e que no seu exercício profissional haja “*uma enfermagem com mais enfermagem*” (CRUZ, 2008), isto é, a prática de uma enfermagem avançada assente numa prática baseada na evidência.

COMPETÊNCIA

▫ *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma, adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; (17)*

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Conhecer a estrutura física e organizacional dos serviços**

Actividades desenvolvidas

- Realizei uma visita guiada às instalações dos serviços;
- Consultei guias, procedimentos, normas e protocolos dos serviços;
- Observei a dinâmica dos serviços;

- Realizei entrevistas informais aos Enfermeiros Tutores e a outros elementos da equipa de modo a conhecer melhor a dinâmica dos serviços.

Reflexão

No primeiro dia de estágio do Módulo I, assisti a uma apresentação acerca da ULS-Matosinhos no Centro de Formação do HPH, na qual me foi dada a conhecer a caracterização da ULS-Matosinhos e a articulação existente entre as diferentes unidades de saúde que a constituem. Além disso, um membro da Comissão de Controlo de Infecção do HPH deu a conhecer o protocolo de controlo de infeções existente na instituição. Foi um momento importante para a minha integração na filosofia de cuidados da ULS e consequente integração na filosofia de prestação de cuidados no Centro de Saúde.

No Centro de Saúde da Senhora da Hora, fui recebida pela enfermeira tutora que me apresentou à equipa em funções no momento e fez uma visita guiada pelo serviço, mostrando a estrutura física ao mesmo tempo que explicava alguma da dinâmica e organização. Consultei também guias, normas e protocolos do serviço.

Embora a UCSP faça parte do Centro de Saúde da Senhora da Hora, apenas me refiro à USF da Lagoa e à UCC da Senhora da Hora por ter sido aqui que desenvolvi as actividades de estágio.

Na USF o método de trabalho é o método individual, no qual cada enfermeiro (enfermeiro de família) presta cuidados holísticos a criança / família. Trabalha em articulação com um médico de família e é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais aos seus utentes, incluindo consultas de enfermagem, vacinação e cuidados no domicílio.

Na área da Saúde Infantil, a ULSM dispõe de um guia orientador da consulta de enfermagem de saúde infantil que garante que todos os profissionais de enfermagem efectuem a sua consulta à criança/família de forma uniformizada e a garantir a continuidade de cuidados: de acordo com a idade, estão pré-estabelecidos os parâmetros a avaliar desde o crescimento/desenvolvimento infantil, promoção de comportamentos saudáveis, prevenção primária (plano nacional de vacinação, prevenção de acidentes), detecção e orientação de situações complexas. Toda a intervenção é registada em suporte informático.

Nos primeiros dias de estágio nos Serviços de Pediatria Médica, Neonatologia e Urgência Pediátrica, fui recebida pelos respectivos Enfermeiros Chefes que me apresentaram à equipa de enfermagem em funções no turno e fizeram uma visita guiada pelo serviço, mostrando a estrutura física ao mesmo tempo que explicavam alguma da dinâmica e organização. Consultei também procedimentos, normas e protocolos dos serviços.

Nestes serviços, o turno de trabalho inicia-se e termina com a passagem de turno, momento fundamental no qual devem estar presentes todos os elementos destacados para o turno. Durante este momento é comunicada a informação relevante do turno anterior, discutidos assuntos relacionados com o funcionamento do serviço e delineadas estratégias para a resolução de problemas que vão surgindo ao nível das diferentes dimensões da prestação de cuidados. É também um momento de formação na medida em que proporciona

reflexão acerca dos cuidados prestados.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

- ✓ **Conhecer a articulação dos diferentes contextos de estágio com outros serviços da instituição e com outras instituições e equipamentos sociais e de saúde disponíveis para a assistência à criança e sua família**

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei os instrumentos promotores da continuidade de cuidados existentes no Centro de Saúde da Senhora da Hora;
- Identifiquei os recursos existentes na comunidade;
- Encorajei a utilização dos recursos existentes na comunidade.

Reflexão

De acordo com a filosofia de prestação de cuidados da ULS-Matosinhos, os cuidados à criança /família são prestados em interligação com todas as unidades constituintes da ULS. Desde a gravidez que a vigilância de saúde é feita em estreita articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital.

Após o nascimento, é enviada ao Centro de Saúde da área de residência a notícia de nascimento e aqui é programada a visita domiciliária pelo enfermeiro de família. Esta visita ocorre preferencialmente entre a 1ª e a 2ª semana de vida do bebé. Nas situações em que a alta do bebé foi dada antes de efectuar o Diagnóstico precoce, esta visita é antecipada para o 3º - 6º dia de vida. O momento da visita domiciliária é fundamental para observar a adaptação da família à chegada do bebé, para o esclarecimento de dúvidas por parte dos pais e para a detecção de situações que necessitem de vigilância ou orientação. Neste encontro são avaliados parâmetros como os conhecimentos acerca da amamentação, crescimento/desenvolvimento infantil, vacinação, papel parental e a vinculação. Nas situações em que o bebé necessitou de internamento em Neonatologia (no HPH), este primeiro encontro no domicílio é efectuado pelo enfermeiro do Serviço de Neonatologia em simultâneo com o enfermeiro de família.

Uma segunda visita domiciliária é efectuada pela enfermeira especialista em saúde infantil na 3ª semana de vida do bebé. Aqui também é feita a avaliação de parâmetros como os conhecimentos acerca da amamentação, crescimento/desenvolvimento infantil, vacinação, papel parental e a vinculação.

A visita domiciliária constitui um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde (DGS, 2005). Durante o meu percurso de estágio tive oportunidade de acompanhar a enfermeira tutora numa visita domiciliária, que se tornou um momento muito enriquecedor para mim, na medida em que me proporcionou a possibilidade de observar todo o trabalho que é feito pelo enfermeiro especialista em ESIP no domicílio: desde a observação da mamada, à confirmação da adaptação daqueles pais à chegada do seu bebé, ao esclarecimento de dúvidas, até ao incentivo e ao elogio como forma de promoção de uma

parentalidade positiva. Durante as consultas de enfermagem de saúde infantil e, quando foram detectadas situações específicas, tive oportunidade de observar como é feita a orientação da criança para outros serviços da ULS como por exemplo para consultas de diferentes especialidades no HPH (pediatria, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, estomatologia), ou para outras instituições como o Hospital Magalhães Lemos para consulta de pedopsiquiatria, e de encorajar os pais a recorrerem a estes serviços. Durante as consultas ao adolescente que tive oportunidade de colaborar, também tive oportunidade de informar acerca da existência dos Centros de Apoio ao Jovem e do que estes lhes podem oferecer.

Além de conhecer toda esta articulação, tive oportunidade de conhecer também alguns recursos na comunidade:

- CAJ de São Mamede de Infesta: Espaço anónimo, gratuito e confidencial, criado com vista a sensibilizar os jovens para a necessidade de adoptar uma vida sexual saudável através da promoção e educação para a saúde. Funciona em parceria com a ULS de Matosinhos e dispõe de uma equipa multidisciplinar. Durante a minha visita a este centro conheci a dinâmica de uma consulta de enfermagem neste contexto, consulta esta que é efectuada por um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e com grande capacidade de comunicação e assertividade, no meu entender, fundamentais para a situação. Tive a oportunidade de assistir a duas consultas de enfermagem, uma a um casal de jovens em contexto de vigilância após início de contracepção oral, e outra a uma jovem com dúvidas acerca da sua sexualidade. Esta experiência tornou-se muito enriquecedora pelo conhecimento do trabalho efectuado pelo colega neste contexto na prevenção de comportamentos de risco e na promoção de uma sexualidade saudável dos seus utentes. Em caso de necessidade os jovens são encaminhados para outros serviços de saúde (consulta médica, consulta com psicólogo). O registo da intervenção é efectuado em folha própria e o jovem é identificado através de um número de forma a manter a confidencialidade dos dados.

- Associação Casa do Caminho: é uma IPSS que funciona 24 horas por dia durante todo o ano; proporciona o acolhimento temporário de crianças entre os 0 e 3 anos, vítimas de maus tratos, negligência ou quaisquer outras formas de violação do seu desenvolvimento e/ou dos seus direitos, até à sua adopção ou tutela ou até ao reequilíbrio da situação familiar; dispõe de uma equipa técnica, apoiada por cerca de 50 trabalhadores que se esforçam em recriar o ambiente de família. A assistência de enfermagem nesta instituição está sob responsabilidade do Centro de Saúde da Senhora da Hora e é prestada essencialmente pela Enfermeira Alexandra Correia, como referi, enfermeira especialista em saúde infantil. É responsável pela vacinação das crianças institucionalizadas e pela formação dos profissionais que ali trabalham em diferentes áreas como a higiene do bebé, prevenção de acidentes e como lidar com problemas comuns. Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar a enfermeira tutora em diferentes momentos a esta instituição onde realizei vacinação a várias crianças e o Diagnóstico Precoce a um recém-nascido. Esta experiência, pelo facto de estar em contacto directo com crianças em risco que por diferentes motivos

foram afastadas da sua família, tornou-se um pouco intensa psicologicamente. Ao mesmo tempo permitiu-me observar o trabalho que é feito com estas crianças para que o impacto no seu crescimento e desenvolvimento da sua situação seja reduzido ao máximo.

Durante o período de estágio tive ainda a possibilidade de visitar a Aldeia SOS de Gulpilhares, instituição que tem como objectivo o acolhimento de crianças órfãs, abandonadas ou pertencentes a famílias de risco. Esta visita foi muito interessante na medida em que me permitiu conhecer a sua filosofia de apoio: as crianças são inseridas em pequenas famílias constituídas por uma mãe e irmãos SOS; cada uma destas famílias tem a sua casa individual com um ambiente e uma rotina no dia-a-dia típica de uma família. As crianças frequentam a escola na comunidade e durante o seu crescimento são ensinadas e apoiadas para uma autonomia que lhes permita uma adequada integração e independência (após os 18 anos é dada a opção ao jovem de se inserir na comunidade ou de continuar na Aldeia; mesmo continuando inseridos na instituição vivem numa casa independente de forma a se preparem para a sua integração na sociedade).

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei a articulação dos diferentes serviços em contexto hospitalar (Pediatria Médica, Neonatologia e SUP do HSJ, EPE) com outros serviços da instituição e com outras instituições hospitalares;
- Conheci o circuito entre o serviço de pediatria médica e o bloco operatório e o recobro;
- Observei a dinâmica e o funcionamento do Bloco de Partos;
- Observei a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido;
- Identifiquei os recursos existentes na comunidade para o acompanhamento após a alta;
- Requisitei transporte inter-hospitalar;
- Encorajei a utilização dos recursos existentes na comunidade.

Reflexão

No serviço de Pediatria Médica, prestam-se cuidados a crianças maioritariamente do foro médico, no entanto, frequentemente são admitidas crianças do foro cirúrgico (por falta de vaga no serviço de cirurgia pediátrica). Durante o período de estágio, tive oportunidade de acompanhar uma criança ao Bloco Operatório Pediátrico e do recobro (inserido nesta unidade) novamente para o serviço, conhecendo então este circuito e parte da dinâmica e estrutura física do Bloco Operatório (BO). Para além desta articulação com o BO, tive oportunidade de conhecer a articulação existente entre a Neonatologia e a Urgência Pediátrica (de onde provém a maioria das crianças aqui internadas).

No serviço de Neonatologia tive oportunidade de conhecer a articulação com o Serviço de Obstetrícia (de onde provém muitos dos recém-nascidos aqui internados), BO, e o serviço de Pediatria Médica para onde são transferidos alguns dos bebés aqui assistidos. Durante o período de estágio tive curiosidade em visitar o bloco de partos do HSJ, visita que

constituiu uma experiência produtiva e enriquecedora e durante a qual tive oportunidade de observar os cuidados imediatos ao recém-nascido e o papel de uma enfermeira especialista em ESIP neste serviço. Não tive oportunidade de acompanhar o circuito do bebê desde a sala de partos para a Neonatologia porque tal não ocorreu durante esta experiência.

Em ambos os serviços tive oportunidade de conhecer a sua articulação outros serviços como laboratórios de análises clínicas, radiologia (responsável pela execução de exames radiológicos como o Rx, TAC e ecografias), medicina física e de reabilitação (responsável principalmente pela cinesiterapia respiratória), assistência social (no Serviço de Neonatologia, todas as 2^a feiras ocorre uma reunião do Grupo de Avaliação e Apoio familiar aonde estão presentes um psicólogo, um assistente social e uma enfermeira especialista, com o objectivo de sinalizar situações problemáticas e em caso de necessidade de prestar o apoio à família), consulta externa, entre outros.

Também tive oportunidade de conhecer a articulação com outras instituições hospitalares que transferiram ou para onde foram transferidos algumas crianças. Além das instituições hospitalares, os serviços também articulam com o centro de saúde da área de residência da criança/família. Toda esta articulação tem em vista a maior qualidade de cuidados prestados tendo em conta as necessidades da criança e da família.

O planeamento da alta deve começar logo na admissão e durante o período de hospitalização é fundamental a avaliação dos factores que afectam a capacidade da família para prestar os cuidados à criança no domicílio, após a alta. Deve ser feita uma avaliação completa da família e do ambiente do lar para assegurar que as condições emocionais e físicas da família são suficientes para a prestação de cuidados no domicílio. Para além dos recursos familiares pode ser necessário verificar os recursos na comunidade (instituições e tipo de serviços prestados), (HOCKENBERRY 2006). Aquando da alta da criança elaborei a carta de alta e incentivei os pais a recorrerem ao centro de saúde da sua área de residência de forma a manter a continuidade de cuidados pelo enfermeiro de família. Nesta carta documentei informação pertinente relativa ao período de hospitalização tal como um resumo das ocorrências durante este período, as necessidades de aprendizagem identificadas e respectivas intervenções e cuidados/vigilância necessários após a alta.

Durante o estágio no SUP também tive oportunidade de conhecer um pouco melhor a articulação com outros serviços da instituição. Grande parte das crianças que recorrem à Urgência Pediátrica necessita de observação por diversas especialidades que se encontram dispersas pelo Hospital como otorrinolaringologia, oftalmologia, radiologia, ortopedia, psiquiatria. Após a observação médica a criança tem alta ou é internada num dos serviços de Pediatria (UCIP, Neonatologia, Pediatria Médica ou Cirúrgica). Neste caso, é efectuado um contacto telefónico prévio com o serviço de internamento e a criança e família são acompanhados por um assistente operacional a esse local. Quando a área de residência não pertence à área de abrangência de internamento no HSJ, a criança é transferida para outra instituição hospitalar na sua área de residência como o Hospital Pedro Hispano ou Centro Hospitalar do Porto. Neste domínio tive oportunidade de requisitar o transporte inter-hospitalar

(via telefone) e colaborar no preenchimento da carta de transferência que acompanha a criança para o outro hospital.

Durante este período de estágio efectuei uma visita à UCIP e conheci um pouco da sua dinâmica. Constituiu uma experiência interessante na medida em que tive oportunidade de observar os colegas na prestação de cuidados a crianças gravemente doentes e em risco de vida, em coma (induzido e não induzido) e ventiladas, de assistir a admissão de uma bebé vinda do BO após ter sido submetida a uma cirurgia cardíaca e de observar a relação que os profissionais estabelecem com os pais das crianças ali internadas. Estas crianças tornam-se o centro de vida dos seus pais, e a necessidade mais urgente destes é a informação acerca do estado e evolução da situação do seu filho (SCOTT, 1998, citado por HOCKENBERRY, 2006). Esta informação foi fornecida de forma assertiva e os profissionais tentaram ir de encontro às necessidades emocionais dos pais ajudando-os neste momento crítico.

Ao longo de todo o período de estágio tive oportunidade de conhecer melhor o espaço físico, a dinâmica e o funcionamento dos diferentes serviços através da observação e de diálogo com os enfermeiros tutores e outros elementos da equipa, com os quais tentei estabelecer uma boa relação interpessoal. Este conhecimento permitiu a minha integração na dinâmica dos serviços, e foi importante não para desenvolver uma prática baseada na “imitação” de comportamentos mas sim uma prática baseada na reflexão, tentando em todas as oportunidades contribuir de forma responsável para o bom funcionamento dos mesmos e assim demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar (competência 17).

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; (1)*
- *Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara; (5)*
- *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP; (8)*
- *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP; (9)*
- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP; (10)*
- *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP; (13)*
- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; (14)*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas (15)*
- *Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP; (19)*
- *Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP; (24)*

OBJECTIVO ESPECÍFICO

- ✓ **Aprofundar conhecimentos/desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua Família**

Actividades desenvolvidas

- Mobilizei conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nos diferentes contextos de formação do plano de estudos do Curso;
- Realizei pesquisa bibliográfica acerca de áreas pertinentes para a prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio;
- Esclareci dúvidas com os enfermeiros tutores e restante equipa;
- Observei os enfermeiros tutores na prestação de cuidados especializados à criança/ família;
- Colaborei na prestação e prestei cuidados de enfermagem especializados à criança e família nos diferentes contextos de estágio;
- Reflecti de forma crítica sobre situações complexas.

Reflexão

Com o objectivo de colmatar a falta de experiência em determinados domínios e de dar uma resposta adequada a cada situação, ao longo de todo o meu percurso de estágio recorri à mobilização de conhecimentos adquiridos durante a fase teórica do curso e a pesquisa bibliográfica de forma sistemática, promovendo assim uma constante actualização de conhecimentos para a prestação de cuidados. Isto permitiu que desenvolvesse a capacidade de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada (competência 1). Para além desta mobilização de conhecimentos apoiei-me também na observação e no esclarecimento de dúvidas junto dos enfermeiros tutores e restantes elementos da equipa, não no sentido de não efectuar trabalho de pesquisa mas porque, reconhecendo o valor da sua experiência profissional, considerei importante sobre eles reflectir o que constituiu momentos de aprendizagem e de reflexão para a prestação de cuidados de enfermagem de Excelência.

Ao longo do estágio aprofundei conhecimentos (que foram valiosos para a prestação de cuidados) em diferentes áreas como o crescimento e desenvolvimento infantil (reflexos no recém-nascido, indicadores de crescimento e de desenvolvimento psicomotor, índices de maturação), de forma a poder efectuar uma avaliação correta da criança, a identificar sinais de alarme que, tal como o nome indica, podem alertar para a existência de alguma situação patológica na criança e informar os pais acerca dos padrões de crescimento e desenvolvimento normais; alimentação (introdução de novos alimentos); vacinação (PNV, técnica e local de administração, efeitos secundários), necessidades da criança, educação para a saúde e promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de comportamentos de risco, principalmente relacionados com alimentação, tabagismo e sexualidade) e principais situações que levam a criança ao SUP ou a ser admitida no serviço de UCIN ou pediatria médica e

demonstrando assim um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP (competência 8).

Segundo a OE (2001) “O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional” no qual se distinguem “dois tipos de intervenções de Enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). No que diz respeito às intervenções interdependentes, “o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação”. Relativamente às “intervenções de Enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção”. Nos diferentes contextos de estágio tive oportunidade de colaborar e de prestar cuidados de enfermagem especializados a crianças de várias idades e com diferentes patologias e para tal implementei intervenções de enfermagem interdependentes e intervenções autónomas dando uma especial atenção a estas últimas no cuidar da criança e família, por considerar que eram estas que necessitava desenvolver e aprofundar como profissional.

As intervenções autónomas estando sob única e exclusiva responsabilidade do enfermeiro, exigem a tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e à responsabilidade social e ética (competência 15). Esta tomada de decisão implica uma abordagem sistémica e sistemática, na qual o enfermeiro identifica as necessidades do indivíduo e implementa intervenções com vista a evitar riscos, detectar potenciais problemas e resolver/minimizar problemas reais identificados (OE, 2001). Em todos os contextos de estágio procurei manter uma atitude baseada na tomada de decisão ética e responsável e de forma a respeitar a dignidade, o direito da pessoa à privacidade, ao acesso e à confidencialidade da informação, os valores, os costumes e as crenças com vista à prestação de cuidados de excelência à criança e sua família.

Ao longo do estágio desenvolvi um “diário” com o registo das crianças por mim assistidas e com o plano de cuidados de cada uma, tendo em conta os focos de enfermagem levantados (os mais frequentes serão abordados mais à frente) e as intervenções interdependentes. Este registo permitiu uma profunda reflexão acerca das situações com que me deparava e da qualidade e eficácia dos cuidados prestados levando à aquisição das competências: desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente (competência 14), tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da ESIP (competência 19) e zelar pelos cuidados prestados na área de ESIP (competência 24)

Durante o módulo I de estágio tive oportunidade de prestar cuidados a crianças dos 0 aos 18 anos e suas famílias e de colaborar e efectuar 29 consultas de saúde infantil e juvenil (Anexo VII) de acordo com o plano tipo de actuação de saúde infantil e juvenil (DGS, 2005) e com o guia de consultas da ULS-Matosinhos. As consultas de saúde infantil e juvenil

estão calendarizadas em “idades-chaves” que correspondem a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança e do adolescente, tais como etapas do crescimento, desenvolvimento psicomotor, social, alimentação, escolaridade. A avaliação atempada destes parâmetros permite a detecção precoce de sinais de alarme e encaminhamento adequado da criança em caso de necessidade. Estas consultas constituem por tudo isto um momento de extrema importância para a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança.

Durante as consultas avaliei não só o crescimento e o desenvolvimento físico, mas também parâmetros do desenvolvimento psicomotor e psicossocial. Estes dados foram registados quer em suporte informático (de forma a fomentar a continuidade de cuidados) quer no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, documento que permite o acesso rápido à informação mais pertinente do crescimento e desenvolvimento da criança sempre que esta recorre aos serviços de saúde. Durante as consultas tive também oportunidade de estimular comportamentos saudáveis, relacionados com alimentação, exercício físico, saúde oral, prevenção de acidentes e prevenção de comportamentos de risco relacionados com a sexualidade e o consumo de substâncias nocivas. De todas as consultas destaco as efectuadas a adolescentes que constituíram para mim um desafio pelas especificidades desta faixa etária. Durante estas consultas tive o cuidado de assegurar a privacidade e confidencialidade e de respeitar a decisão de serem atendidos sós ou acompanhados.

Tive ainda oportunidade de promover o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e de administrar 22 vacinas (Anexo VIII) a crianças de diferentes idades. Segundo a DGS (2006), as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico. Desde que foi implementado o PNV, verificou-se uma notável redução da morbilidade e mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com consequentes ganhos em saúde (DGS, 2006). O esquema recomendado tem como objectivo obter a melhor protecção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível. A primovacinação é efectuada na 1ª infância, fase em que a criança é mais sensível às doenças infecciosas; as consultas de saúde infantil/juvenil são agendadas tendo em conta o PNV de forma a obter uma maior cobertura das crianças vacinadas e assim obter melhores resultados. Para além de administrar as vacinas, tive oportunidade de efectuar ensinamentos aos pais acerca das vantagens da vacinação, efeitos secundários e como actuar na presença destes, assim como de esclarecer as suas dúvidas neste domínio.

No serviço de pediatria médica, colaborei e prestei cuidados a 37 crianças desde os 0 aos 2 anos de idade com diferentes patologias, maioritariamente do foro médico mas também algumas do foro cirúrgico por falta de vaga na pediatria cirúrgica. Em anexo (Anexo IX) encontra-se o registo das crianças assistidas neste serviço e os focos de enfermagem levantados para cada uma.

Durante este período, as situações que mais me marcaram e que levaram a uma maior reflexão foram:

_ Um recém-nascido com síndrome de abstinência neonatal (filho de mãe toxicodependente) e que apesar de ter apenas alguns dias de vida, apresentava alterações de comportamento com irritabilidade, choro intenso, tremores e alterações no padrão de sono e de alimentação; este bebê exigiu muita atenção por parte da equipa de enfermagem uma vez que nos escassos e curtos períodos em que a mãe estava presente não demonstrou capacidade para cuidar do seu filho, pelo que o bebê estava praticamente sob cuidados da equipa 24 horas por dia.

_ Uma bebé com anencefalia (apesar do diagnóstico pré-natal a mãe não aceitou a interrupção voluntária da gravidez) e que apesar do prognóstico muito reservado, o seu estado clínico estabilizou e foi desenvolvido um grande trabalho com os pais no sentido de estes aceitarem a filha (no início do internamento o pai não visitava a bebé e impedia que a mãe a visitasse porque “não valia a pena”, porque “ela vai morrer”) e de os envolver nos cuidados; fiquei contente por saber mais tarde que este trabalho deu “frutos” porque a bebé teve alta e os pais eram extremamente cuidadosos e atentos com a sua filha.

Na UCIN tive oportunidade de colaborar na prestação e prestar cuidados de enfermagem especializados a 14 recém-nascidos com diferentes patologias médicas e cirúrgicas (ver Anexo X) como prematuridade, baixo peso ao nascimento, sépsis neonatal, malformações congénitas (sendo que as mais frequentes foram as cardíacas e intestinais) e com necessidade de cuidados intensivos e intermédios.

De todas as crianças a quem prestei cuidados destaco algumas situações que pela sua complexidade marcaram esta passagem pela Neonatologia:

_ Dois bebés traqueostomizados (o D. por uma neoformação laríngea que apesar de benigna pelo seu efeito de massa comprometia as vias aéreas superiores e o T. com Síndrome de Apert), situações que constituíram oportunidades de reflexão acerca da parentalidade e do trabalho efectuado pela equipa de enfermagem com estes pais que tiveram de se adaptar a uma alteração da imagem dos seus filhos e com o saber lidar com uma traqueostomia.

_ Uma bebé com o diagnóstico médico de hérnia diafragmática bilateral de grande volume; por apresentar comprometimento grave cárdio-pulmonar foi a primeira criança no país a ser submetida a terapia com ECMO (oxigenação por membrana extracorporal), pela instabilidade hemodinâmica foi submetida a cirurgia no próprio serviço e por ter desenvolvido insuficiência renal grave foi realizou hemofiltração contínua; em simultâneo permaneceu sedada e ventilada com ventilador de alta frequência associado a terapia com Óxido Nítrico. Apesar do prognóstico reservado, a pedido dos pais, manteve estes tratamentos durante os 17 dias de vida, altura em que por decisão conjunta da equipa e dos pais foram interrompidos tendo a bebé falecido nesse mesmo dia. Esta situação foi uma nova experiência para toda a equipa e que levou a uma adaptação de todo o plano de trabalho da Unidade quer pelos conhecimentos técnicos (que levou a necessidade de formação do pessoal), quer pelos recursos humanos e materiais que exigiu. Esta situação requereu muito de todo o pessoal especialmente na relação com os pais conscientes da gravidade da situação mas com esperança na melhoria da situação clínica da sua filha.

Para mim, este último caso permitiu uma reflexão acerca da relação estabelecida com os pais em situação de morte iminente (o que acabou por ocorrer mais tarde) e da preparação para o luto, da capacidade de adaptação a novas situações e tomada de decisão ética e profissional da equipa multidisciplinar.

A morte de um bebé constitui uma experiência dramática e traumatizante, dificilmente aceite pelos profissionais de saúde preparados e empenhados para salvar vidas (SILVA, 2010). Com esta situação notei o desconforto de toda a equipa em abordar os pais em relação à possibilidade de morte da sua filha e a dificuldade em compreender as reacções e comentários feitos pelos pais perante essa possibilidade. Falar sobre a morte é um assunto de abordagem difícil e complexa que exige um conjunto de competências pessoais e profissionais. Ao efectuar pesquisa bibliográfica sobre este tema (preparação para o luto, falar sobre morte de um filho) constatei a escassez de informação. Não existem directrizes, normas ou protocolos que orientem a actuação perante estas situações. Foi através de uma estreita relação entre a equipa e os pais que este caminho foi conseguido: os pais foram informados e envolvidos nos cuidados e nas decisões e a equipa manteve uma atitude de abertura, disponibilidade e empatia durante toda a situação.

Todas estas situações foram as que talvez mais contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, como já referi pela complexidade inerente e pela oportunidade de desenvolvimento de saberes técnicos, relacionais e comunicacionais. Permitiram a aquisição das competências demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da ESIP (competência 9), abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da ESIP (competência 10), demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da ESIP (competência 13).

No SUP tive oportunidade de estar nos diferentes “postos” da Urgência, desde a **triagem** (onde tive oportunidade de efectuar triagem a 115 crianças de diferentes idades e com diferentes queixas – Anexo XI), passando pela **OBS** (onde prestei cuidados a 30 crianças do foro cirúrgico – maioritariamente apendicectomias e drenagens de hematoma subdural – e do foro médico – na sua maioria gastroenterites, infecção das vias aéreas superiores e inferiores - Anexo XII - e pelo apoio aos **gabinetes** (onde tive oportunidade de efectuar punção venosa para colheitas e para administração de terapêutica, aspiração de secreções, administração de terapêutica oral nomeadamente analgésicos e antipiréticos, administração de aerossóis e colaboração em suturas e tratamento de feridas (queimadura circular nos membros inferiores numa criança de 4 anos).

Tive ainda oportunidade num dos turnos de observar a prestação de cuidados a duas crianças em situação emergente na Sala de Emergência (uma menina com convulsão e dificuldade respiratória e um menino com taquicardia supraventricular grave) e num outro turno tive a oportunidade já de colaborar na prestação de cuidados também numa situação

emergente a uma menina em mal epiléptico. Estas experiências permitiram-me conhecer toda a dinâmica da Sala de Emergência e a óptima articulação de todos os elementos para dar resposta à situação.

Nos diferentes contextos de estágio, todas as oportunidades foram muito enriquecedoras e importantes para o desenvolvimento de várias competências e do meu pensamento crítico (reflectir não só no “como se faz” mas também perceber “porque é que se faz” de determinada forma) e em todas as situações procurei produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei (competência 5).

Actividades desenvolvidas

- Estive presente no I Encontro de Neonatologia do CHP intitulado “ Ajudar a Sonhar... em Neonatologia”.
- Frequentei a acção de formação “Cuidados ao Doente Traqueostomizado”, promovida pelo Centro de Formação do HSJ, EPE;

Reflexão

Durante o período de estágio desenvolvido no serviço de Neonatologia tive oportunidade de estar presente no I Encontro de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto, que decorreu nos dias 12 e 13 de Outubro de 2010, e onde foram abordados temas como “ A família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)”, “Processo de integração dos pais na UCIN”, “Situação de morte na UCIN”, “ Crescer Prematuro”, “O Recém-nascido na Comunidade”, “Cuidar com Dignidade – cuidados paliativos neonatais” entre outros.

Foi uma experiência muito enriquecedora na medida em que me permitiu ter contacto com a realidade de UCIN de outras instituições e ter em 2 dias de formação oportunidade de reflexão em temas tão variados e importantes para o meu contexto de estágio.

Tive ainda oportunidade de frequentar a Acção de Formação “Cuidados ao Doente Traqueostomizado”, promovida pelo Centro de Formação do HSJ, EPE no dia 21 de Outubro de 2010 onde foram abordados os cuidados a prestar ao doente com traqueostomia. Esta oportunidade foi valiosa uma vez que me permitiu aprofundar conhecimentos acerca do tema e esclarecer algumas dúvidas nomeadamente em relação aos cuidados específicos a uma criança (de lembrar que estava a decorrer o estágio no serviço de Neonatologia onde duas das crianças assistidas tinham traqueostomia).

Actividades desenvolvidas

- Aprofundei conhecimentos acerca da fisiologia, controle e tratamento da dor no recém-nascido/ criança;
- Monitorizei dor utilizando Escala de Avaliação de Dor;
- Promovi medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor;
- Vigiei a dor.

Reflexão

Ao longo de todo o estágio a avaliação e o alívio da dor foi sempre um foco da

minha atenção. Recorri à pesquisa bibliográfica acerca da dor no recém-nascido (pré-termo e de termo) e na criança. As áreas de interesse centraram-se na fisiologia da dor, manifestações de dor e alívio da mesma (em especial do recém-nascido).

Segundo a CIPE, dor é uma “*percepção com as características específicas: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite.*”²

Nas crianças, a dor pode por vezes ser de difícil avaliação, devido às suas respostas cognitivas e emotivas em constante mudança. Os bebés internados na Neonatologia e a maioria das crianças internadas no serviço de pediatria médica (ala B) são incapazes de verbalizar a sua dor, o que leva à necessidade de recorrer a instrumentos comportamentais e fisiológicos para a sua avaliação (escalas do observador).

O Enfermeiro em Pediatria deve ser capaz de escutar e observar, respeitando a criança e a sua família e de saber interpretar expressões, sinais vitais e comportamentos.

Durante o período de estágio tive oportunidade de utilizar duas Escalas de Avaliação de dor:

- *Échelle de la Douleur et de l’Inconfort du Nouveau-né (EDIN)* – uma escala de avaliação comportamental utilizada durante o 1º mês de vida (utilizada na neonatologia e pediatria médica)
- *Objective Pain Scale (OPS)* – utilizada a partir do 1º mês de vida; é uma escala de fácil aplicação, contudo, a avaliação da TA pode interferir na sua aplicação uma vez que as variações deste sinal vital não implicam exclusivamente a existência de dor (escala também utilizada na pediatria médica).

A dor é considerada o 5º sinal vital³ e como tal passou a ter uma expressão formal e sistemática nos padrões de documentação de cuidados e nos serviços. A folha de avaliação/registo faz parte integrante do processo da criança, tendo em conta a idade da mesma. Efectuei a monitorização e registo em SOS ou pelo menos uma vez por turno. De acordo com o resultado implementava medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor.

A gestão adequada da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Assim, quando prevê que determinado procedimento vá provocar dor na criança, o enfermeiro tem o dever de agir e colocar em prática cuidados que a elimine ou reduza para níveis aceitáveis. (OE: Dor: Guia orientador de boa prática).

Como foi referido anteriormente, incentivei a família à permanência e à participação nos cuidados durante o período de hospitalização. Quando bem integrados os pais são um factor de conforto e segurança para a criança e a sua permanência durante os

² Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão I.0.

³ CIRCULAR NORMATIVA N.º 9/ DGCG.2003

procedimentos (sempre que assim o desejem) reduz a ansiedade e diminui a percepção de dor na criança.

Nos diferentes contextos de estágio tive oportunidade de verificar, com alguma apreensão, que o controlo de desconforto e dor não foi uma preocupação de todos os profissionais apesar de terem conhecimentos e meios disponíveis tal. Na maioria dos casos aplicavam apenas as medidas farmacológicas talvez por descrença na eficácia das medidas não farmacológicas. Neste sentido tive oportunidade de sensibilizar para o uso de medidas como a sucção não nutritiva e administração de soluções como a sacarose 24%. Para além da sensibilização informal tive oportunidade de elaborar no Serviço de Pediatria Médica a norma de administração de sacarose a 24% (que irei apresentar mais à frente).

Actividades desenvolvidas

- Realizei pesquisa bibliográfica na área da massagem infantil;
- Assisti a sessões de massagem infantil inseridas no Projecto Bem-me-quer.

Reflexão

A massagem é uma técnica milenar que utiliza o toque (contacto pele a pele), adquirindo não só uma vertente de comunicação, mas também uma vertente terapêutica. Estimula directamente os sistemas músculo-esquelético, nervoso, linfático, gastrointestinal e circulatório, afectando desta forma os processos bioquímico e fisiológico regulados por estes sistemas (BRÊTAS, 1999). Para além disto, a massagem contribui para o envolvimento afectivo dos pais com o bebé, sendo um factor importante para o vínculo familiar [AUCKETT (1983), LEBBOYER (1986), NIELSON (1989) e McMLURE (1996), citados por BRÊTAS (1999)].

Durante o Módulo I de estágio assisti as sessões de massagem infantil, efectuadas pela Enfermeira Alexandra Correia (que como referi anteriormente é instrutora de massagem infantil reconhecida pela APMI) inseridas no curso de preparação para a Parentalidade do Projecto Bem-me-quer. Assistir a estas sessões foi um objectivo pessoal, uma vez que é um tema de grande interesse para mim e o facto de ter assistido despertou ainda mais o meu desejo de efectuar formação específica nesta área.

Verifiquei que estas sessões constituem um verdadeiro “ponto de encontro” entre os pais que participam. Estes formam como que um “grupo de apoio” entre si, partilham ideias, dúvidas e experiências e fornecem apoio mútuo. Para além disso é um momento oportuno para o enfermeiro detectar dificuldades nos pais e ir de encontro às suas necessidades.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Promover os Cuidados Centrados na Família**

Actividades desenvolvidas

- Envolvi a família na prestação de cuidados à criança;
- Aprofundei conhecimentos na área do NIDCAP;
- Geri os cuidados prestados à criança;
- Promovi um ambiente adequado à criança/família.

Reflexão

No HSJ, EPE o modelo de actuação de enfermagem implementado a nível institucional é o Modelo de Actividades de Vida Diárias de Nancy Roper, que preconiza a satisfação de 12 Actividades de Vida de acordo com o estado de dependência/independência para cada uma delas e com o estágio do ciclo vital (ALLIGOOD E TOMEY, 2004). No entanto pude constatar que a filosofia de prestação de cuidados nos diferentes serviços onde desenvolvi o meu estágio hospitalar, se pratica uma assistência à criança baseada no envolvimento da família na tomada de decisão e na prestação de cuidados, o que vai de encontro ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, ou seja, cuidados apoiados numa *“filosofia de enfermagem pediátrica, que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança”* (MANO, 2002:53). Assim, este modelo constitui *“um meio eficaz de planejar, pôr em acção e avaliar os cuidados a prestar ao doente pediátrico”* (CASEY, citada por MARQUES, 2006).

A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança (HOCKENBERRY, 2006) e como unidade de cuidado (PINTO *et al*, 2010). Seguindo esta filosofia os pais são capacitados para o desempenho do seu papel de cuidadores com aptidão para a tomada de decisão informada e consciente. Profissionais e pais trabalham em equipa num modelo de parceria e não de mera participação nos cuidados à criança.

Neste sentido, ao longo do estágio demonstrei disponibilidade e apoio aos pais, incentivei a manifestação de dúvidas e sentimentos e efectuei ensinamentos no sentido do desenvolvimento de conhecimentos e competências para a identificação e resposta adequada às necessidades do seu filho. Integrei-os progressivamente, e sempre que demonstrassem essa vontade e capacidade na prestação dos cuidados à criança, isto é, envolvi os pais negociando com eles os cuidados, supervisionei os cuidados prestados e avalei a sua autonomia na prestação de cuidados.

No serviço de Pediatria Médica tive oportunidade de observar a estreita relação estabelecida entre o enfermeiro e a família em particular com os pais de forma a dotá-los de competências para cuidar do seu filho (isto torna-se mais notório no caso de crianças com doença crónica agudizada e com internamentos repetidos).

No serviço de Neonatologia, para além desta filosofia de parceria de cuidados toda a actuação de enfermagem tem como ponto central a promoção do desenvolvimento do recém-nascido. Alguns dos elementos da equipa de enfermagem (de entre os quais a minha tutora) encontravam-se em formação e em fase de certificação na área do NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*), modelo de prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo que assenta na sua avaliação individual e implementação de estratégias (centradas no controlo de estímulos externos, agrupamento dos cuidados de enfermagem e de outros profissionais de acordo com a tolerância do bebé, posicionamento e parceria parental nos cuidados), permitindo uma adaptação ao ambiente da unidade e dos cuidados, na sua globalidade e integrando os pais, como atores indispensáveis

na relação com o recém-nascido. Também neste modelo a família é tida como um todo (não se prestam cuidados ao bebé dissociados dos cuidados aos pais) e é a base da actuação do enfermeiro. Tive oportunidade de desenvolver conhecimentos nesta área o que foi bastante enriquecedor na medida em que permitiu uma profunda reflexão dos cuidados prestados a criança/família. Na prestação de cuidados à criança tive a preocupação de gerir a manipulação da criança, de gerir o ambiente, posicionar o bebé e fazer o ninho de contenção e de promover o conforto.

Em síntese, ao longo do estágio em contexto hospitalar constatei que existia uma implicação em promover a presença dos pais durante o internamento por se reconhecer a sua importância, prestando-se uma assistência personalizada e reconhecendo-se o carácter holístico dos cuidados à criança e família.

Em contexto de saúde infantil, a filosofia de prestação de cuidados na USF é também centrada na família. Os cuidados são prestados pelo enfermeiro de família, que se baseia numa abordagem sistémica (de todos os elementos da família) e holística e cujos objectivos centram-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança (FIGUEIREDO e MARTINS, 2009). Neste contexto, os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, nas situações de saúde e de doença, com ênfase nas respostas da família aos seus problemas (WRIGHT e LEAHEY, 2002, citados por FIGUEIREDO e MARTINS, 2009).

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Minimizar o impacto da hospitalização e maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/família perante a experiência de internamento hospitalar**

Actividades desenvolvidas

- Adoptei uma atitude empática com a criança/família;
- Incentivei a presença dos cuidadores durante o período de hospitalização;
- Utilizei estratégias de redução do nível de ansiedade associada ao internamento na criança/família;
- Proporcionei um ambiente adequado para o estabelecimento de uma comunicação eficaz com a criança e sua família;
- Encorajei a comunicação expressiva de emoções;
- Promovi o envolvimento do cuidador nos cuidados negociando com ele os mesmos;
- Apoiei o cuidador na tomada de decisão;
- Ensinei sobre o papel parental durante a hospitalização e procedimentos;
- Mantive junto da criança brinquedos preferidos;
- Proporcionei e incentivei actividades lúdicas adequadas ao nível de desenvolvimento da criança;
- Informe sobre a existência e dinâmica da sala de brincar.

Reflexão

Quando uma criança dá entrada num hospital, seja num episódio de urgência ou de internamento, existe um conjunto de factores de stress quer para a criança quer para os pais/família. O episódio de urgência pode constituir uma das experiências mais traumáticas para a criança. O ambiente é estranho, não há tempo de preparação para os procedimentos e pode provocar sentimentos como a angústia da separação (HOCKENBERRY, 2006). Desde que dá entrada no SUP, a criança e a família vivem um conjunto de experiências que podem ser sentidas como positivas ou negativas e com duração variável. Neste contexto considero a hospitalização como todo o período tempo em que a criança permanece no hospital desde a admissão até à alta, tendo tido necessidade ou não de internamento.

Perante uma situação que exija internamento hospitalar do filho, os pais podem sentir confusão, culpa, revolta ou angústia (HOCKENBERRY, 2006). A criança encara como ameaçadora a experiência da hospitalização devido à separação do seu ambiente habitual e dos pais, e ao medo do desconhecido. Ao longo do estágio, pude constatar que a hospitalização constitui uma situação de crise na família que pode ser difícil de ultrapassar.

ALGREN (2006) identifica 3 factores de stress (angústia de separação, perda de controlo e lesão corporal e dor) que desencadeiam determinadas reacções de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento da criança. É sobre estes que o enfermeiro deve intervir de forma a minimizar o impacto negativo desta experiência e promover uma adaptação tão positiva quanto possível à situação. Ao longo do estágio tive a preocupação de interpretar estes factores de stress e sobre eles actuar, adaptando os cuidados de Enfermagem em função da sua minimização, assim como de manter uma postura empática, utilizando linguagem adequada e interagindo com a criança.

O enfermeiro tem um papel importante na forma como a hospitalização da criança é percebida e encontra-se numa posição privilegiada para ajudar a criança/família a se adaptarem à nova situação. Por mais curto que seja o período de hospitalização, o potencial de desenvolvimento da criança não deve ser posto em causa e para isso deve ter em consideração o nível de desenvolvimento da criança, as necessidades dos pais e da sua capacidade em acompanharem e cuidarem do filho.

A hospitalização pode também ser uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, uma vez que o ambiente hospitalar pode proporcionar à criança novas experiências de socialização que a podem levar a beneficiar de relações positivas com os elementos da equipa e de uma relação mais próxima com os familiares (HOCKENBERRY, 2006). Pode também constituir uma oportunidade para a criança de controlar o stress da situação e fazê-la sentir autoconfiante na sua capacidade de enfrentar novas situações (HOCKENBERRY, 2006). A doença e a hospitalização representam excelentes oportunidades para que a criança e família aprendam aspectos relacionados com o seu corpo, sobre o outro e sobre os profissionais de saúde (HOCKENBERRY, 2006).

Criar um ambiente agradável com pintura e decoração adequada, proporcionar a presença dos seus objectos preferidos e desenvolver actividades que estimulem o seu

desenvolvimento são atitudes imprescindíveis para maximizar o potencial de desenvolvimento da criança.

Um momento fundamental para ajudar a família/criança a reduzir os níveis de ansiedade é, no SUP o momento da triagem, e no serviço de internamento, a admissão da criança/família no serviço: é a altura do primeiro impacto e da primeira impressão sobre o serviço (funcionamento e rotinas) e do atendimento prestado pela equipa (a postura adoptada pelo enfermeiro neste momento pode condicionar a percepção dos pais acerca dos cuidados prestados e assim aumentar ou reduzir a sua ansiedade). Durante o processo de triagem/admissão adoptei uma postura de empatia e permiti a expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas.

No que diz respeito à angústia da separação, incentivei e permiti a permanência dos pais junto do filho e a visita de pessoas significativas para ambos. Em relação ao factor perda de controlo permiti e incentivei a personalização da unidade da criança com os seus brinquedos preferidos e o uso das suas roupas e acessórios, de forma a tornar o ambiente mais personalizado, utilizei adesivos com diversas formas na fixação de sonda nasogástrica e cateteres e respeitei as rotinas do bebé/criança e família; tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança expliquei o procedimento, permiti a manipulação do material e permiti a opção de escolha em relação às intervenções.

O brinquedo é um recurso facilitador da intervenção de enfermagem junto da criança. Brincar faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento da criança e é importante para esta, uma vez que quando brinca distancia-se do quotidiano e é envolvida por um mundo mágico; é também através do brinquedo que a criança aprende e se relaciona com os outros (JANSEN, 2010). Em contexto de hospitalização, o brinquedo permite a diminuição da ansiedade provocada pela experiência ameaçadora do internamento (JANSEN, 2010). No contacto com a criança a utilização do brinquedo foi uma preocupação constante e para isso recorri aos brinquedos preferidos da criança como forma de interacção e de preparação para procedimentos invasivos e/ou dolorosos.

No serviço de Pediatria existe uma sala de brincar equipada com brinquedos, material de desenho e computadores, que tem a desvantagem de se encontrar na Ala A. No entanto e apesar de terem que se “ausentar” do serviço incentivei os pais a recorrer a este espaço quando o estado clínico e o estágio de desenvolvimento da criança o permitia. Durante a minha permanência no serviço tive ainda a oportunidade de ver a intervenção de alguns elementos da “Operação Nariz Vermelho” (de interacção e distribuição de brinquedos) e de observar a reacção positiva na maioria das crianças ali internadas. É mais um momento de brincadeira que trás algum conforto e alegria às crianças e famílias.

De forma a ajudar os pais a adquirirem algum sentimento de controlo e para que não se sentissem ameaçados no seu papel de pais procurei envolvê-los nos cuidados e incentivei-os à participação parental.

Com vista à diminuição da possibilidade de dor, promovi a utilização de estratégias não farmacológicas adaptadas à idade e nível de desenvolvimento da criança.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ Promover a Parentalidade nos diferentes contextos de estágio

Actividades desenvolvidas

- Assisti a criança/família na transição dos diferentes processos de vida;
- Avaliei as necessidades parentais;
- Apoiei os pais nos diferentes aspectos do desempenho do papel parental;
- Contribui para a educação parental.

Reflexão

Transição é definida como “*uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro*” [CHICK & MELEIS (1986), citado por SHUMACHER & MELEIS (1994)]. Para MERCER, *et al* (1988), as transições são definidas como “pontos de mudança os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações”. Exemplos de transições são experiências de doença e mudanças no desenvolvimento ao longo da vida como a gravidez, nascimento de um filho, adolescência ou parentalidade (MELEIS *et al*, 2000). Neste contexto, o ciclo vital é um constante transformar-se de um estado, fase ou período para outro (ZAGONEL, 1999).

Os pontos de transição de um estágio para outro no processo de desenvolvimento constituem os pontos de maior vulnerabilidade, e é nestes que se devem intensificar os esforços no sentido de reorganizar os momentos transicionais (ZAGONEL, 1999).

O Enfermeiro tende a ser o cuidador que prepara o cliente para a transição iminente e que facilita o processo de aquisição/ aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a sua experiência (MELEIS *et al*, 2000). Ao conhecer o processo de transição e as consequências para a pessoa/família, pode actuar de maneira antecipatória para prevenir, promover ou intervir de forma terapêutica nas consequências dessa transição (ROCHA & ZAGONEL, 2009).

Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações nas vidas dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar (SCHUMACHER e MELEIS, 1994), tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respectivas crianças (MERCER *et al*, 1993).

Segundo a CIPE (ICN,2005), Parentalidade é a

“Acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

O enfermeiro tem um papel relevante na promoção da parentalidade, isto é, em dotar os pais de competências e conhecimentos específicos de modo a ficarem aptos a

identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos. Cabe ao profissional de enfermagem encorajar os pais na gestão dos seus papéis enquanto cuidadores da criança, colaborando na identificação e resolução de problemas e na sua substituição em determinadas tarefas parentais nas situações de dificuldades dos pais no processo de adaptação.

Segundo RELVAS (2000) tornar-se pai e mãe é um acontecimento que leva à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade. A adaptação à parentalidade é um processo de transição e pode ser acompanhado por sentimentos de insegurança, dificuldade, incapacidade, tensão emocional e ansiedade. A interacção e relação pais/filhos pode ser afectada ou posta em causa e a intervenção precoce do enfermeiro pode concorrer significativamente para o sucesso da transição.

O papel parental desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança. Cuidar de um recém-nascido, de uma criança em idade pré-escolar, em idade escolar ou de um adolescente, implica responsabilidades parentais diferentes.

Durante as consultas de saúde infantil, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a crianças desde o nascimento até à adolescência. Isto permitiu-me constatar a necessidade de intervenção precoce para uma adequada transição nos diferentes momentos de desenvolvimento. O nascimento do bebé, e a mudança de estágio de desenvolvimento como a faixa etária entre os 2 -3 anos em que aquele bebé deixa de ser bebé para se tornar criança, ou na pré-adolescência quando a criança se prepara para uma nova fase com alterações corporais e comportamentais, foram momentos em que senti que nos pais, quer na própria criança (pré-adolescente e adolescente), a necessidade de trabalhar com ambos este processo de desenvolvimento, proporcionando esclarecimento acerca do processo normal do desenvolvimento e de dúvidas.

Ao longo do estágio e em todos os contextos procurei desenvolver actividades que me permitissem avaliar as necessidades parentais como a observação e a interacção com os pais, apoiando-os nos diferentes aspectos do desempenho do papel parental e contribuindo para a educação parental através de ensinamentos e aprendizagem de competências. Participei em vários ensinamentos efectuados com vista ao desenvolvimento do papel parental. Na incapacidade do desempenho em pleno deste papel incentivei ao envolvimento de outros familiares no auxílio dos pais no papel de prestadores de cuidados.

A minha actuação ao nível da parentalidade foi muito produtiva e enriquecedora porque me permitiu desenvolver conhecimentos e competências nesta área de intervenção tão complexa.

Actividades desenvolvidas

- Incentivei à prática do método Mãe Canguru.

Reflexão

A mudança na forma do cuidado neonatal proposta pelo Método Canguru está baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebé e sua família; respeito às individualidades; promoção do contacto pele a pele o mais precoce possível e envolvimento da mãe nos cuidados do bebé. Como vantagens promove o desenvolvimento físico e emocional do bebé, estimula o contacto precoce dos pais com o seu filho e aumenta a vinculação entre pais e filhos, favorece o aleitamento materno, proporciona maior confiança e competência dos pais nos cuidados ao recém-nascido e contribui para a diminuição do tempo de internamento.

Tendo em conta todos estes benefícios, na UCIN incentivei e promovi este método (não só com a mãe mas também com o pai apesar de este, de uma forma geral, se mostrar de início mais apreensivo) e esclareci acerca das indicações e benefícios. Constatei a tranquilidade, esperança e confiança nos pais quando praticavam este método e o bem-estar proporcionado a ambos (mãe/pai e bebé).

Actividades desenvolvidas

- Incentivei o aleitamento materno;
- Observei e avaliei a mamada;
- Informei sobre a existência e localização do “Cantinho da Amamentação”;
- Colaborei e efectuei ensinamentos aos pais sobre aleitamento materno (benefícios e vantagens, técnica da amamentação e de extracção de leite, prevenção do ingurgitamento mamário, cuidados com as mamas, armazenamento do leite materno extraído, ...)
- Dinamizei o “Cantinho da Amamentação” através da elaboração de um poster com o título “Amamentar com conforto”.

Reflexão

As vantagens do aleitamento Materno são múltiplas e reconhecidas a curto e a longo prazo, existindo um consenso mundial de que deve constituir em exclusivo o regime alimentar do bebé até aos 6 meses de idade (Manual do aleitamento materno, 2008). O sucesso do aleitamento materno é traduzido pela duração da amamentação e pela qualidade da interacção mãe-filho (Manual do aleitamento materno, 2008).

A transição ao papel materno inicia-se durante a gestação, passando pelo processo de parto e nascimento e chegando ao puerpério (CATAFESTA *et al*, 2009). A amamentação faz parte deste processo de transição e torna-se fundamental perceber como a mulher/ mãe vive este mesmo processo e identificar as suas necessidades individuais. O ato de amamentar está associado a simbolismos, fantasias, sentimentos, acções e interacções, é influenciado por crenças e valores e exige a activação de recursos internos e externos para que as dificuldades iniciais sejam ultrapassadas e se estabeleça o aleitamento materno de forma eficaz (CATAFESTA *te al*, 2009). É aqui, neste processo que o enfermeiro, em particular o enfermeiro especialista em ESIP, tem um papel preponderante pelo contacto e sensibilidade

que detém para orientar, informar, apoiar e esclarecer todas as dúvidas, sem impor ou fazer juízos de valor.

Ao longo do estágio tive oportunidade de colaborar e efectuar ensinamentos aos pais acerca da amamentação (que me permitiram aprofundar conhecimentos na área da amamentação e desenvolver competências no âmbito da comunicação com os pais) e desenvolvi actividades principalmente relacionadas com o incentivo, esclarecimento de dúvidas, desmistificação de crenças e observação da mamada, tendo em conta aspectos como: o comportamento da mãe e do bebé, como a mãe segura no bebé e na mama, o estado da mama, o comportamento do bebé no final da mamada, sentimentos da mãe em relação à amamentação. Nas situações em que o bebé ainda não tinha condições de ser amamentado, incentivei as mães na extracção do leite de forma a promover a lactação.

A visita domiciliária que tive oportunidade de fazer durante a minha permanência no Centro de Saúde, foi neste contexto muito enriquecedora uma vez que a mãe que visitei tinha muitas dúvidas a colocar, além de muita insegurança e pouca predisposição para amamentar. A prestação de cuidados no domicílio é uma forma de obter conhecimento integral e realista do meio físico e social onde a família se insere, bem como da vida familiar, dos seus hábitos e comportamentos e das relações interpessoais.

A nossa presença foi para a mãe um momento de esclarecimento das suas dúvidas e de expressão de sentimentos em relação à amamentação. Esta mãe tinha frequentado o Curso para a Parentalidade e tinha conhecimento dos benefícios da amamentação e de como colocar o bebé a mamar. Apesar disso a sua decisão em amamentar era sentida quase como que uma obrigação e um sentimento de que se não o fizesse iria ser considerada uma má mãe. Notei a necessidade de ser elogiada e incentivada para amamentar e foi essa a postura que adquiri: uma postura de elogio, de estímulo e de não censura por uma possível decisão em deixar de amamentar o seu bebé. Para além dos benefícios físicos, incentivei a amamentação pelos benefícios psicológicos e de vinculação: o ato de amamentar proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência de uma cooperação mútua e única entre a mãe e o bebé, que leva a uma adaptação mútua cada vez mais rica e complexa (tal como preconizado no Manual do aleitamento materno, 2008).

Neste contexto de estágio, tive ainda oportunidade de dinamizar o “cantinho da amamentação” através da elaboração de um poster com o título “Amamentar com conforto”, com o objectivo de dar a conhecer diferentes posições da mãe e do bebé para amamentar de forma confortável (Anexo XIII).

Actividades desenvolvidas

- Participei no Projecto Bem-me-quer:

- * efectuei convocação via telefone dos pais para o Curso de Massagem infantil;
- * realizei uma AES a pais sobre Prevenção de acidentes na infância;
- * forneci um dossier de consulta e bibliografia sobre a prevenção de acidentes na infância.

Reflexão

O projecto de enfermagem para a parentalidade Bem Me Quer é da responsabilidade de duas enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediatria (uma das quais a enfermeira tutora) e de uma enfermeira especialista em saúde materna.

A sua natureza assenta no desenvolvimento de um modelo de cuidados, centrado na oferta de serviços de enfermagem diferenciados, da preparação ao exercício da parentalidade, em estreita articulação com os enfermeiros de família, tendo em vista a continuidade de cuidados. Tem como objectivos: promover as competências no exercício da parentalidade desde as 20 semanas de gestação até aos 9 anos, de crianças saudáveis e com necessidades especiais. Inclui um curso de educação parental com várias sessões temáticas em grupo (antes e depois do nascimento) e sessões de massagem infantil.

Durante o estágio tive oportunidade de participar neste projecto através da convocação via telefónica de pais para frequentarem o curso de massagem ao bebé. Estes pais manifestam a sua vontade em efectuar o curso nas sessões que frequentaram durante a gravidez, ou durante as primeiras consultas de saúde infantil após o nascimento; neste caso são orientados pelo enfermeiro de família para a UCC, onde se faz este contacto para agendamento das sessões. Estas realizam-se a partir das 6 semanas de vida do bebé, 2 dias por semana e com a duração de 6 semanas. Em cada curso são constituídas 2 turmas de pais e bebés.

Na grande maioria é apenas a mãe que frequenta o curso, pela disponibilidade que tem durante a licença de maternidade. No entanto, incentiva-se a participação de outro elemento da família, outro cuidador como o pai, uma avó, etc. que deseje aprender a efectuar a massagem.

Neste contacto telefónico são transmitidas as informações acerca das sessões: data de início, frequência e duração, local (Junta de freguesia da Senhora da Hora, uma vez que o Centro de saúde não possui infra-estruturas físicas para tal) e o material necessário: para a mãe é pedido que leve uma roupa confortável (porque para além da massagem ao bebé, esta sessão inclui um momento de ginástica de recuperação pós-parto, efectuado também pela enfermeira tutora) e para o bebé, óleo de massagem (o aconselhado é o óleo de amêndoas doces) e uma fralda de pano.

Um dos temas abordados nas sessões temáticas inseridas no curso para a Parentalidade é a prevenção de acidentes na infância. Durante o estágio tive a oportunidade de reformular esta sessão e efectuar a AES sobre este tema a casais a frequentarem o curso.

Segundo dados da OMS⁴, em todo o mundo morrem mais de 2000 crianças por dia vítimas de acidentes e, muitas são hospitalizadas por acidentes que lhes provocam lesões que podem ser permanentes. A segurança no espaço doméstico depende fundamentalmente dos pais (VINAGRE & LIMA, 1998), e como tal torna-se essencial que estes sejam dotados de competências para a sua promoção. Daqui a pertinência da abordagem deste tema.

⁴ Disponível em http://www.unicef.pt/18/08_12_10_pr_child_injury.pdf [12.12.10]

O objectivo da sessão foi fornecer informação aos pais de forma a criarem ambientes seguros para que a criança tenha a oportunidade de desenvolver a sua autonomia e sem riscos. A AES foi efectuada a dois grupos de casais e durante a apresentação foram abordados temas como os acidentes mais frequentes, estratégias de prevenção (dentro e fora de casa) e como actuar em caso de acidente. No final das sessões foram fornecidos o folheto “O transporte de crianças no automóvel” protocolado pela ULS e com informação pertinente acerca da escolha da cadeira de transporte adequada e correta utilização, e uma *check-list* (“Uma casa segura para as crianças”) elaborada por mim e pelas 2 colegas de curso também a realizar estágio neste Centro de Saúde.

A elaboração da AES foi muito enriquecedora porque permitiu o aprofundar de conhecimentos acerca dos acidentes na infância e da importância do envolvimento dos pais na promoção de um ambiente seguro. Estes conhecimentos foram aplicados não só na apresentação da sessão mas também durante as consultas de enfermagem de saúde infantil de forma a alertar e instruir os pais acerca desta problemática. A apresentação em si da sessão constituiu um momento de contacto com futuros pais com muitas dúvidas e uma oportunidade muito produtiva em termos de diálogo e esclarecimento dessas mesmas dúvidas.

Em anexo (Anexo XIV) encontra-se o dossier construído pelo grupo e fornecido à UCC onde consta o plano da sessão, a apresentação efectuada, a bibliografia utilizada para a justificação da pertinência da sessão e os documentos fornecidos.

Tive também oportunidade de assistir à sessão com o tema “A escolha da creche”, apresentada pela enfermeira tutora, onde me apercebi das questões e dúvidas mais frequentes dos pais em relação ao tema de forma a optarem pelo local ideal. Foram abordados temas como optar pela creche, por um familiar ou ama, condições físicas e humanas a ter em conta quando se visita uma creche, vantagens e desvantagens de cada opção. Esta sessão constituiu também um momento de partilha de opiniões e experiências o que também enriqueceu o encontro.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Promover a Educação para a Saúde e Prevenção da doença da criança e família**

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei áreas que necessitavam de ser trabalhadas e aprofundadas no âmbito da educação para a saúde e prevenção da doença;
- Realizei ensinamentos à criança/ família;
- Realizei a AES “Prevenção de acidentes na infância”.

Reflexão

Segundo a Carta de Ottawa (1986), promoção da saúde define-se como “*um processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam*”. Neste contexto, a

promoção da saúde permite dotar as pessoas de competências e valores para a tomada de decisão acerca da sua saúde. Os profissionais de saúde, em geral, e o enfermeiro em particular, têm um papel fundamental como formadores sociais e agentes de mudança.

Segundo a OE (2001), “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde*”. Para a promoção da saúde torna-se importante: identificar a situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; criar e aproveitar as oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; promover o potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento e fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades do cliente (OE, 2001). Tudo isto constitui um processo de educação para a saúde que proporciona ganhos em saúde.

Ao longo do estágio tive oportunidade de efectuar ensinamentos acerca de diferentes temas. Na consulta de enfermagem, que constitui um momento fundamental para a promoção da saúde, efectuei ensinamentos em diversas áreas segundo os temas preconizados no plano tipo de actuação de saúde infantil e juvenil (DGS, 2005) e dos quais destaco a amamentação, prevenção de acidentes, higiene oral e estilos de vida saudáveis. De salientar que embora alguns temas fossem abordados em grande parte das consultas efectuadas, tive o cuidado de adaptar os mesmos de acordo com as necessidades manifestadas/detectadas nos pais / criança. A minha participação no projecto Bem Me Quer também proporcionou momentos propícios para desenvolver acções de educação para a saúde como a apresentação da sessão “prevenção de acidentes na primeira infância”.

No serviço de pediatria médica destaco os ensinamentos efectuados à família acerca dos cuidados a ter com uma gastrostomia (numa menina internada no serviço de pediatria médica que teve alta para o domicílio com uma sonda de gastrostomia para alimentação) de forma a dotar esta família para os cuidados a ter com a preparação e administração da alimentação e como resolver possíveis problemas como a obstrução da sonda; aos pais de um bebé com traqueostomia e ventilação não invasiva com BIPAP, e aos pais/família de uma bebé, que nasceu com anencefalia e sem reflexo de deglutição pelo que era alimentada através de sonda nasogástrica e tinha de necessidade de aspiração de secreções orofaríngeas.

Na UCIN e ao longo do internamento fiz vários ensinamentos, nomeadamente nos temas cuidados ao recém-nascido, amamentação/aleitamento, segurança e cuidados a traqueostomia, de forma a permitir aos pais a aquisição de competências que vão sendo avaliadas recorrendo a uma *check-list* que é preenchida pelo profissional que efectua o ensino e pelo profissional que em turnos seguintes observa e avalia os cuidados prestados pelos pais. Esta avaliação é feita utilizando os critérios de “autonomia”, “requer ajuda” e “requer orientação/incentivo” nos itens “cuidados de higiene”, “alimentação”, “sono e repouso”, “vigilância de saúde” e “segurança”.

No SUP a maior parte dos ensinamentos efectuados disseram respeito à administração de terapêutica (como antipiréticos e analgésicos) e ao tratamento de feridas.

Todos os ensinamentos tiveram o objectivo de dotar os pais de competências para estes cuidados especiais no domicílio.

A realização dos diferentes ensinamentos e das AES contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional por toda a envolvimento exigida para com a criança e família: foi importante estabelecer uma comunicação eficaz de forma a que a informação transmitida fosse aceite e interiorizada.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Desenvolver Ações de Educação para a Saúde (planear, executar e avaliar), no âmbito da saúde escolar na área da sexualidade**

Actividades desenvolvidas

- Realizei 7 Ações de Educação para a Saúde, na área da sexualidade a alunos do 10º ano de escolaridade da Escola Secundária do Padrão da Légua.

Reflexão

No início do módulo I de estágio, foi proposta a elaboração de acções de educação para a saúde subordinadas ao tema “Sexualidade na adolescência”, destinadas a alunos do 10º ano de escolaridade na Escola Secundária do Padrão da Légua.

Este desafio foi prontamente aceite por mim reconhecendo a necessidade de intervenção na população escolar nomeadamente os adolescentes uma vez que a fase de desenvolvimento que estes atravessam é caracterizada por ser um tempo de exploração, descobertas e escolhas podendo desencadear comportamentos que podem pôr em risco a saúde e a vida do jovem.

A apresentação foi intitulada “Quando a conversa sobre sexualidade chega à escola” uma vez que o grande objectivo do grupo era isso mesmo: proporcionar uma conversa, um diálogo com os adolescentes. Considerando que o tema não era propriamente novidade para os alunos, pretendia-se oferecer um momento de interacção onde fossem esclarecidas dúvidas. Antes da apresentação foi aplicado um questionário de diagnóstico de situação aos adolescentes que posteriormente estiveram presentes na AES. Para a elaboração da apresentação, recorri a pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos acerca das temáticas abordadas assim como acerca da adolescência (características psicossociais, comunicar com o adolescente, necessidades específicas, entre outros temas).

A AES foi constituída por um pequeno vídeo onde se abordavam as características e necessidades da adolescência e se apelava aos valores necessários para a vivência de uma sexualidade saudável. De seguida estabeleceu-se um diálogo apelando à troca de ideias acerca da mensagem extraída do vídeo e relembrando as principais alterações sentidas na transição da infância para a adolescência (alterações corporais, psicossociais, emocionais). Foram também abordados os recursos na comunidade de apoio ao jovem, principais métodos anticonceptivos (tipo de método, vantagens e inconvenientes) e por fim

foram abordadas as Infecções sexualmente transmissíveis (IST): VIH/ SIDA, clamídia, gonorreia, hepatite B, sífilis, herpes genital, HPV, infecção por tricomonas; sinais e sintomas, tratamento e forma de prevenção, apelando sempre a uma sexualidade responsável e à utilização do preservativo como método de dupla protecção (gravidez indesejada e IST). Em forma de síntese e de avaliação de conhecimentos foi aplicado um jogo de equipas com o título “Quem quer ter uma sexualidade responsável”: foram formados 3 grupos, cada um dos quais respondeu a 5 questões alternadamente recorrendo a um porta-voz. Em cada sessão foi fornecido o Folheto “Sexualidade saudável: informa-te, protege-te” com informação acerca dos recursos de apoio ao jovem e horários de funcionamento (Anexo XV).

No final foi construído um dossier (Anexo XVI), que foi entregue à enfermeira orientadora e à enfermeira responsável pela saúde escolar da UCC e do qual constam: a justificação da pertinência da AES, os dados obtidos com a aplicação do questionário, a apresentação efectuada em suporte de papel e o vídeo e o jogo em formato digital (CD).

A adolescência “é um período de transição entre a infância e a idade adulta, de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional” (HOCKENBERRY, 2006). O adolescente, por todas as alterações que sofre, torna-se vulnerável no que diz respeito a conhecimentos e comportamentos de risco e sobre os quais é fundamental intervir (CAMARGO e FERRARI, 2008) devendo a educação sexual ser introduzida antes da manifestação de comportamentos sexuais (RAMIRO e MATOS, 2008).

Uma vez que é na escola que os adolescentes passam grande parte do seu tempo, e onde têm contacto com sensações sobre os afeto, amizade e intimidade com os pares, torna-se um local privilegiado para investir na educação sexual (RAMIRO e MATOS, 2008). O enfermeiro, no âmbito da sua prática está numa posição importante para promover a saúde dos adolescentes (SAEWYC *et. al.*, 2006).

Esta experiência constituiu um desafio pelo tema em si e pela “audiência” tão particular. Foi muito enriquecedora pela oportunidade de poder contribuir para a promoção e desenvolvimento de conhecimentos dos adolescentes sobre a sua saúde e a sua sexualidade, de forma a capacitá-los para uma tomada de decisão responsável. Os profissionais que trabalham com este grupo, devem-se sentir preparados de forma a responder às suas necessidades únicas (SAEWYC *et. al.*, 2006). Os momentos de contacto com os adolescentes permitiram-me o desenvolvimento da capacidade de comunicação e interacção com eles, perceber quais as suas dúvidas e preocupações e tentar dar resposta a estas no momento.

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; (16)*

OBJECTIVO ESPECÍFICO

- ✓ **Desenvolver competências comunicacionais com a criança e sua família**

Actividades desenvolvidas

- Comuniquei com o Recém-nascido, criança e família;
- Observei os Enfermeiros Tutores a comunicar com as crianças e suas famílias;
- Utilizei técnicas de comunicação adequadas aos diferentes níveis de desenvolvimento das crianças.
- Encorajei a comunicação expressiva de emoções;
- Apoiei o cuidador na tomada de decisão.

Reflexão

A comunicação é a base de toda e qualquer relação interpessoal. Desenvolver técnicas de comunicação é fundamental para o profissional de Enfermagem em todas as suas áreas de actuação. No entanto quando o foco de atenção é a criança/família esta capacidade toma um maior relevo. Na relação com o seu cliente, o Enfermeiro Especialista em ESIP deve ter uma comunicação eficaz e um relacionamento assertivo; para isso necessita estar atento aos diferentes tipos de comunicação (verbal, não verbal e abstracta), aos factores que a podem influenciar e ter a capacidade de saber ouvir e escutar (HOCKENBERRY, 2006).

Para escolher a técnica de comunicação a utilizar com a criança é necessário antes de mais avaliar o nível de desenvolvimento emocional e cognitivo em que esta se encontra.

Na abordagem da criança, efectuei uma aproximação de forma lenta com voz calma e movimentos tranquilos. O ambiente envolvente também deve ser tido em conta e deve ser um espaço acolhedor, alegre e adequado à faixa etária da criança. Durante o estágio tive oportunidade de constatar que o ambiente era uma preocupação dos profissionais de enfermagem: em contexto de Centro de Saúde, durante a consulta de enfermagem, em vez de a consulta ser efectuada no gabinete era feita na sala de saúde infantil, um espaço decorado à medida dos seus utentes mais novos; no caso dos adolescentes a consulta já era efectuada em gabinete por a sala de saúde infantil se tornar um espaço demasiado “infantil” para estes. No SUP existem duas salas de espera independentes, uma destinada aos mais pequeninos, com um espaço mais infantil e uma televisão sintonizada num canal infantil, e a outra para onde se encaminham os adolescentes para que não se “misturem” com as crianças.

Um dos métodos mais usados para se comunicar com os pais de forma profissional é o processo de entrevista, que consiste numa forma específica de comunicação direccionada a uma meta (HOCKENBERRY, 2006). As crianças também devem ser envolvidas neste processo, tendo sempre em conta o nível de desenvolvimento. Pais e crianças tornam-se então o centro do processo de comunicação tendo em vista o seu conhecimento, necessidades e aquisição de competências e habilidades.

Durante o meu estágio abordei a criança e família com uma atitude empática, utilizando uma linguagem adequada em cada situação e mostrando disponibilidade e abertura, respeitando os seus momentos de menor receptividade. Ao longo do estágio tive oportunidade de comunicar com crianças com diferentes faixas etárias e famílias de diferentes culturas e estratos sociais o que se mostrou bastante produtivo na consolidação de técnicas de

comunicação permitindo que desenvolvesse a competência 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 (competência 16).

Uma situação delicada neste domínio foi a abordagem a uma jovem mãe de origem africana recentemente chegada ao nosso país que não falava português e com muita dificuldade consegui perceber que apenas compreendia algumas palavras e a língua francesa (que eu também não domino). Entre gestos, sorrisos e palavras soltas lá conseguimos comunicar e efectuar a consulta de enfermagem à sua bebé de 12 meses. Tratou-se de uma situação pertinente que me levou a reflectir nas dificuldades que podem surgir numa consulta de enfermagem e em possíveis estratégias para as ultrapassar. Apesar de pela observação dar a entender que era uma mãe cuidadosa, estou certa de que alguma informação se perdeu e outra não foi transmitida.

Outro factor que contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências nesta área foi a observação dos enfermeiros tutores na comunicação com a criança e fundamentalmente com os pais. Adoptaram sempre uma postura de confiança, calma, disponibilidade e grande capacidade de resolução de conflitos.

COMPETÊNCIAS

- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada; (7)*
- *Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica; (11)*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada. (12)*

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Utilizar a metodologia científica do Processo de Enfermagem na assistência à criança/família**

Actividades desenvolvidas

- Utilizei as diferentes etapas do processo de enfermagem na assistência à criança/família;
- Esclareci dúvidas com os Enfermeiros tutores e restante equipa de enfermagem;
- Elaborei planos de cuidados de enfermagem de forma sistemática na assistência a crianças e sua família.

Reflexão

O processo de enfermagem é um método de identificação e resolução de um problema que descreve a actuação do enfermeiro. Inclui a avaliação inicial, o diagnóstico, a identificação do resultado, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados obtidos. Ao

longo do estágio utilizei estas diferentes fases do processo de enfermagem respeitando uma metodologia científica de prestação de cuidados.

A decisão de internamento da criança constitui para esta e para os pais um momento de grande stress e angústia devido à incerteza da situação clínica e ao desconhecimento do que irá encontrar. Durante o estágio na pediatria médica colaborei no processo de admissão de 3 crianças, na UCIN de três recém-nascidos e no SUP de 2 crianças em OBS e do internamento de outras 2 para o serviço de pediatria médica e de 1 criança para a pediatria cirúrgica.

O primeiro contacto com os pais é um momento crucial para a sua integração/adaptação ao serviço. Aquando da chegada do recém-nascido/ criança ao serviço fiz a apresentação pessoal, uma avaliação inicial da criança, colheita de dados e forneci aos pais alguma informação pertinente acerca da dinâmica e funcionamento do serviço. A minha participação nestes processos de admissão foi muito enriquecedora porque contribui para o estabelecimento de uma relação terapêutica e para identificar algumas das necessidades dos pais que foram sendo trabalhadas ao longo do internamento do seu filho.

A avaliação inicial e a colheita de dados permitiram desde o primeiro instante a identificação de problemas e planeamento de cuidados, após o que elaborei e actualizei o plano de cuidados com identificação dos focos de enfermagem e das intervenções a implementar. No decorrer do estágio no serviço de pediatria médica e na UCIN, elaborei de forma sistemática os planos de cuidados inerentes às crianças a mim atribuídas contando sempre com a disponibilidade e conhecimentos das enfermeiras tutoras para o esclarecimento de dúvidas. Efectuei, como já referi, o registo destes planos de cuidados nos quais utilizei linguagem CIPE, o que me permitiu uma reflexão na e sobre a prática de forma crítica (competência 11). Em anexo (Anexo XVII) encontra-se como exemplo o plano de cuidados de uma das crianças por mim assistida.

Actividades desenvolvidas

- Aprofundei conhecimentos acerca da CIPE;
- Efectuei registo dos cuidados prestados no suporte de informação em uso nos serviços;
- Utilizei a linguagem CIPE para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- Conheci o SIE com linguagem CIPE, registada na aplicação informática SAPE.

Reflexão

Ao longo do estágio documentei sempre a assistência prestada utilizando a linguagem CIPE e no Centro de Saúde da Senhora da Hora tive oportunidade de efectuar este registo no SAPE (aqui é feito o registo de todas as intervenções de enfermagem quer em contexto de consulta de saúde infantil, quer em contexto do Projecto Bem Me Quer – AES, contactos e convocações, sessões de massagem infantil...). Este sistema permite uma documentação sistemática dos cuidados de enfermagem prestados respeitando as várias

etapas do processo de Enfermagem, evita a perda de informação e facilita a continuidade dos cuidados. O contacto com o SAPE não constituiu uma completa novidade para mim uma vez que está a ser implementado serviço onde exerço funções, no entanto, a minha experiência de utilização baseia-se apenas no registo de terapêutica. Como tal, foi muito proveitoso ter tido a experiência no registo dos focos e respectivas intervenções.

No serviço de Pediatria Médica do HSJ, EPE está em fase de construção a base do Processo de Enfermagem utilizando a Linguagem CIPE para implementação no SAPE. Existe um grupo de trabalho do qual faz parte a minha tutora, que se encontra a desenvolver a parametrização dos focos mais frequentes na prestação de cuidados. Desde o início do estágio que a enfermeira tutora me propôs a utilização da linguagem CIPE na documentação da assistência prestada, o que eu prontamente aceitei. Foi para mim uma oportunidade de aprofundar conhecimentos e treinar este tipo de linguagem nos registos de enfermagem. Ao longo do estágio neste serviço documentei sempre que possível a assistência prestada utilizando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Reflectir sobre os focos de Enfermagem mais frequentes na assistência da criança/família**

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei os Focos da Prática de Enfermagem mais frequentes.

Reflexão

Como se pode verificar no registo das consultas de enfermagem efectuadas (ver Anexo VII), os focos de enfermagem mais frequentes em contexto de saúde infantil foram o desenvolvimento infantil, a adesão à vacinação e a parentalidade.

Considerando que o grande objectivo dos cuidados de saúde primários prende-se com a promoção da saúde e a prevenção da doença, torna-se de todo imprescindível actuar sobre estes focos de enfermagem. Para a promoção da saúde é fundamental antever as situações que podem pôr em risco a saúde dos utentes assim como detectar sinais de alarme a fim de efectuar o correto encaminhamento da situação.

Segundo CIPE (ICN, 2005), **desenvolvimento infantil** define-se como *“desenvolvimento humano com as características específicas: Processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até à idade adulta”*. É um foco do âmbito da função: desenvolvimento físico (desenvolvimento infantil). Para este foco implementei intervenções como monitorização de parâmetros de crescimento (e o seu registo no Boletim de saúde infantil), vigiar desenvolvimento psicomotor (tendo em conta a idade da criança), ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil, vigiar sinais de alerta.

Em contexto de internamento esteve presente o **risco de desenvolvimento infantil alterado** pela situação de hospitalização e pela patologia em si; como intervenções promovi a gestão do ambiente através da diminuição de estímulos visuais e auditivos, geri os procedimentos e a manipulação ao recém-nascido/criança, estimulei a interacção entre os pais e a criança e respeitei os períodos de sono e vigília. Estas intervenções também foram implementadas para a promoção do **conforto**.

A **adesão à vacinação** é dos focos parametrizados no SAPE da ULS e está presente em todas as consultas de saúde infantil. O esquema de vacinação previsto no PNV tem como objectivo obter a melhor protecção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível. As intervenções implementadas neste foco foram: ensinar os pais sobre vacinação, Incentivar adesão à vacinação, planear a vacinação, vigiar reacção às vacinas.

Dois focos transversais a todos os contextos foram a **Parentalidade** e o **conhecimento** (oportunidade de). Neste sentido implementei intervenções no sentido de identificar as necessidades dos pais e de os capacitar para a prestação de cuidados ao seu filho. As intervenções centraram-se no domínio do ensinar, instruir e treinar em diferentes áreas como cuidados ao bebé, desenvolvimento infantil, alimentação, prevenção de acidentes, vacinação. Para além disso e considerando não só a criança como os pais como foco de atenção, abordei temas como a redefinição de papéis e a utilização de mecanismos de *coping* no exercício do papel parental. Também proporcionei oportunidades de manifestação de sentimentos por parte dos pais apoio emocional em situações de crise.

Outro foco de atenção durante todo o período de estágio foi a **Dor**. A promoção do conforto e a gestão adequada da dor tomam uma importância fundamental quando falamos de contextos pediátricos. As crianças em contexto hospitalar são submetidas a diversas intervenções que lhe provocam desconforto e mesmo dor. Neste contexto efectuei a monitorização da dor através de escalas de avaliação como a EDIN e a OPS, promovi medidas não farmacológicas para o controlo da dor (como a sucção não nutritiva, administração de sacarose a 24%, colo e presença de pessoa significativa para a criança) e farmacológicas e geri ambiente no sentido de reduzir os estímulos exteriores. Em contexto de Centro de Saúde a intervenção que mais provoca dor é a administração de vacinas. Neste contexto promovi medidas não farmacológicas para o controlo da dor como a sucção não nutritiva, amamentação, colo e presença de pessoa significativa para a criança.

Outro foco de atenção foi a **amamentação**. Para além das vantagens a nível imunológico, de crescimento e desenvolvimento, a amamentação também intervém na ligação afectiva entre a mãe e o bebé: pelo estreito contacto físico entre ambos promove a vinculação. Ao nível deste foco desenvolvi actividades relacionadas com o incentivo e elogio, observação e avaliação da mamada (técnica e comportamento da mãe e do bebé), esclarecimento de dúvidas e desmistificação de crenças.

Um dos focos mais frequentes no SUP foi a **febre**. Neste contexto, nomeadamente durante a triagem tive oportunidade de me aperceber da quantidade de crianças que ali eram trazidas por febre. Na grande maioria das situações os pais não tinham

recorrido a outros serviços de saúde (centro de saúde, Saúde 24) por considerarem que desta forma seriam atendidos de forma rápida e porque neste serviço têm à sua disposição um médico especialista e todos os meios auxiliares de diagnóstico em caso de necessidade, evitando assim a “perda de tempo”. Para além disto muitos pais tomavam a decisão de levar a criança à Urgência sem administrar um antipirético e percebi que o faziam, não por ignorância mas de forma propositada para que a criança chegasse em pleno pico febril e assim os profissionais “acreditassem” que o seu filho estava mesmo doente. Durante o momento da triagem, tive oportunidade de alertar os pais para este risco e de incentivar o recurso a outros serviços de saúde antes de recorrer ao SUP.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Reflectir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em ESIP nos diferentes contextos de estágio**

Actividades desenvolvidas

- Identifiquei os benefícios e a importância da existência de enfermeiros especialistas;
- Observei e analisei, apelando ao sentido crítico, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidar da criança e sua família.

Reflexão

A OE preconiza que o Enfermeiro Especialista

“ deve ser reconhecido pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de outras competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação” (OE, 2007:14).

Contribui para ganhos em saúde nomeadamente por oferecer à população o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados garantindo a continuidade dos cuidados prestados. Pelo desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência dá o seu contributo também para a Evolução da Enfermagem como profissão.

Como resultado dos seus conhecimentos e experiência clínica, este profissional ajuda também a encontrar soluções para problemas complexos.

No Centro de Saúde a importância do enfermeiro especialista é notória. Apesar de na USF as consultas serem efectuadas por enfermeiros generalistas, estes estão preparados para a identificação de situações complexas, como provável situação de maus-tratos, negligência ou dificuldade na prestação de cuidados à criança por dificuldades socioeconómicas, que são então referenciadas para a UCC onde a enfermeira especialista em ESIP dá início a um processo de avaliação de situação e identificação de estratégias a implementar. Se necessário, são envolvidos outros elementos da equipa multidisciplinar (como assistente social ou psicóloga) de forma a dar uma resposta adequada à situação.

Constatei também que é a enfermeira especialista em ESIP que é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem às crianças institucionalizadas na Casa do Caminho e pela formação da equipa técnica desta instituição, para além de ser responsável (em colaboração com duas colegas também elas enfermeiras especialistas, uma em ESIP e outra em saúde materna) pelo Projecto Bem Me Quer, anteriormente descrito, e pela saúde escolar em colaboração também com uma enfermeira especialista (em saúde comunitária). Torna-se evidente que a resposta a situações específicas como a saúde escolar, a preparação para a parentalidade ou a satisfação de necessidades específicas da criança, é da responsabilidade de enfermeiros especialistas que, neste contexto de cuidados de saúde primários tornam-se essenciais.

Em contexto hospitalar, nos serviços onde desenvolvi o meu estágio exercem funções vários enfermeiros que possuem o título de enfermeiro especialista. A grande maioria não é reconhecida a nível institucional como tal mas, no meu entender são uma mais-valia na prestação de cuidados especializados: embora à primeira vista prestem os mesmos cuidados que o enfermeiro de cuidados gerais é notória uma intervenção mais ampla e ao mesmo tempo mais pormenorizada, ponderada e fundamentada manifestando uma visão mais completa e holística em toda a sua actuação.

Através da observação e reflexão crítica sobre a actuação do enfermeiro especialista, tive oportunidade de constatar o modo particular como este profissional se diferencia no contexto das intervenções, no raciocínio, no discurso, na postura que adopta e nas interacções que estabelece, isto é, no modo como perspectiva o foco da sua atenção.

3.2. GESTÃO

A gestão é uma das áreas de intervenção da enfermagem e é primordial para a qualidade dos cuidados prestados. O domínio de gestão engloba as competências referentes à gestão de cuidados, de recursos humanos, de informação e recursos materiais. O enfermeiro gestor deve possuir competências técnicas, conceptuais e interpessoais para o bom desempenho da sua função.

COMPETÊNCIA

- *Colaborar na integração de novos profissionais. (29)*

Considero esta competência já adquirida uma vez que, ao longo da minha actividade profissional tive oportunidade de ser responsável pela integração de novos colegas no serviço, alguns já com experiência profissional mas a maior parte enfermeiros recém-formados.

Durante o período de estágio, não tive oportunidade de observar a integração de um novo elemento porque tal não ocorreu, no entanto tive oportunidade de consultar o Manual de integração de novos profissionais nos diferentes contextos de estágio e de conhecer o plano de integração de novos elementos. O Manual de Integração proporciona ao elemento a integrar informação que lhe permita familiarizar-se com as políticas e procedimentos da Instituição e

identificar-se com os objectivos e programas da mesma. “A integração é determinante para o sucesso da adaptação do indivíduo à organização e conseqüentemente para a eficácia do seu desempenho” (FREDERICO, 2001).

Nos diferentes contextos de estágio, a integração do novo elemento desenvolve-se num período de tempo não definido, dependendo das características individuais, experiências anteriores do elemento e das necessidades do serviço. Durante o período de integração o novo profissional fica normalmente sob responsabilidade de um elemento da equipa de enfermagem, que durante o período de integração transmite informações várias como procedimentos, normas e protocolos da instituição/serviço, sistemas de documentação da assistência e cuidados a prestar aos doentes/utentes sob sua responsabilidade. O plano de integração é discutido e analisado com o profissional em integração e deve incluir os objectivos a curto e médio prazo, que vão sendo avaliados: determinar em que medida os objectivos estão a ser atingidos e reflectir sobre como melhorar.

COMPETÊNCIAS

- *Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP (18)*
- *Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP (23)*
- *Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP (26)*

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Desenvolver competências ao nível da Prática de Gestão de Enfermagem**

Actividades desenvolvidas

- Conheci o método de trabalho praticado nos diferentes serviços;
- Realizei entrevistas informais aos enfermeiros chefes, enfermeiros tutores e outros elementos da equipa;
- Observei e participei em actividades no âmbito da gestão dos cuidados de, recursos humanos e materiais desenvolvidas pelos enfermeiros chefes /ou responsáveis de turno;
- Observei e participei na supervisão dos cuidados de enfermagem.

Reflexão

Para além de conhecer a estrutura física e organizacional, tive oportunidade de conhecer um pouco a prática de gestão dos diferentes serviços. Actualmente a gestão está relacionada com a previsão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o adequado funcionamento dos serviços, e a gestão de cuidados que consiste no diagnóstico, planeamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das actividades, supervisão e orientação da equipa (GRECO, 2004).

Ao longo do estágio tive oportunidade de realizar entrevistas informais aos enfermeiros tutores e aos enfermeiros chefes de forma a conhecer melhor este processo. Conhecer as práticas de gestão fez-me reflectir em vários pontos como a complexidade da

gestão de recursos humanos (realização de horários, de planos de trabalho, de trocas efectuadas entre os elementos, férias e faltas do pessoal) – é importante assegurar os turnos mas nunca pondo em risco a qualidade dos cuidados prestados tendo em conta a experiência profissional dos diferentes elementos – e a gestão de materiais – dadas as pressões institucionais de economia, é necessário efectuar um controlo do material tendo em conta os custos e a qualidade, evitando rupturas de stock e ao mesmo tempo assegurando o uso adequado dos diferentes materiais.

Tive também oportunidade de observar e de *realizar a gestão de cuidados na área da ESIP (competência 26)*. Em contexto de centro de saúde, o enfermeiro de família é responsável pela gestão dos cuidados por si prestados: desde a consulta (marcação, duração), à execução de tratamentos e aos cuidados domiciliários e é notório o empenho e profissionalismo dos elementos para o funcionamento harmonioso da unidade. Na UCC, cada um dos enfermeiros é responsável pela gestão dos cuidados a prestar na comunidade: AES em contexto escolar, domicílios, AES no próprio Centro de Saúde. Em ambas as unidades (UCC e USF), os enfermeiros têm ainda a seu cargo a elaboração de relatórios das actividades desenvolvidas.

Na Neonatologia, o método de trabalho adoptado pela equipa de enfermagem é o método individual em que cada elemento presta os cuidados globais e holísticos às crianças/família que lhe foram atribuídas. Em caso de necessidade existe colaboração entre os elementos que se encontrem mais disponíveis no momento.

No serviço de urgência os cuidados são prestados segundo o método individual, havendo também aqui colaboração dentro da equipa.

As pessoas responsáveis pelo processo de gestão, normalmente os enfermeiros chefes e enfermeiros especialistas possuem características como a criatividade, capacidade de liderança, intuição, capacidade de se actualizar e de estabelecer relações interpessoais. Isto permite que consigam lidar com problemas e desafios e promovam um ambiente de trabalho baseado num clima de confiança e satisfação.

A liderança em Enfermagem “*é um processo por meio do qual um enfermeiro influencia as acções de outros para o estabelecimento e para o alcance de objectivos*” (YURA, 1981, citado por TREVIZAN, *te al*, 1998). A liderança exercida por um enfermeiro está vinculada à forma como a prestação de cuidados está estruturada e está relacionada com o estilo de liderança adoptado (TREVIZAN, *te al*, 1998). Ao longo do estágio tive oportunidade de observar as pessoas responsáveis pela gestão nos serviços a *liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP (competência 18)* e de comprovar a sua capacidade de liderança e o empenho na coordenação da equipa.

No que diz respeito à supervisão, ao longo da minha actividade profissional tive diferentes experiências neste domínio: em muitos turnos, na ausência da enfermeira chefe, sou responsável de turno com as responsabilidades inerentes como supervisão, gestão de cuidados e de recursos materiais e resolução de questões problemáticas que possam surgir.

Em contexto de estágio, no serviço de pediatria médica tive a oportunidade de observar e exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP (competência 23) de alunos do curso de licenciatura em Enfermagem na prestação de cuidados gerais à criança, estando certa de que a supervisão é um processo que envolve reflexão sobre a prática. Neste processo o supervisionado recebe orientação, apoio e formação visando ajudá-lo a lidar com situações complexas e imprevisíveis que possam surgir no seu dia-a-dia profissional, capacitando-o competências profissionais.

3.3. FORMAÇÃO

A formação em enfermagem deve acompanhar a evolução sociocultural e científico-tecnológica procurando dar resposta às exigências dos utentes e, particularmente, à complexidade e à imprevisibilidade dos contextos de prestação de cuidados. Este domínio de actuação dos enfermeiros especialistas diz respeito ao processo contínuo de aprendizagens e desenvolvimento de competências tendo como objectivo o crescimento pessoal e profissional (individual e colectivo).

COMPETÊNCIAS

- *Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; (2)*
- *Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; (3)*
- *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional; (4)*
- *Comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; (6)*
- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; (25)*
- *Identificar as necessidades formativas na área da EESIP; (27)*
- *Promover a formação em serviço na área de EESIP; (28)*

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ Identificar Necessidades Formativas nos diferentes contextos de estágio

Actividades desenvolvidas

- Fiz o diagnóstico de necessidades formativas nos diferentes contextos de estágio;
- Realizei a acção de formação a Pares com o título “Tratamento de feridas: Opções terapêuticas”;
- Elaborei um Manual de consulta intitulado “Tratamento de feridas: Opções terapêuticas”.

Reflexão

A observação e a colaboração com a equipa de enfermagem nos diversos contextos permitiu identificar necessidades formativas na área de ESIP (competência 27) e sugeri nos diferentes contextos a realização de acções de formação ao grupo de pares. No entanto apenas foi aceite a sugestão efectuada no serviço de Neonatologia.

Neste serviço existe uma enfermeira responsável pela formação em serviço e um plano de formação estruturado. Muitos dos elementos de enfermagem já possuem vários anos de experiência na área e um conjunto de conhecimentos específicos que lhes permite a prestação de cuidados especializados de elevada qualidade. No entanto durante a minha permanência nesta Unidade detectei uma necessidade formativa que também foi sentida e identificada pela minha enfermeira tutora.

Na UCIN são prestados cuidados a recém-nascidos com diversas patologias médicas e cirúrgicas. Muitas destas crianças possuem feridas que requerem tratamento específico (o que exige conhecimentos na área de tratamento de feridas). As feridas mais comuns são as feridas cirúrgicas (suturas, deiscências, locais de inserção de drenos), traumáticas e lesões patológicas como a Epidermólise bolhosa. Apesar de no serviço existir algum material de tratamento de feridas, constatei que na sua maioria, os elementos não tinham conhecimentos para a sua utilização nem de outros materiais disponíveis na Instituição.

Daqui surgiu a oportunidade de efectuar uma formação a pares sobre o tratamento de feridas, tendo direccionado a formação para a neonatologia. Esta oportunidade, que me permitiu comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas (competência 6), constituiu um desafio na medida em que, apesar de todos os meus conhecimentos na área, tive que efectuar uma pesquisa bibliográfica intensiva com vista a adequar as opções terapêuticas à neonatologia (indicadas e contra-indicadas para aplicação em recém-nascidos prematuros ou de termo). Em anexo (Anexo XVIII) encontra-se o plano da formação. Para além da formação (Anexo XIX), achei que seria pertinente elaborar um manual de consulta rápida (opinião partilhada pelas Enfermeira Tutora e pela Enfermeira Chefe) onde abordei de forma resumida a fisiologia da cicatrização, a pele do bebé em neonatologia, feridas mais comuns e diferentes opções terapêuticas para o tratamento de feridas (Anexo XX). Isto permitiu a aquisição de novos conhecimentos e uma nova perspectiva do tema, sobre o qual pretendo investir no futuro.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Promover e colaborar na formação em serviço**

Actividades desenvolvidas

- Realizei uma acção de formação ao grupo de pares com o tema: "Procedimento de administração de sacarose".

Reflexão

No início do Módulo II de estágio, foi-me proposta a elaboração do procedimento

de administração da sacarose a ser apresentado à equipa, que prontamente aceitei. Desta forma colaborei e promovi a formação em serviço na área de EESIP (competência 28).

No serviço de Pediatria Médica está disponível a Sacarose a 24% que apesar disto e de os elementos da equipa conhecerem as suas indicações, não é utilizada de forma sistemática por todos os elementos. Com a elaboração e apresentação deste procedimento tive o objectivo principal de sensibilizar os profissionais de enfermagem para a utilização correta e sistemática da Sacarose no alívio da Dor na criança. Em anexo encontra-se o plano de sessão (Anexo XXI) e o procedimento de administração da sacarose apresentado (Anexo XXII) que ficou disponível no serviço em formato digital e em papel. Foi um desafio para mim a apresentação do procedimento visto que existe alguma resistência à mudança em grande parte da equipa de enfermagem. Considero no entanto que o resultado foi positivo dado o feedback recebido quer pela Enfermeira Chefe, Enfermeira tutora e algumas colegas presentes.

Actividades desenvolvidas

- Particpei no grupo de trabalho da parametrização dos focos de enfermagem no SAPE do Serviço de Pediatria Médica;
- Efectuei pesquisa bibliográfica acerca da CIPE;
- Furneci material informativo acerca do Foco de Enfermagem “Papel Parental”;

Reflexão

No Serviço de Pediatria Médica, a enfermeira tutora fazendo parte do grupo de trabalho para a implementação da CIPE no SAPE propôs-me que durante o período de estágio fizesse parte do mesmo. Prontamente aceitei e decidi dar o meu contributo para o trabalho que está a ser desenvolvido.

Este tipo de linguagem, não era para mim total novidade mas apenas possuía alguns conhecimentos teóricos. Por isso dediquei-me a pesquisa bibliográfica acerca do tema. Uma vez que alguns dos focos estavam já mais trabalhados debruçei-me sobre o foco da parentalidade e tive oportunidade de facultar o resultado dessa pesquisa ao grupo de trabalho.

Estive presente numa reunião de grupo em que foi apresentado à Enfermeira Chefe o trabalho até então desenvolvido. Nessa reunião foi também proposto que no quadro de plano de cuidados se substituísse gradualmente os diagnósticos médicos pelos diagnósticos de enfermagem. Isto foi iniciado pela Enfermeira Filipa e por mim. Notou-se a aceitação por parte de alguns colegas que o começaram a implementar e que em situações de dúvida solicitavam ajuda para a identificação dos focos e diagnósticos da criança.

Actividades desenvolvidas

- Furneci dossier de consulta das AES e acções de formação a pares efectuadas;
- Furneci pasta em formato digital com o resultado de pesquisa bibliográfica pertinente.

Reflexão

No que diz respeito às AES e acções de formação a pares desenvolvidas ao longo

dos diferentes contextos de estágio, para a sua preparação foi necessário desenvolver a minha capacidade de formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica (competência 3) e ou mesmo tempo manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional (competência 4). As AES permitiram-me ainda comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral (competência 2).

Em todas as acções tive a preocupação de fornecer um dossier de consulta com a informação pertinente acerca do tema em questão de forma a proporcionar o acesso a essa mesma informação a todos os elementos da equipa. O conteúdo disponível a todos os profissionais, poderá, por exemplo, servir de guia para os temas a abordar em ensinamentos feitos em contexto de consulta de saúde infantil, contribuindo assim para a uniformização de informação transmitida e de cuidados prestados. Para além disto, forneci uma pasta em suporte digital com os principais resultados da pesquisa bibliográfica efectuada para a preparação das apresentações, que poderá contribuir para o enriquecimento de conhecimentos dos profissionais, promovendo assim o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (competência 25).

No dia 01 de Abril de 2011 decorreu no ICS – Porto o II Fórum do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediatria. Neste evento tive a oportunidade de participar, em colaboração com uma colega de curso, com a apresentação de um poster intitulado “Tratamento de queimaduras em pediatria” (Anexo XXV) com o principal objectivo de divulgar o protocolo de tratamento deste tipo de feridas no serviço de cirurgia pediátrica do HSJ,EPE, e da comunicação livre “Opções terapêuticas no tratamento de feridas em neonatologia” (Anexo XXVI). Esta teve como objectivos transmitir/partilhar conhecimentos acerca da fisiologia da cicatrização e das particularidades no recém-nascido e em especial no pré-termo e dar a conhecer diferentes opções terapêuticas no tratamento de feridas em neonatologia. Foi uma experiência interessante que permitiu transmitir conhecimentos adquiridos com base em pesquisa bibliográfica e na experiência profissional numa área para mim muito aliciante: o tratamento de feridas.

3.4. INVESTIGAÇÃO

A investigação é um meio de demonstrar o campo de acção e de conhecimento de uma profissão, que deve ter uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual se apoia a sua prática (FORTIN, 2000). O objecto da investigação em enfermagem é o estudo dos fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, estudo esse que conduz à descoberta e ao desenvolvimento dos seus saberes próprios (FORTIN, 2000), ou seja, ao seu desenvolvimento como profissão.

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista deve basear a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e os enfermeiros de todos os

níveis de formação devem participar no desenvolvimento da Enfermagem como profissão através da participação na investigação. Esta participação acontece não só quando se produz investigação (realização de trabalhos que levem à produção de conhecimento), como também quando se consome investigação (consulta e aplicação dos conhecimentos produzidos).

COMPETÊNCIAS

- *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; (20)*
- *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; (21)*
- *Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP. (22)*

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Incorporar os Resultados da Investigação na Prática dos Cuidados**

Actividades desenvolvidas

- Efectuei pesquisa bibliográfica de forma sistemática;
- Partilhei dados resultantes da pesquisa com os enfermeiros tutores e outros elementos da equipa.

Reflexão

A Enfermagem nos últimos anos tem sofrido uma grande evolução como profissão e, o modelo de actuação biomédico tem sido progressivamente substituído por um método de actuação fundamentado em bases científicas, resultado da procura de resposta a questões cada vez mais complexas ligadas à prestação de cuidados e à qualidade dos mesmos – prática baseada na evidência. Esta prática exige uma aprendizagem contínua e desenvolvimento de competências que justifiquem a tomada de decisão do profissional.

Durante o estágio procurei manter uma prática baseada na evidência recorrendo para tal a consulta de obras e artigos de investigação e de reflexão. Realizei esta pesquisa na biblioteca do ICS – Porto (Livros e publicações periódicas como Revista Sinais Vitais, Servir, Pensar Enfermagem) e recorrendo a fontes disponíveis em bases de dados informáticas internacionais como a EBSCO, MEDLINE, CINAHL e SciELO. Desta forma consegui demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência (competência 20) e ao longo de todo o meu percurso de estágio procurei incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências competência (competência 21).

Sempre que considerei pertinente partilhei o resultado da minha pesquisa com os enfermeiros tutores e outros elementos da equipa de forma a promover o seu crescimento pessoal e profissional.

Actividades desenvolvidas

- Realizei pesquisa bibliográfica de forma sistemática de forma a preparar a acção de formação a pares com o tema "Percepções parentais que interferem no combate à obesidade infantil", apresentada no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

Reflexão

Embora não tenha constituído um objectivo específico, no decorrer do estágio surgiu a oportunidade de efectuar uma acção de sensibilização dirigida à equipa de enfermagem do Centro de Saúde. Esta acção de formação teve como intuito sensibilizar os profissionais de enfermagem para a problemática da obesidade infantil, recorrendo à partilha da revisão bibliográfica e aos dados obtidos com o trabalho de investigação desenvolvido pela colega Lúcia Macedo, no âmbito desta temática. Em anexo encontra-se o plano da sessão (Anexo XXIII) e a apresentação em *PowerPoint* (Anexo XXIV).

Foi uma experiência interessante e gratificante contribuir na divulgação dos resultados obtidos num trabalho de investigação desenvolvido por uma colega. Esta acção de sensibilização permitiu-me também reflectir sobre a problemática em questão e sobre os resultados obtidos nesse estudo: apesar das intervenções na prevenção da obesidade infantil o número de crianças obesas continua a aumentar; conhecer e perceber as percepções que os pais têm sobre a obesidade constitui uma estratégia em que vale a pena investir para se obter ganhos em saúde.

A equipa de enfermagem do centro de saúde mostrou-se bastante receptiva à formação e aos resultados do estudo e o momento de formação constituiu também um momento de reflexão em grupo acerca das estratégias a tomar, tais como questionar os pais acerca das suas percepções, informá-los dos riscos da obesidade no seu filho.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

✓ **Identificar Áreas/Questões Problemáticas na Área da Saúde Infantil e Pediatria, passíveis de serem Investigadas**

Actividades desenvolvidas

- Particpei nos Estudos de Investigação em desenvolvimento no Serviço de Neonatologia;

Reflexão

Durante a minha permanência no Serviço de Neonatologia, tive oportunidade de participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP (competência 22) uma vez que colaborei em 2 Estudos de Investigação em curso nesta Unidade. Um dos Estudos ("Estudo do Som") tinha como objectivo estudar o impacto do som da voz e batimento cardíaco maternos no desenvolvimento dos bebés prematuros. A minha intervenção prendia-se com a gestão dos períodos de som e de repouso no recém-nascido pré-termo durante o meu turno e o registo em folha própria. O outro estudo, "Estudo das competências precoces na alimentação

oral” tinha como objectivo avaliar as competências do bebé prematuro para se alimentar por sucção no biberão. A minha intervenção era a observação do bebé antes e durante a mamada e o preenchimento da Escala de Avaliação EFS (*Early Feeding Skills*).

Foi muito importante para mim contribuir nestes estudos, uma vez que tive oportunidade de aprofundar conhecimentos nas áreas sob investigação e foi gratificante poder contribuir no trabalho desenvolvido pelas colegas.

Actividades desenvolvidas

- Reflecti acerca de áreas passíveis de serem investigadas nos diferentes contextos de estágio.

Reflexão

Tendo em conta a curta duração dos módulos de estágio e tendo consciência de que não conseguiria produzir investigação neste espaço de tempo, não quis deixar de dar o meu contributo para uma futura produção de investigação nos locais de estágio.

Pela observação e reflexão sistemática conclui que seria importante desenvolver um trabalho acerca das expectativas dos pais em relação à equipa de enfermagem (uma vez que a minha percepção era que por vezes os pais se sentiam meros espectadores na situação clínica dos seus filhos, ficando apenas a olhar e quase com receio de questionar sobre as suas dúvidas e receios, principalmente os pais de bebés na UCIN, em incubadora e/ou sedados e ventilados).

Para além disto verifiquei que a Dor é um foco de atenção transversal a todos os profissionais de enfermagem, no entanto, nem todos os elementos utilizaram medidas de conforto em procedimentos considerados *minor* mas que provocavam reacções de desconforto ou mesmo de dor. Seria importante identificar os factores que levam a esta prática para assim intervir sobre eles com vista a melhoria dos cuidados prestados.

Apesar de os benefícios da massagem infantil estarem devidamente documentados, seria pertinente na minha opinião efectuar um estudo acerca das vantagens para os bebés que frequentam as sessões de massagem infantil no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

4. CONCLUSÃO

Segundo a OE, do enfermeiro especialista é esperado um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas ao campo de intervenção onde desenvolve a sua actuação. Estas competências são desenvolvidas em contexto profissional e através da formação pessoal e profissional. É ao longo deste percurso de formação que o profissional vai evoluindo, tal como defende BENNER, de principiante até perito – o profissional que descodifica intuitivamente a situação e se focaliza no *score* do problema e que age a partir de uma situação profunda da situação global.

O estágio, momento integrado no processo de formação, deve ser “ *um lugar de produção de saberes em que aprendizagem contextualizada permite aos alunos utilizar os seus conhecimentos, aprender a chegar aos procedimentos adequados a cada situação, observar outros a agir e reflectir sobre as práticas próprias e dos outros*” (BENTO, 2001); utilizando uma postura reflexiva na integração dos conhecimentos cria-se a base para o desenvolvimento de competências.

Todo o período de estágio foi um desafio para mim desde o primeiro dia, uma vez que encontrei uma realidade de prestação de cuidados completamente diferente da minha experiência profissional. Apesar das dificuldades inerentes a todo este processo, o empenho e a dedicação neste meu projecto pessoal e profissional foram imensos.

Todo este percurso proporcionou-me inúmeras oportunidades de aprendizagem e constituiu um caminho importante para o meu crescimento e desenvolvimento não só pessoal como profissional, visando a prestação de cuidados de enfermagem especializados de Excelência. Todas as situações implicaram a mobilização e a aplicação de conhecimentos, assim como o desenvolvimento da minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares. Desta forma, considero que consegui lidar com questões complexas, delineando soluções e reflectindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes da minha tomada de decisão. Nos diferentes contextos fui capaz de comunicar de forma clara as conclusões a que fui chegando, e transmitir conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, aos diferentes elementos das equipas de enfermagem (especialistas ou não). Tentei aproveitar todas as experiências que foram surgindo e procurei outras oportunidades para desenvolver as competências necessárias para a prestação de Cuidados de Enfermagem de Especializados na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

De todas as competências, foi muito importante para mim desenvolver a da comunicação com a criança e a família, uma vez que considero esta competência fundamental num Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Para além da pesquisa bibliográfica que fiz durante esta caminhada, dei muita importância à observação dos diferentes profissionais com quem tive contacto, reconhecendo neles a experiência, o profissionalismo e a dedicação que demonstram no seu dia-a-dia.

Considero que atingi os objectivos que defini para cada um dos módulos de estágio, bem como as competências propostas pela equipa pedagógica, anteriormente já descritas.

Ao longo deste relatório tentei orientar de forma sistematizada e organizada as actividades por mim desenvolvidas para dar corpo à consecução dos objectivos que orientaram esta etapa, assim como efectuar uma reflexão pela acção, na acção e sobre a acção.

Espero ter conseguido transmitir este meu percurso de forma clara e sucinta apesar de ficar com a sensação de que muito ficou por dizer e a certeza de que este foi um importante passo no caminho para alcançar o nível de perito nesta minha área de eleição – e enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALGREN, Chris – Cuidado centrado na família durante a doença e a hospitalização. *In* HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. (2006) – **WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ªed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.

ALLIGOOD, Martha R.; TOMEY, Ann M. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto editora.

BENTO, Maria Conceição (2001) – Formação em Enfermagem. Revista Sinais Vitais. Coimbra. Nº35, p.29-35.

BRÊTAS, J.R. (1999) – A Arte de massagear bebês: a qualidade no tocar. Acta Paul. Enf. São Paulo. Vol.12, nº2, p. 16-26.

CAMARGO, E.A.; FERRARI, R.A. (2009) – Adolescents: Knowledge about sexuality before and after participating in prevention workshops. Ciência & Saúde Colectiva. Vol.14, nº3, p. 937-46.

CATAFESTA, Fernanda [te. al.] (2009) – A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. Esc Anna Nery Revista Enfermagem. Vol.13, nº3, p. 609-616.

CIRCULAR NORMATIVA n.º 9/DGCG. (2003) – **A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor**. Lisboa: DGS. P. 4.

CRUZ, Sandra (2008) – A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. Revista Servir. Vol.56, nº5, p.112-118.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2006) – **Programa Nacional de Vacinação: Orientações Técnicas**. N.º10. Ministério da Saúde. Lisboa.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) – **Saúde infantil e Juvenil: Programa Tipo de actuação – orientações técnicas**. Ministério da Saúde. 2ª ed. Lisboa.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta; MARTINS, Maria Manuela (2009) – Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. Rev Esc Enferm USP. Vol. 43, nº 3, p. 615-21.

FREDERICO, M. (2001) – Integração profissional. Coimbra. Revista Sinais Vitais. Nº37, p. 33.

FORTIN, Marie-Fabienne (2000) – **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 2ª d. Loures: Lusociência.

GRECO, R.M. (2004) – Ensinando a administração em enfermagem através da Educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 57,nº4, p. 504-507.

HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. (2006) – **WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ªed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.

ICN (International Council of Nurses) (2005) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0**. Trad. Ordem Enfermeiros. USINE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (2006) – **A Dor na Criança: Guia de Atitudes e Procedimentos**. Lisboa.

JANSEN, Michele; SANTOS, Rosane; FAVERO, Luciane (2010) – Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Rev. Gaúcha Enferm*. Vol. 31, nº 2, p. 247-53.

KENNER, Carole (2000) – **Enfermagem Neonatal**. Reichmann & Affonso editores. 2ª Edição.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. (2008) – **Manual do aleitamento materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF /Comissão Nacional Iniciativa hospitais amigos dos bebés, Edição Revista.

MANO, Maria João (2002) – Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. Coimbra: Referência. N.º 8, p. 54-55.

MERCER, R.T.; FERKETICH, S.L.; DEJOSEPH, J.F. (1993) – Predictors of partner relationships during pregnancy and infant. Research in Nursing & Health. Nº16, p.45-56.

MELEIS, Afaf [et. al.] (2000) – Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Sciences. Vol. 23, nº1, p.12-28.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa. Conselho de Enfermagem.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos**. Lisboa: Conselho de Enfermagem 2001.

PINTO, Júlia [et. al.] (2010) – Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Brasília. Rev. Bras. Enferm. Vol. 63, nº 1, p. 132-5.

RAMIRO, L.; MATOS, M.G. (2008) – Perceptions of portuguese teachers about sex education. Rev Saúde Pública. Vol., 42, nº4, p. 684-92.

RAMOS, Madalena (2004) – NIDCAP®: Uma realidade possível... Coimbra. Revista Sinais Vitais. Nº 54, p. 9

RELVAS, Ana Paula (2000) – **O Ciclo Vital da família: Perspectiva sistémica.** Porto: Edições Afrontamento.

ROCHA, Daniele; ZAGONEL, Ivete (2009) – Modelo de cuidado transacional à mãe da criança com cardiopatia congénita. Acta Paul Enfermagem. Vol.22, nº3, p. 243-9.

SAEWYC, E.M. (2006) – A national needs assessment of nurses providing health care to adolescents. Journal of Professional Nursing. Vol. 22, nº5, p. 304-313.

SILVA, Lincoln (2010) – Luto em Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acta Pediatr Port. Vol. 41, nº6, pág. 281-4.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, M^a Jones Pantoja (2009) – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto risco.** Guanabara Koogan. 4^a Edição.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora [et al] (1998) – Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2009) – **Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.**

VIANA, Victor; [et al] (2005) – Apoio às mães em crise num serviço de Neonatologia. Lisboa. Psicologia, Saúde & Doenças. Volume 6, nº 2, p.119-130. ISSN 1645-0086

VINAGRE, Maria da Graça; LIMA, Maria Luisa (1998) – Os acidentes infantis: fatores sócio-cognitivos do comportamento de prevenção dos pais face ao risco de intoxicação da criança no espaço doméstico. Análise Psicológica. Vol.1, nº XVI, p. 41-48.

ZAGONEL, Ivete P. (1999) – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol. 7, nº3, p. 25-32.

ZEICHENER, Kenneth (1993) – **A formação reflexiva de professores: ideias e práticas.** Lisboa: Editora Educa.

SCHUMACHER, Karen; MELEIS, Afaf (1994) – Transitions: a central concept in nursing. Image. Journal of nursing scholarship. Vol.26, nº2, p.119-127.

ANEXOS

Anexo I

Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Data Módulos	2010						2011
	Abril	Maio	Junho	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Módulo I Saúde Infantil							186H contacto 70H de trabalho individual: pesquisa bibliográfica; formação a pares (1); AES em contexto escolar; visita ao CAJ e Aldeia SOS; realização de trabalhos
Módulo II Serviços de Medicina em Contextos de Doença Aguda e Crónica	180,5H de contacto						
	70H de trabalho individual: pesquisa bibliográfica; formação a pares (1); realização de trabalhos						
Módulo III Serviço de Neonatologia e Serviço de Urgência Pe diátrica				91H de contacto	90,5H de contacto		
				35H de Trabalho individual: pesquisa bibliográfica; realização trabalhos; formação a pares (1); visita Bloco de partos; I Encontro de Neonatologia do CHP	35H de trabalho individual: pesquisa bibliográfica; Visita à UCIP		

Anexo II

Caracterização do Centro de Saúde da Senhora da Hora

CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DA SENHORA DA HORA

O Centro de Saúde da Senhora da Hora, faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), em conjunto com os Centros de Saúde de Matosinhos, de Leça da Palmeira e de São Mamede Infesta, da Unidade de Saúde Pública de Matosinhos (USP), do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU).

É constituído pelas Unidades Funcionais:

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Âncora: constituída por módulos dos quais fazem parte uma equipa de médicos de saúde familiar, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos administrativos; com funcionamento das 8h às 20h, esta unidade encontra-se em fase de reestruturação organizacional com vista a tornar-se um USF.

- Equipa de cuidados continuados Integrados

É uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. A referenciação é feita pela equipa de Gestão de altas hospitalar e pelas equipas das unidades funcionais do ACES – USF e UCSP. Tem a capacidade de resposta para 20 utentes e ultrapassada esta capacidade, os utentes ficam em lista de espera e sob cuidados do enfermeiro de família. Funciona 7 dias por semana em horário diurno; excepcionalmente poderão ser agendados cuidados em horário nocturno se a situação o exigir.

- Unidade de Saúde Familiar (USF) da Lagoa

É a USF mais recente do ACES de Matosinhos e em funcionamento desde 01 de Julho de 2010; está equipada com 13 gabinetes médicos, 5 de Enfermagem, 2 salas de tratamentos, uma sala de Vacinação, uma sala de Saúde Infantil e um “Cantinho da Amamentação”. Oferece aos seus utentes (cerca de 15 700) consultas de Saúde de Adultos e diferentes consultas no âmbito de programas de vigilância: Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil, do adolescente e Juvenil, Hipertensão, Diabetes, Atendimento de Situações Agudas, Cuidados Domiciliários, Tratamentos e Vacinação. Funciona das 8h às 20h. A filosofia de prestação de cuidados prende-se com uma estreita colaboração de uma equipa multidisciplinar: médico de família, enfermeiro de família, e se necessário nutricionista, cirurgião (para execução de pequenas cirurgias), psicólogo, psiquiatra.

- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Senhora da Hora Localizada no piso 1 do centro de saúde, sendo constituída por um espaço físico de 6 gabinetes. A equipa

multiprofissional é formada por 13 enfermeiros (11 enfermeiros especialistas dos quais 2 enfermeiras especialistas em ESIP e 2 enfermeiros generalistas), assistentes técnicos, assistentes operacionais, médicos especialistas em saúde familiar, uma nutricionista, uma assistente social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta. Dispõe de 3 veículos para mobilidade dos seus profissionais no desempenho das suas funções na comunidade. Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Tem como área de influência as freguesias da Senhora da Hora, Guifões e Custóias e cerca de 54 000 habitantes como utentes.

Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Participa na formação dos diferentes grupos profissionais. A UCC tenta responder de forma efectiva às reais necessidades em cuidados de saúde dos seus utentes. Para isso deve ter a capacidade de antecipar e responder às necessidades identificadas e às solicitações que vão emergindo face a novos desafios.

Rege-se pelos seguintes princípios:

- cooperação;
- solidariedade e trabalho de equipa;
- autonomia assente na auto-organização funcional e técnica;
- articulação efectiva com outras unidades funcionais do ACES;
- parcerias com estruturas da comunidade local (autarquias, segurança social, IPSS, associações e outras).

Dos projectos de intervenção em curso destaque: Projecto de Enfermagem para a Parentalidade – Bem Me Quer, Programa Nacional de Saúde Escolar individual e colectiva, Projecto Sorrisos (projecto de saúde oral), Educação Afectivo-sexual, Cuidados com o sol, Aprender a comer com a Fada Dentinho, entre outros.

PROJECTO BEM ME QUER

O projecto de enfermagem para a parentalidade Bem Me Quer, é da responsabilidade da enfermeira especialista em ESIP Alexandra Correia – a minha tutora de estágio – em conjunto com uma outra colega especialista em ESIP e outra especialista em Saúde Materna. Tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população parental, infantil e juvenil da área geográfica do Concelho da Senhora da Hora, providenciando a todos os pais e /ou cuidadores a informação, recursos e suporte necessários aos cuidados da criança, ou adolescente, num ambiente óptimo que deve encorajar o seu crescimento e desenvolvimento.

A população alvo são todos os pais, mães e crianças residentes na área da abrangência da UCC e inscritos no Centro de Saúde, desde as 20 semanas de gravidez até aos 9 anos, assim como crianças institucionalizadas na Casa do Caminho.

Este projecto tem como objectivos: promover as competências no exercício da parentalidade desde as 20 semanas de gestação até aos 9 anos, de crianças saudáveis e com necessidades especiais. Durante a gravidez são acompanhadas todas as grávidas referenciadas e que queiram participar no curso de preparação para o parto e parentalidade. A sua natureza assenta no desenvolvimento de um modelo de cuidados, centrado na oferta de serviços de enfermagem diferenciados, da preparação ao exercício da parentalidade, em estreita articulação com os enfermeiros de família, tendo em vista uma continuidade de cuidados.

Nas sessões teóricas do curso são abordados temas como preparar a casa e o enxoval, actividade física na gravidez, cadeirinhas e carrinhos de passeio, prevenir a incontinência urinária, o choro do bebé, gestão do ciúme, a higiene do bebé, fraldas descartáveis e ecológicas, trabalho de parto e puerpério, amamentação e segurança e prevenção de acidentes. A sequência de abordagem dos temas é definida pelas necessidades formativas manifestadas pelos pais.

Anexo III

Caracterização da Ala B do Serviço de Pediatria Médica do
HSJ, EPE

CARACTERIZAÇÃO DA ALA B DO SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA DO HSJ, EPE

O Serviço de Pediatria Médica está localizado no piso 2 do HSJ, EPE sendo constituído por duas alas - à direita a ala A que recebe crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos, e à esquerda a **Ala B**, que recebe crianças desde os 0 aos 2 anos de idade - e pela Unidade de Hemato-oncologia que presta cuidados a crianças do foro oncológico e que inclui na sua lotação uma enfermaria destinada a crianças do foro neurocirúrgico.

A ala B é constituída por:

- ◆ Biblioteca de serviço
- ◆ Gabinete do Director e da Enfermeira Supervisora da UAG da Mulher e da criança
- ◆ Gabinete da administrativa da referida UAG
- ◆ Gabinete do Director de Serviço
- ◆ Gabinetes médicos
- ◆ Gabinete da Enfermeira Chefe
- ◆ Uma sala de trabalho de Enfermagem
- ◆ Uma sala de tratamentos
- ◆ Seis enfermarias com a lotação total de 30 camas
- ◆ Sala de arrumos
- ◆ Sala de sujos
- ◆ WC do pessoal
- ◆ Copa
- ◆ Armazém de material
- ◆ Cantinho da amamentação

À entrada do serviço existe uma área comum entre as duas alas onde estão localizados os cacifos para utilização por parte dos pais das crianças hospitalizadas. No exterior do serviço existe um WC completo para uso dos pais.

As crianças admitidas neste serviço, provêm maioritariamente do Serviço de Urgência e da Neonatologia que comunicam via telefone a transferência das mesmas. De acordo com a idade, tamanho e patologia as crianças são, sempre que possível distribuídas pelas diferentes enfermarias: recém-nascidos que vão efectuar fototerapia são colocados numa enfermaria com esse fim exclusivo, crianças que necessitam de algum tipo de isolamento vão para o quarto de isolamento; de acordo com o tamanho são distribuídas por unidades com berço ou com cama.

Após este contacto telefónico a equipa de enfermagem define então a unidade a atribuir à criança e confirma que está completamente preparada para a receber. Aquando da chegada da criança ao serviço, normalmente acompanhada por uma assistente operacional e/ou uma enfermeira, criança e sua família são conduzidas à sala de tratamentos onde é acolhida pela enfermeira que ficará responsável pela criança. É feita a apresentação pessoal, uma avaliação inicial da criança, colheita de dados (como hábitos alimentares, de sono, antecedentes

patológicos) e é fornecida aos pais alguma informação pertinente acerca das instalações e unidade atribuída à criança, assim como da dinâmica e funcionamento do serviço:

- _ Direito de permanência de dois acompanhantes durante o período das 8 horas até às 22 horas e de um entre as 22 horas e as 8 horas;
- _ Horários de visitas - entre as 16 e as 18 horas em que duas pessoas para além dos acompanhantes podem permanecer junto da criança;
- _ normas e regras do serviço;
- _ fornecimento de refeições a um dos acompanhantes;
- _ outras informações que a enfermeira considere pertinente.

Após este processo é dada entrada da criança no quadro de plano de cuidados existente no gabinete da Sra. Enfermeira Chefe (nome, idade, regime alimentar habitual, focos de atenção e exames auxiliares de diagnóstico programados) e na copa para que sejam providenciadas as refeições da criança. A assistência de enfermagem é documentada num processo individual em formato de papel.

RECURSOS HUMANOS

Na Ala B exercem funções: um Director Clínico e uma Enfermeira Chefe (comuns à ala A e à hemoto-oncologia pediátrica), uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, 27 enfermeiras, das quais 12 possuem a Especialidade em ESIP; 8 assistentes operacionais; médicos especialistas, médicos internos da especialidade; uma administrativa; uma educadora infantil.

DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS

No turno da manhã desempenham funções 5/6 elementos de enfermagem e 3 assistentes operacionais (destes um encontra-se destacado para os recados, outro para a copa – tendo a função da distribuição e se necessário preparação das refeições dos doentes – e outra no apoio às enfermarias. No turno da tarde estão presentes 4 enfermeiros e duas assistentes operacionais e no turno da noite 4 enfermeiros e uma assistente operacional. Ao longo da semana e durante a manhã está presente toda a equipa médica, no restante período apenas está presente um médico de permanência.

RECURSOS MATERIAIS

Todas as unidades estão equipadas com saída de ar comprimido, saída de O₂ com humidificador, vacuómetro com pressão adaptada à idade da criança e tomadas para ligação das máquinas/seringas infusoras e outros equipamentos.

Junto de cada unidade existe um cadeirão onde o cuidador permanece durante a noite. No serviço existem vários monitores que permitem, se necessário, a monitorização cardio-respiratória da criança. De salientar que durante o período de estágio, o número de monitores

existentes nem sempre foi o adequado às necessidades das crianças internadas, sendo que cabia à enfermeira responsável pela criança monitorizada e pela criança a monitorizar a decisão e escolha da prioridade.

Existe ainda um carro de emergência que está localizado na sala de tratamentos.

Anexo IV

Caracterização do Serviço de Neonatologia do HSJ, EPE

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HSJ, EPE

O Serviço de Neonatologia está localizado no piso 2 do HSJ, EPE sendo constituído por:

- Gabinete da Enfermeira Chefe
- Gabinete da Directora do Serviço
- Gabinete médico
- Sala de reuniões
- Armazém de material
- Copa
- Vestiários e WC do pessoal
- Sala de sujos
- Sala de descanso dos pais
- Sala de arrumo de equipamentos (incubadoras, monitores e outros)
- Unidade de Internamento com lotação de 17 unidades

A unidade de internamento está dividida em diferentes áreas:

- _ uma área de cuidados intensivos com a lotação de 9 incubadoras,
- _ uma área de cuidados intermédios com a lotação de 8 incubadoras,
- _ uma unidade de isolamento,
- _ Duas áreas trabalho de enfermagem: uma para a preparação de terapêutica endovenosa (onde existe uma câmara de fluxo laminar na qual são montados os sistemas de alimentação parentérica) e outra para a preparação da restante medicação
- _ uma área de passagem de turno
- _ um “cantinho da amamentação” onde as mães fazem a extracção do leite materno.

RECURSOS HUMANOS

Neste serviço exercem funções: a Directora Clínica, a Enfermeira Chefe, duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, uma das quais com uma actuação mais direccionada para a gestão e outra (a minha enfermeira tutora) na prestação de cuidados), 37 enfermeiras, das quais 13 possuem a Especialidade em ESIP; 8 assistentes operacionais; médicos (especialistas e médicos internos da especialidade de Pediatria que asseguram a assistência no serviço e na Sala e Bloco de Parto durante as 24 horas do dia) e uma administrativa.

As enfermeiras do serviço estão distribuídas por equipas de 6 elementos: uma Chefe de Equipa, o elemento mais graduado e, que de entre outras funções, é responsável pela realização do plano de trabalho em cada turno, distribuindo as crianças, e 5 elementos normalmente distribuídos de acordo com o tempo de serviço; cada um destes elementos tem, segundo protocolo do serviço, funções específicas a desempenhar no turno. O horário de trabalho praticado é em sistema de *roulement*. O turno da manhã é das 8h00 às 15h30, o turno da tarde das 15h00 às 22h30 e o turno da noite é das 22h00 às 8h30.

No turno da manhã desempenham funções 6 elementos de enfermagem e 3 assistentes operacionais (destes um encontra-se destacado para os recados, outro para a copa e outro para apoio à Unidade). No turno da tarde estão presentes 6 enfermeiros e duas assistentes operacionais e no turno da noite 6 enfermeiros e uma assistente operacional. Ao longo da semana e durante a manhã está presente toda a equipa médica, no restante período apenas está presente um médico de permanência.

Uma vez por semana a orientação do INEM-RN é da responsabilidade do HSJ, E.P.E., sendo a equipa constituída por um médico e um enfermeiro pertencentes ao Serviço de Neonatologia, e o transporte do recém-nascido é efetuado através de uma incubadora de transporte cuja preparação é efetuada no serviço.

RECURSOS MATERIAIS

Todas as unidades estão equipadas com incubadora, monitor, saída de ar comprimido, saída de O2 com humidificador, vacuómetro e tomadas para ligação das máquinas/seringas infusoras e outros equipamentos. As unidades de cuidados intensivos têm além disto um ventilador.

Existe ainda um carro de emergência e uma incubadora de transporte. Esta é utilizada no transporte de bebés para a realização de exames auxiliares de diagnóstico dentro do hospital.

DINÂMICA DO SERVIÇO

As crianças admitidas no serviço de Neonatologia, provêm maioritariamente do Serviço de Obstetrícia do HSJ, EPE. Outras crianças provêm do SUP da mesma instituição ou vêm transferidas de outras instituições hospitalares. Existe sempre um contacto telefónico prévio do serviço de proveniência o que permite a preparação da unidade onde a criança vai ficar assim como do pessoal que a vai receber. De acordo com a patologia, o recém-nascido é acolhido numa incubadora ou num berço.

É feita a apresentação pessoal quando o recém-nascido vem acompanhado, uma avaliação inicial do bebé, colheita de dados (idade e profissão dos pais, idade gestacional, problemas durante a gravidez, tipo de parto) e é fornecida aos pais alguma informação pertinente acerca da dinâmica e funcionamento do serviço: instalações (WC, cantinho da amamentação, cacifos, espaço de descanso), unidade atribuída à criança, necessidade e importância da monitorização cardiorespiratória e de outro equipamento, fornecimento de refeições a um acompanhante, horário de permanência.

Após este processo é dada entrada da criança no quadro de plano de cuidados (nome, idade-real ou corrigida, esta no caso de prematuros e número de processo). A assistência de enfermagem é documentada no processo individual.

Anexo V

Caracterização do serviço de Urgência Pediátrica do HSJ,
EPE

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HSJ, EPE

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do HSJ recebe crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias de vida com doença aguda. Está localizada no piso 1, tem uma entrada independente e está organizado nas seguintes áreas:

- Área de admissão e recepção - localizada à entrada do serviço; constituída por um gabinete administrativo, que funciona 24 horas por dia e onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente e onde o doente se dirige após a alta e antes de abandonar o SU para validar os documentos que lhe foram entregues (receitas médicas, credenciais, marcação de consultas); adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde a criança e acompanhante aguardam chamada para a sala de triagem e outra onde aguardam outros acompanhantes uma vez que a criança apenas pode ser acompanhada por uma pessoa dentro de todo o circuito do SU.

- Sala de triagem - após o processo administrativo, é feita uma triagem de prioridades por um enfermeiro com formação em Pediatria, normalmente, um enfermeiro especialista em ESIP que identifica critérios de gravidade da situação que indicam a prioridade clínica com que a criança deve ser atendida. O profissional faz esta triagem apoiando-se num sistema informático (J-One) com base no Triângulo de Avaliação (com avaliação de 3 critérios – aparência, circulação e respiração; de acordo com o nº de lados afectados é atribuído um nível de triagem: nenhum lado alterado nível IV-V, alteração de 1 lado do triângulo nível III, alteração de 2 lados nível II e alteração dos 3 lados nível I) – menos utilizado – ou com base na queixa principal. Este sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por uma cor à qual está associado o tempo alvo até à observação médica:

- * Cor **vermelha**: Nível I - Situação Emergente (observação imediata)
- * Cor **laranja**: Nível II - Situação Muito Urgente (15 minutos)
- * Cor **amarela**: Nível III - Situação Urgente (30 minutos)
- * Cor **verde**: Nível IV - Pouco Urgente (60 minutos)
- * Cor **azul**: Nível V - Não Urgente (120 minutos)

Nesta sala existem 2 postos de triagem mas normalmente apenas 1 está em funcionamento, só em situações excepcionais de grande afluência ao SU é que são activados os 2 em simultâneo. O papel do enfermeiro aqui é acolher, classificar, localizar, informar e reavaliar. Deve ser detentor de capacidade de comunicação, ter tacto, paciência, compreensão e descrição, capacidade organizativa, capacidade para trabalhar sob pressão e de reconhecer uma criança doente.

A triagem é efetuada em 3 etapas:

- * triângulo de avaliação pediátrica

* a identificação da queixa principal (através de uma entrevista de 2-3 minutos)

* avaliação constantes fisiológicas/de sinais vitais (como a frequência cardíaca, tempo de preenchimento capilar, frequência respiratória, saturação de O₂, sinais de dificuldade respiratória, estado de consciência e irritabilidade).

A triagem avançada é traduzida pelo início de uma série de acções terapêuticas antes da avaliação médica, segundo protocolo: administração de antipirético a doentes com febre, administração de soro de re-hidratação oral a doentes com diarreia, administração de analgésico a doentes com dor com patologia *minor*, aplicação de gel anestésico em feridas simples, administração de oxigénio a crianças com dificuldade respiratória grave, e monitorização, administração de O₂ e colocação de acesso venoso na criança gravemente doente.

- Sala de emergência pediátrica - localizada logo à entrada no SU; é onde é feita a recepção, avaliação e estabilização inicial da criança em situação emergente e em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais que exige um tratamento imediato; tem capacidade para 2 emergências em simultâneo e tem todo o material e equipamento necessários aos cuidados inerentes a uma ressuscitação ou outra situação emergente. Diariamente (ou sempre que se justifique) é feita uma revisão de todo o material e medicação com vista a uma eficácia e eficiência na prestação de cuidados emergentes.

- 1ª Sala de espera (com um espaço para crianças equipada com TV e onde existe um Cantinho da Amamentação e fraldário e outro espaço destinado aos adolescentes) –

- 5 Gabinetes médicos, dois dos quais são denominados “zona laranja” para onde são orientadas as crianças que necessitem de vigilância mais apertada por parte da equipa de enfermagem, encontrando-se apetrechados de monitores para monitorização cárdio-respiratória, saídas de ar e oxigénio e outro material e equipamento necessário.

- Sala de pequena cirurgia - onde são observadas as crianças com patologia cirúrgica ou ortopédica.

- Sala de trabalho de enfermagem - onde são executados os diferentes cuidados de enfermagem à criança como por exemplo: punções venosas, punções lombares, colheita de sangue ou urina, cateterismo vesical, administração de fármacos, entre outros.

- Área de Observações - OBS - espaço para atendimento das crianças que necessitam de vigilância e/ou tratamento com situações clínicas nas quais se prevê um período de permanência até 24 horas para a sua resolução ou decisão quanto a internamento ou alta. Esta área está equipada com 10 camas – uma das quais num quarto de isolamento – cada uma com equipamento de monitorização de sinais vitais e assegura o acompanhamento permanente de uma equipa de enfermagem e médica.

- 2ª Sala de espera - após observação pela equipa médica a criança/adolescente aguardam neste espaço por tratamentos de que necessitem como a realização de exames auxiliares de diagnóstico (como o TAC ou ecografia), administração de terapêutica e resultados analíticos de que depende o desfecho da sua situação clínica: alta, transferência ou internamento. Neste espaço existe também um Cantinho da Amamentação e WC para uso dos doentes/acompanhantes.

- Sala de reuniões - funciona como sala de convívio e de reuniões, equipada com computador com ligação à internet, fax, telefone e TV.

- Armazém de Material – aqui é armazenado todo o material em stock, cuja reposição (reposição de stocks por níveis) é da competência dos serviços de aprovisionamento; este método de reposição sendo feita de acordo com quantidades pré-estabelecidas, evita a ruptura de stocks.

- Gabinete do Enfermeiro-Chefe

- Gabinete do Chefe de Equipa – que funciona maioritariamente também como gabinete médico.

- Área Comum - zona com várias funcionalidades: desde armazenamento de material de consumo corrente, depósito das fichas dos doentes (dos que aguardam chamada e, neste caso as fichas estão separadas de acordo com a cor atribuída pela Triagem, e dos que aguardam a realização de procedimentos ou exames), armário com medicação (com sistema de electrónico de reposição de stocks e prescrição médica, em que a medicação é retirada consoante a prescrição médica e no nome do doente a que se destina. Este espaço acaba também por funcionar como Sala de Enfermagem e é onde se encontra o telefone do serviço e o sistema de envio de amostras para os laboratórios.

- WC do pessoal

RECURSOS HUMANOS

A equipa de enfermagem é composta por 40 elementos dos quais 17 possuem o grau de Enfermeiro Especialista em ESIP. Estão distribuídos em equipas de 6 elementos e o horário praticado é o *roulement*. Existe um plano de trabalho em ambiente de trabalho no computador do serviço no qual o Enfermeiro Chefe – Enfermeiro Francisco Mendes – faz a distribuição dos elementos pelos diferentes postos da Urgência. Esta distribuição é feita tendo em conta os elementos em funções no turno: experiência profissional, tempo de serviço e se é ou não especialista. Em todos os turnos exercem funções 6 enfermeiros e são distribuídos da seguinte forma: 2 elementos são destacados para a Triagem, efectuando turnos de 2 a 3 horas e que vão rodando entre si; 2 elementos de apoio aos gabinetes (um dos quais é o coordenador da equipa em serviço); um elemento de apoio à pequena cirurgia e 2 elementos na Sala de

Observações (OBS). O método de trabalho é o individual entre os diferentes postos embora haja colaboração entre os colegas sempre que a situação o exija.

A equipa médica tem como Directora a Dra. Irene e é rotativa: após a criação da UPIP, as equipas de urgência (médica e cirúrgica) provêm de diferentes instituições integradas na UPIP: Hospital Pedro Hispano, Centro Hospitalar do Porto e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (apenas para a especialidade de Cirurgia Pediátrica).

Existe ainda uma equipa de técnicos operacionais responsáveis pelo apoio aos diferentes postos, pela preparação de pequenas refeições para os doentes e pelo acompanhamento das crianças ao Serviço de Radiologia e ao Serviço de internamento.

Os registos médicos são efectuados em computador utilizando uma aplicação informática - J One - que foi desenvolvida pelos técnicos de Informática do Hospital e que permite o registo e consulta de todos os dados clínicos numa única ferramenta facilitando a tomada de decisão. O registo das intervenções de Enfermagem é efectuado de forma manual na folha de episódio de urgência, na folha de prescrição médica e em algumas situações, especialmente aquelas em que se prevê o internamento da criança em OBS ou outro serviço, é feito o registo das ocorrências em folha própria de Notas de Enfermagem.

Anexo VI

Competências a adquirir para a obtenção de Grau de Mestre
em ESIP

Competências a adquirir:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;

19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
28. Promover a formação em serviço na área de EESIP;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

Anexo VII

Registo das consultas de enfermagem de saúde infantil

Consultas de saúde infantil/juvenil

IDADE	FOCOS
<u>♂ - 14 D</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Vinculação * Amamentação * Prevenção de segurança * Adesão à vacinação
<u>♀ - 2 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Amamentação * Prevenção de segurança * Adesão à vacinação
<u>♀ - 4 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Alimentação * Prevenção de segurança * Adesão a vacinação * Parentalidade
<u>♂ - 12 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Alimentação * Prevenção de segurança * Adesão a vacinação * Parentalidade
<u>♂ - 10 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Auto-cuidado: alimentar-se, higiene * Papel de estudante
<u>♂ - 9 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança * Alimentação
<u>♂ - 12 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Prevenção de segurança * Adesão vacinação
<u>♂ - 8 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Auto-cuidado: alimentar-se <ul style="list-style-type: none"> : higiene (corporal e oral) : actividade física * Papel de estudante * Instruir sobre comportamentos de risco
<u>♂ - 13 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Auto-cuidado: alimentar-se <ul style="list-style-type: none"> : higiene (corporal e oral) : actividade física * Papel de estudante * Maturação masculina

	<ul style="list-style-type: none"> * Instruir sobre comportamentos de risco
<u>♀ - 15 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento juvenil * Parentalidade * Maturação feminina * Papel sexual * Auto-cuidado: higiene (corporal e oral) <ul style="list-style-type: none"> : alimentar-se : actividade física * Prevenção comportamentos de risco * Papel de estudante
<u>♂ - 4 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança * Alimentação * Adesão à vacinação
<u>♂ - 14 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Prevenção de segurança * Adesão à vacinação
<u>♂ - 8 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança * Alimentação * Adesão à vacinação
<u>♂ - 24 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Prevenção de segurança * Adesão à vacinação
<u>♀ - 14 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Maturação feminina * Papel sexual * Auto-cuidado: alimentar-se <ul style="list-style-type: none"> : higiene (corporal e oral) : actividade física * Papel de estudante
<u>♀ - 14 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Maturação feminina * Papel sexual * Auto-cuidado: alimentar-se (incentivar hábitos de alimentação saudável) <ul style="list-style-type: none"> : higiene (corporal e oral) : actividade física * Papel de estudante
<u>♂ - 12 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Auto-cuidado: alimentar-se (incentivar hábitos de alimentação saudável) <ul style="list-style-type: none"> : higiene (corporal e oral) : actividade física * Papel de estudante (incentivar)

	* Instruir sobre comportamentos de risco
<u>♂ - 5 A</u>	* Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Auto-cuidado: alimentar-se, higiene * Precaução de segurança (ensinar os pais sobre prevenção de acidentes) * Adesão a vacinação * Comportamento de procura de saúde
<u>♂ - 2 A</u>	* Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Precaução de segurança * Adesão à vacinação
<u>♀ - 6 M</u>	* Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Precaução de segurança * Adesão a vacinação
<u>♂ - 4A</u>	* Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Adesão à vacinação * Precaução de segurança * Audição: alterada * Tegumentos: eczema braço direito * Auto-cuidado: vestir-se, alimentar-se, higiene
<u>♀ - 2M</u>	* Vinculação * Parentalidade * Desenvolvimento infantil * Precaução de segurança * Adesão a vacinação * Amamentação
<u>♂ - 2 M</u>	* Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Precaução de segurança * Adesão à vacinação
<u>♀ - 8 A</u>	* Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Auto-cuidado: alimentar-se, higiene * Precaução de segurança * Papel de estudante
<u>♂ - 18 M</u>	* Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Precaução de segurança * Adesão à vacinação
<u>♀ - 3 M</u>	* Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Precaução de segurança * Tegumentos: eczema generalizado * Adesão à vacinação
	* Desenvolvimento infantil

♂ - 9 A	<ul style="list-style-type: none"> * Parentalidade * Auto-cuidado: alimentar-se, higiene * Precaução de segurança * Papel de estudante * Adesão vacinação
♂ - 10A	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Auto-cuidado: alimentar-se, higiene * Precaução de segurança * Adesão à vacinação * Papel de estudante
♀ - 12 M	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Precaução de segurança * Adesão à vacinação

Anexo VIII

Registo da vacinação

VACINAS

VACINA	IDADE	NÚMERO
BCG - VHBI	(0 M)	
VIP1/DTPa/Hib1 - VHB2	(2M)	X X X X
Menc 1	(3 M)	X
VIP2/DTPa2/Hib2	(4 M)	X X
Menc 2	(5 M)	X
VIP3/DTPa3/Hib3 – VHB3	(6M)	X
VASPR 1- Menc 3	(15M)	X X
DTPa 4 – Hib 4	(18M)	X X
VIP4/DTPa5 – VASPR2	(5.6A)	
Td – HVP (1.2.3)		
<u>OUTRAS</u>		
PREVENAR		X X X X
ISTIVAC		X X X
HAVRIX		X
ROTARIX		X
TOTAL	22 Vacinas administradas	

Anexo IX

Registo crianças assistidas na pediatria médica

Crianças assistidas Pediatria (ala B)

IDADE	FOCOS
<u>♀ - 1,5 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Feridas cirúrgicas (abdominal e axial esquerda) * Risco de Infecção * Conhecimento parental não demonstrado
<u>♂ - 2 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Precaução de segurança
<u>♀ - 2 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Ruminação * Precaução de segurança * Parentalidade * Conforto
<u>♂ - 11 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Alimentação * Vômitos * Diarreia * Precaução de segurança * Parentalidade
<u>♂ - 3 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Vômitos * Diarreia * Exantema
<u>♂ - 15 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Vômitos * Diarreia
<u>♂ - 2 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Precaução de segurança * Respiração: Limpeza ineficaz das vias aéreas
<u>♀ - 1 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Febre
<u>♂ - 1,5 A</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Papel parental: Conhecimento sobre medidas de protecção (isolamento de contacto) não demonstrado pela mãe

<u>♀ - 11 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento juvenil * Parentalidade (alta)
<u>♂ - 3M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança * Diarreia * Exantema
<u>♀ - 1,5 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Risco de Infecção (cvp)
<u>♂ - 2 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança (Alta)
<u>♀ - 12 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Prevenção de segurança (Alta)
<u>♀ - 17 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Papel Parental: Conhecimento a cerca de cuidados à criança com febre não demonstrado * Respiração. Dispneia * Nutrição: obstipação
<u>♂ - 3M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Risco de infecção (cvp) * Exantema * Risco de desidratação
<u>♀ - 12 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Risco de desidratação * Exantema
<u>♀ - 12 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança (ensinar os pais sobre prevenção de acidentes) * Febre * Nutrição: obstipação
<u>♂ - 10 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade

<u>♀ - 6 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Respiração * Amamentação
<u>♂ - 20 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança * Febre * Respiração: dispneia
<u>♀ - 12M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Dor
<u>♀ - 10 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança * Convulsão
<u>♀ - 23 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Auto-cuidado: alimentar-se * Prevenção de segurança * Papel parental: conhecimento sobre cuidados a ferida cirúrgica não demonstrado * Tegumentos: feridas cirúrgicas abdominal e axilar
<u>♂ - 3 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Prevenção de segurança * Tegumentos: lesão angiomatosa orbital direita (tumefação hemiface direita)
<u>♀ - 2 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Prevenção de segurança * Febre
<u>♀ - 23 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Auto-cuidado: alimentar-se * Prevenção de segurança * Papel parental: conhecimento de cuidados a gastrostomia demonstrado (alta)
<u>♂ - 2 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Prevenção de segurança * Vômitos * Risco de infecção

<u>♂ - 1 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Respiração: limpeza ineficaz das vias aéreas * Vômito
<u>♀ - 23 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Febre * Convulsão febril
<u>♂ - 5 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Parentalidade * Alimentação * Respiração: Limpeza ineficaz das vias aéreas * Papel parental: conhecimento de cuidados a traqueostomia não demonstrado : conhecimento sobre ventilação não invasiva com Bipap não demonstrado : conhecimento sobre alimentação por SNG não demonstrado
<u>♂ - 5 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Risco de hemorragia * Respiração: Limpeza ineficaz das vias aéreas; dispneia
<u>♀ - 5 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Papel parental (mãe adolescente) * Respiração: limpeza ineficaz das vias aéreas; dispneia
<u>♂ - 20 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Febre * Respiração: limpeza ineficaz das vias aéreas
<u>♂ - 18 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Respiração: limpeza ineficaz das vias aéreas
<u>♀ - 17 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Papel parental: conhecimento sobre cuidados a gastrostomia não demonstrado
<u>♂ - 18 M</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento infantil * Febre * Respiração: limpeza ineficaz das vias aéreas
TOTAL CRIANÇAS ASSISTIDAS: 37 CRIANÇAS	

Anexo X

Registo crianças assistidas na UCIN

REGISTO DAS CRIANÇAS ASSISTIDAS NA UCIN

C. ♀-Hérnia diafragmática com Hipertensão pulmonar; I.G. 39 semanas (28/09)

FOCO
Parentalidade Desenvolvimento infantil Respiração: Limpeza vias aéreas (TET, cavidade oral e orofaringe) Tegumentos: Ferida cirúrgica abdominal : Ferida cirúrgica (local drenos torácicos) Conforto

#R. ♂, no pós-operatório de correção de fístula entero-ureteral com colostomia

FOCOS
Desenvolvimento infantil Parentalidade Conforto Tegumentos: Ferida cirúrgica abdominal : colostomia

N. ♂, no pós-operatório de enterectomia por estenose duodenal

FOCOS
Desenvolvimento infantil Parentalidade Conforto Tegumentos: Ferida cirúrgica abdominal

T. ♂- I.G. 38 semanas; Síndrome de Apert (sindactilia mãos e pés; fenda palato; atresia coanas; tumefação craneana)

FOCOS
Desenvolvimento infantil Parentalidade Papel parental: conhecimento sobre cuidados ao recém-nascido não demonstrado : Conhecimento sobre cuidados a traqueostomia não demonstrado : conhecimento sobre alimentação por SOG não demonstrado Respiração: Limpeza vias aéreas Tegumentos: eritema perineal

J.P. ♂- I.G.=34 semanas; prematuridade e baixo peso

FOCOS
Desenvolvimento infantil Parentalidade Papel parental: Conhecimento sobre técnica de amamentação não demonstrado : conhecimento sobre cuidados ao recém-nascido não demonstrado Respiração: Limpeza vias aéreas

D. ♂ – I.G.= 32 semanas (01/08); Tumor Naso faríngeo

FOCOS
Desenvolvimento infantil Parentalidade Vinculação Papel parental: Oportunidade de conhecimento de troca de cânula de traqueostomia : Oportunidades de conhecimento de aspiração de secreções por cânula de traqueostomia : oportunidade de conhecimento de alimentação por SNG Respiração: Limpeza ineficaz das vias aéreas

- S. ♂ – Prematuridade com restrição crescimento intrauterino severa; pré-eclâmpsia materna; I.G.= 29 semanas e 4 dias (11/09); APGAR 1º Min-4; 5ª Min-8; 10º Min-8; reanimação e V.M. ao 1º minuto.

FOCOS
Desenvolvimento infantil Conforto Parentalidade Respiração: Limpeza vias aéreas : Dispneia (CPAP)

Bebe em estudo do som

E. ♀ – Prematuridade por patologia materna (neoplasia pulmonar); I.G.= 29 semanas e 1 dias (06/09); APGAR 1º Min-8; 5ª Min-9

FOCOS
Desenvolvimento infantil Parentalidade Conforto Papel parental: oportunidade de conhecimento de alimentação por SNG Alimentação

Bebé em estudo do SOM

R. ♂ transferido do Hospital de Guimarães por cardiopatia; 16 dias de vida (29/09); à nascença Peso= 2934; APGAR 1º Min 6, 5º Min 7, 10 Min 8

FOCOS
Desenvolvimento infantil Amamentação

A. ♂; Aspiração de mecónio; IG= 40 sem.e 2 dias; APGAR = 4/7/8; peso nascença – 3895gr

FOCO
Desenvolvimento infantil Parentalidade Respiração: Limpeza vias aéreas

I. ♂; 1º internamento por prematuridade de 34 semanas e 6 dias, internamento actual por apneia e hipotonia, ventilado a 13/10, exteriorizou TET a 14/10, ISOLAMENTO de contacto por suspeita de pertussis

FOCO
Desenvolvimento infantil Vinculação Conforto Parentalidade Respiração: Limpeza vias aéreas : Dispneia

42 – L. ♀: cardiopatia congénita (atrésia tricúspide e estenose valvular pulmonar); artéria umbilical única; APGAR: 1º - 9; 2º - 10; 1º dia de vida: apneia com dessaturação e foi ventilada. A 19/10/2010: colocação shunt sistémico pulmonar e laqueação canal arterial

FOCO
Desenvolvimento infantil Parentalidade Conforto Respiração: Limpeza vias aéreas (aspiração de secreções no TET e cavidade orofaríngea) Tegumentos: Ferida cirúrgica torácica

37 – A.F. ♀: cardiopatia complexa grave (ventrículo único, atrésia pulmonar, canal arterial patente); lábio leporino; hemivértebra cervical; IG-38 semanas e 6 dias; APGAR 1º 9, 5º 9; parto por cesariana

FOCO
Desenvolvimento infantil Parentalidade Vinculação Conforto Respiração: Limpeza vias aéreas (aspiração de secreções no TET e cavidade orofaríngea)

P.F. ♂: atrésia diafragmática completa; IG 39 semanas (28/10/2010); gravidez não vigiada; 29/10/2010: colocação de prótese diafragmática por laparoscopia

FOCO
Desenvolvimento infantil Parentalidade Conforto Respiração: Limpeza vias aéreas - Aspirar secreções (TET, cavidade oral, orofaringe) Tegumentos: Feridas cirúrgicas Dor

TOTAL CRIANÇAS ASSISTIDAS: 14 CRIANÇAS

Anexo XI

Registro Triagem SUP

CRIANÇAS/ Cor atribuída	FOCOS DE ENFERMAGEM
8 M (A)	Febre
8 A (V)	Dor / suspeita fratura pé
4 A (Verm)	Convulsão
15 A (V)	Ferida traumática occipital
3 A (A)	Diarreia/lipotímia
3 A (V)	Febre
18 M (AZ)	Exantema
2 A (V)	Exantema generalizado
2 A (V)	Exantema generalizado
14 A (V)	Desmaio
10 M (A)	Febre
6 A (V)	Vómitos Desidratação (risco de)
2 A (V)	Exantema não petequeial
7 A (V)	Tosse, febre
17 A (V)	Vómitos
17 A (V)	Dor torácica
16 A (V)	Dor musculoesquelética na mão dta
13 A (V)	Vómitos
17 A (AZ)	Dor na deglutição
15 A (V)	Vómitos/ dor (cefaleia)
8 M (A)	Vómitos
13 M (V)	Dor musculoesquelética MI dto Limitação andar
10 M (A)	Vómitos
15 A (V)	Ferida traumática facial
9 A (V)	Vómitos
22M (V)	Dispneia LIVA
8A (V)	Febre
14 A (V)	Dor musculoesquelética dorsal
10 A (V)	Febre
14 M (V)	Dor musculoesquelética pé dto

15 A (V)	Dor abdominal
11 A (V)	Dor musculo-esquelética cotolevo dto Ferida traumática cotovelo dto
17 A (V)	Dor musculo-esquelética MI Esq
14 A (V)	Dor musculo-esquelética mão dta
16 A (V)	Dor musculo-esquelética pé dto
17 A (A)	Dor (cefaleia) Ferida traumática parietal
21 M (V)	Dor musculo-esquelética pé dto Andar limitado
14 A (V)	Dor musculo-esquelética MI esq
5 A (V)	Vômito /febre
4 A (V)	Febre
7 A (V)	Dor torácica
11 A (V)	Dor músculo-esquelética pé dto
11 A (AZ)	candidiase oral
17 A (A)	Dor (cefaleias)
6 A (V)	Dor musculo-esquelética MI esq
10 M (V)	Exantema
10 A (V)	Dor musculo-esquelética MI esq
10 A (A)	Dor abdominal pós-traumática
8 A (V)	Febre
13 A (V)	Ferida traumática supraciliar direita
12 A (V)	Dor
16 A (A)	Dor (cefaleia) Ferida frontal
16 A (A)	Dor abdominal
46 D (A)	tumefação coxa
16 A (V)	Dor musculo-esquelética MI Dta
3 M (A)	Dispneia
14 A (V)	Dor limitação andar
9 A (A)	Abcesso facial, Dor
9 A (V)	Ferida frontal direita
12 A (V)	Dor musculo-esquelética pé dto
13 M (A)	Vômitos
7 A (V)	Dor abdominal

13 A (V)	Dor musculoesquelética pé dto
16 A (A)	Dor Alteração estado consciência
13 A (V)	Vômitos
16 A (V)	Dor torácica
13 A (A)	Dor / inflamação testicular
20 M (A)	Exantema generalizado
5 A (A)	Ferida traumática dedo da mão dta
9 A (V)	Dor abdominal
4 A (V)	Dor abdominal Diarreia
3 A (v)	Febre
5 A (V)	Febre
5 A (V)	Dor abdominal Vômitos
14 A (v)	Dor garganta
8 A (A)	Dor abdominal Febre
8 M (A)	Febre Exantema generalizado
19 M (A)	Febre
8 A (V)	Contusão Dor extremidade
9 A (V)	Dor Inflamação extremidade
19 M (A)	Febre
2 A (A)	Queimadura MI
15 A (L)	Parafimose
15 A (A)	Trauma ocular
4 A (V)	Febre
2 A (V)	Dor musculoesquelética mão dta
15 A (V)	Dor musculoesquelética pé dto
11 A (V)	Dor musculoesquelética coxa dta
3 A (A)	Vômitos Desidratação (Risco de)

21 M (A)	Dispneia Tosse
13 A (V)	Dor garganta
4 A (V)	Febre
20 M (V)	Exantema
13 A (V)	Desnutrição
4 M (A)	Febre
3 A (V)	Vômitos
16 A (V)	Dor musculoesquelética pé dto
2 A (V)	Dor musculoesquelética braço esq
12 A (A)	Alteração visão
4 A (V)	Vômitos
4 A (V)	Vômitos
2 A (V)	Tosse
16 A (V)	Ansiedade
2 A (A)	Ferida occipital
15 (V)	Dor de costas
5 M (V)	Dor musculoesquelética braço esq
2 A (A)	Ingestão corpo estranho
18 M (A)	Dispneia
5 A (V)	Dor ouvido
17 A (V)	Dor musculoesquelética
12 M (V)	Dor musculoesquelética
3 A (V)	Vômitos
6 A (V)	Dispneia
10 M (A)	Febre
TOTAL	115 CRIANÇAS

Legenda: (AZ) – Azul; (V) – Verde; (A) – Amarelo;

Febre: 19
Dor: 51
Ferida: 7
Convulsão: 1
Diarreia/vômitos: 17
Tosse: 1
Exantema: 5
Ansiedade: 1
Lipotímia: 2

Anexo XII

Registo crianças assistidas no SUP

LOCAL	CRIANÇAS	FOCOS DE ENFERMAGEM
OBS		
	M.R. 1 A	Dor Febre
	D.R. 2 A	Dor Febre
	D.M. 4 A	Dor
	M.S. 5 A	Dor Ferida occipital
	J.B. 5 A	Vômitos Dor
	D.C. 5 A	Vômitos
	R.A. 14 A	Dor Febre
	I.L. 17 A	Dor Febre
	L.M. 44 D	Febre
	E.F. 17 A	Agitação
OBS		
	4 A	Vômitos, febre
	10 M	TCE, convulsão
	6 M	Ferida cirúrgica parietal direita Conhecimento não demonstrado de cuidados ao bebê no pós-op
	21 M	Febre, exantema petequiral
	15 A	Taquicardia
Gabinetes		
	3 A	Febre (arrefecimento natural, administração antipirético) dor abdominal
	10 M	LIVA (aspiração de secreções) Febre (arrefecimento, antipirético)
	18 M	Dispneia LIVA
	4 A	Mal epilético (SE)
Gabinetes		
	4A	Dispneia (NEB)
	13 M	Febre LIVA
	7 M	Febre
	8 M	Febre
	7 M	Febre
	57 D	Dispneia LIVA
	39 D	Dor ouvido esq
	13 M	Febre
	45 D	LIVA
	16 A	Cefaleias
	5 D	ALTE

Anexo XIII

Poster para Dinamização do “cantinho da amamentação” –
“Amamentar com conforto”

Amamentar com conforto



Curso Pós-Licenciatura Especialização Saúde Infantil e Pediatria
Graça Carvalho, Lúcia Macedo, Rosa Maria Mendes
Sob orientação da Enfermeira Alexandra Correia, UCC Senhora da Hora



Sentada com apoio da almofada



Segurar o bebé no colo em posição transversal "barriga com barriga"



Usar qualquer combinação citada no caso de ter gémeos e desejar dar de mamar ao mesmo tempo



Boa pega



Sentada



Deitar e colocar o bebé em posição paralelo ao seu corpo

A posição ideal é aquela em que ambos ficam confortáveis!



Referências Bibliográficas: Manual de aleitamento materno, Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2007 .

Anexo XIV

Dossier da AES “Prevenção de acidentes na infância”

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA



GRAÇA CARVALHO | LÚCIA MACEDO | ROSA MARIA MENDES

Janeiro 2011

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA



GRAÇA CARVALHO | LÚCIA MACEDO | ROSA MARIA MENDES

SOB ORIENTAÇÃO DA ENFERMEIRA ALEXANDRA CORREIA

Janeiro 2011

SUMÁRIO

I. Justificação da sua pertinência	4
2. Sessão de Educação para a Saúde	5
3. Referências bibliográficas	6
Anexos	7
Anexo I. Plano da sessão “Prevenção de Acidentes na Infância”	
Anexo II. Apresentação em <i>powerpoint</i> “Prevenção de Acidentes na Infância”	
Anexo III. Folheto informativo distribuído no final da sessão “O transporte de crianças no automóvel”.	
Anexo IV. Checklist “Uma casa segura para as crianças”	

I. Justificação da sua pertinência

No âmbito do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, durante a realização do estágio de Saúde Infantil, a decorrer na UCC da Senhora da Hora, foi-nos proposta a reformulação de uma temática abordada no Projecto de Apoio à Parentalidade “Bem-Me-Quer”, um projecto de Educação Parental: Prevenção de Acidentes na Infância.

Considerando que os acidentes constituem a maior causa de morte, doença e incapacidade nas crianças e jovens em Portugal e no mundo, e que a segurança no espaço doméstico depende fundamentalmente dos pais (Vinagre & Lima, 1998), torna-se essencial dotar os futuros pais de competências para a sua prevenção.

Segundo a WHO (2008), no relatório sobre a prevenção de traumatismos, lesões e ferimentos na criança, se houvesse uma adopção generalizada de medidas de prevenção, a vida de pelo menos 1000 crianças por ano poderia ser poupada. Por cada uma destas vítimas mortais, muitas outras sofrem ferimentos e incapacidade temporária e definitiva (APSI, 2006).

Nos primeiros anos de vida, a criança é um ser curioso por natureza propiciando o perigo para acidentes e intoxicações (APSI & CNE, 2006; Olcina, 2010).

Além disso, a literatura retracts que o ambiente doméstico compreende a estrutura física, o comportamento da família e as actividades desenvolvidas no quotidiano que podem, em determinadas situações, constituir-se factor de risco para as ocorrências de acidentes domésticos. Mais concretamente no contexto familiar, as crianças estão mais vulneráveis a esses acidentes uma vez que as famílias partem da suposição de que conhecem muito bem o ambiente doméstico tornando-os menos vigilantes propiciando a ocorrência dos acidentes domésticos. É necessário que a família, que é culturalmente considerada responsável em promover a segurança e protecção dos seus membros, esteja consciente e concretize medidas de prevenção adequadas (Souza *et al.*, 2005).

O objectivo desta sessão será fornecer informação aos pais de forma a criarem ambientes seguros para que a criança tenha a oportunidade de desenvolver a sua autonomia e sem riscos alertando-os para os possíveis perigos, medidas de prevenção e quando estas falham o que fazer de forma a minimizar os seus efeitos nefastos.

2. Sessão de Educação para a Saúde

Após isto, foi efectuado um plano da sessão (Anexo I) e elaborada a apresentação na qual foram abordados temas como os principais acidentes, estratégias de prevenção e forma de atuação (primeiros socorros) perante um acidente (Anexo II).

No final da sessão foi distribuído um folheto informativo com o título “O transporte de crianças no automóvel” (Anexo III) e uma *check-list* com o material preventivo de acidentes em ambiente doméstico (Anexo IV).

3. Referências bibliográficas

Acker, JI; Cartana, MH: Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. Revista Brasileira de enfermagem, 2000: 64-709; 62 (1)

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). Afogamentos de crianças: Relatório 2005-2006. Disponível em: http://www.apsi.org.pt/24/relatorio_afogamentos_apsi_2005-2006.pdf [10.12.10]

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), Centro Nacional de Embalagem (CNE, 2006). Estudo de casos sobre segurança de brinquedos. Disponível em: http://www.apsi.org.pt/24/estudo_casos_brinquedos_apsi_.pdf [12.12.10].

Olcina MJ. Prevenção primária de acidentes em casas com crianças com idades entre os 1 e 4 anos. Revista electrónica de información para padres de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), 2010; 3(4). Disponível em: http://www.aepap.org/familia/famiped/numeros/vol3/2010_numero_4/2010_numero_4.2por.htm [12.12.10].

Souza LJ, Araújo KL, Catrib AM, Vieira AC. Playing strategies for the prevention of accidents in 4 to 6 years old children. RBPS, 2005; 18(2): 78-84.

Vinagre, MG, Lima, ML: Os acidentes infantis: fatores sócio-cognitivos do comportamento de prevenção dos pais face ao risco de intoxicação da criança no espaço doméstico. Análise Psicológica, 1998; 1 (XVI): 41-48

World Health Organization. Comunicado de Imprensa: Mais de 2000 crianças morrem por dia na sequência de acidentes e pelo menos metade poderia ser salva. Disponível em: http://www.unicef.pt/18/08_12_10_pr_child_injury.pdf [12.12.10].

ANEXOS

ANEXO I
PLANO DA SESSÃO

PLANO DE SESSÃO

Grupo-alvo: Casais a frequentarem o Curso de Preparação para a Parentalidade

Tema: Prevenção de Acidentes na Infância

Local: Biblioteca do Centro de Saúde da Senhora da Hora

Formadoras Graça Carvalho, Lúcia Macedo e Rosa Maria Mendes

Sob orientação de: Enfermeira Alexandra Correia

Data: 27 e 28 de Janeiro de 2011

Objectivos: Dotar os pais de competências para a prevenção de acidentes na 1ª infância

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	5 minutos	- Apresentação dos formadores	Dinâmica pergunta-resposta	
DESENVOLVIMENTO	40 minutos	- Abordar os principais acidentes na 1ª Infância (Queimaduras, Quedas, Asfixia, Acidentes rodoviários, Afogamento, Intoxicações) - Actuações preventivas face aos principais acidentes - Actuação em situação de acidente	- Apresentação em PowerPoint	Receptividade Feedback
Conclusão	15 minutos	Reforço da informação a reter		Receptividade Feedback

ANEXO II

APRESENTAÇÃO EM *POWER-POINT* DA SESSÃO “PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA”

Prevenção de Acidentes na Infância



Projecto Bem-Me-Quer
Promoção da Parentalidade

Curso Pós-Licenciatura Especialização Saúde Infantil e Pediatria
Graça Carvalho, Lúcia Macedo, Rosa Maria Mendes
Sob orientação da Enfermeira Alexandra Correia, UCC Senhora da Hora



Sumário

- Ⓢ Definir acidente;
- Ⓢ Conhecer os diferentes tipos de acidentes nas crianças;
- Ⓢ Reflectir sobre a causa dos acidentes na 1ª infância;
- Ⓢ Identificar estratégias para evitar os acidentes.



1. Definição de acidente



"Acontecimento independente da vontade humana (não intencional), provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental" (OMS)



2. Acidentes mais comuns



...|Queimaduras

- Deixe **correr primeiro a água fria e só depois a água quente**, até obter a temperatura adequada;
- **Teste a temperatura da água do banho do bebé com o cotovelo ou o dorso da mão**;
- **Não ingira / transporte líquidos quentes com o bebé ao colo**;
- **Coloque os objectos quentes fora do alcance do bebé**;
- **Verifique a temperatura dos alimentos** (atenção ao microondas).



...|Queimaduras



- **Evite toalhas penduradas ao alcance do bebé**;
- **Não passe a ferro junto do bebé, não deixe o ferro ligado quando estiver ausente**;
- **Mantenha a criança afastada da cozinha, lareiras e aquecedores. Alerta-a que está quente, e poderá queimar-se**



... | Quedas



- Não deixe o bebê sem vigilância;
- Não deixe que as crianças peguem nos bebês ao colo;
- Use roupa e sapatos confortáveis;
- Use sempre o cinto de segurança quer no carrinho de passeio quer no automóvel;



... | Quedas

- Proteja o acesso a escadas com cancelas e fechos;
- Suba as grades da cama quando o bebê está lá (altura mínima das grades 60 cm, intervalo de 6 cm)
- Utilize o cinto de segurança na cadeira de alimentação e encoste-a à parede
- Atenção aos fios (telefone, aparelhos de som, candeeiros, aquecedores)
- Evite o uso de "aranhas" ou "voadores"



... | Asfixia



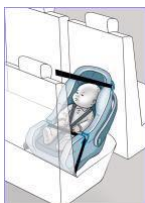
- ▣ Coloque o bebê com a cabeça posicionada de modo a respirar bem;
- ▣ Não use almofada até aos 12 meses;
- ▣ Não tape o bebê com fraldas ou cobertores;
- ▣ A chupeta não deve ter cordão ou ser curto;
- ▣ O bebê deve dormir sozinho;
- ▣ Não use adereços perigosos (brincos, fios, gravatas, lenços, fitas);
- ▣ Adequie a consistência dos alimentos à idade e maturidade da criança;



... | Acidentes rodoviários



O bebê tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada o que o torna mais susceptível a lesões em caso de embate



- ✓ Respeite normas de segurança rodoviária;
- ✓ Use sempre cinto de segurança e transportar o bebê na cadeirinha (certificada e apropriada à idade, peso e altura da criança, bem como à viatura)



... | Acidentes rodoviários

GRUPO	PESO	IDADE	POSIÇÃO DA CADEIRA	LUGAR
0+	Até 13 kg	Até 18-24 meses	VT <small>Até o mais tarde possível</small>	BF ou BT
I	9 – 18 kg	1 – 4 Anos	VT ou VF	BF ou BT
II	15 – 25 kg	3 – 6 Anos	VF	BT
III	22 – 36 kg	5–12 Anos	VF	BT



... | Afogamento

- ✓ Não deixe o bebé sozinho na banheira ou acompanhado por uma criança;
- ✓ Vigie sempre na proximidade de piscinas ou lagos;
- ✓ Pouca quantidade de água é suficiente para afogar (10 cm);
- ✓ Não deixe bacias ou baldes com água ao alcance da criança.



... | Intoxicação



- Ⓢ **Guarde os medicamentos e os produtos de limpeza fora do alcance das crianças;**
- Ⓢ **Não reutilize garrafas para guardar produtos de limpeza;**
- Ⓢ **Prefira embalagens com tampa de segurança;**
- Ⓢ **Não diga à criança que os medicamentos ajudam a crescer ou que a tornam mais forte**



... | Electrocussão

- ✓ **Utilize tomadas de segurança ou proteja-as com dispositivos próprios;**
- ✓ **Proteja os fios danificados.**



3. Estratégias preventivas de acidentes



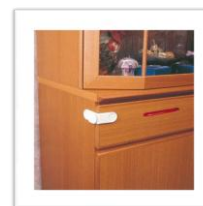
... O bebé em casa...

- ☉ Quarto do Bebé
- ☉ Sala de Estar
- ☉ Cozinha
- ☉ Casa de Banho
- ☉ Garagem
- ☉ Jardim



1 | Mobiliário

- ⌘ **Fixe bem os móveis, quadros e outros elementos decorativos à parede;**
- ⌘ **Coloque fechos de segurança nas gavetas;**
- ⌘ **Coloque as prateleiras num lugar alto;**
- ⌘ **Utilize tintas não tóxicas;**
- ⌘ **Proteja os cantos sobretudo os que se encontram ao nível da cabeça da criança.**



2 | Janelas

- ✦ A altura em relação ao chão deverá ser no mínimo 90 cm;
- ✦ Instale um fecho de segurança;
- ✦ Proteja as janelas com dispositivos próprios que limitem uma abertura apenas de 10 cm;
- ✦ Não coloque debaixo da janela objectos que a criança possa subir



3 | Parque e Voadores

- **Parque:** espaçoso, não escalável
- **Voadores:**
 - Não facilitam o andar
 - Desaconselhados (risco de quedas e traumatismos)



4 | Portas

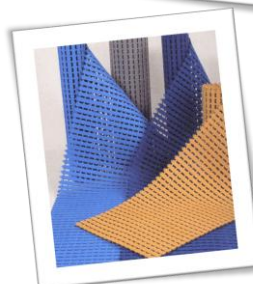


Utilize sistemas de segurança!!



5 | Chão

- Antiderrapante e fácil de limpar
- Mantenha-o sempre limpo e arrumado
- Use redes antiderrapantes por baixo dos tapetes



6 | Brinquedos



- **Despertam a imaginação e fantasia dos mais novos**
- **É a brincar, que a criança começa a descobrir-se a si própria e a estabelecer uma relação com o mundo que a rodeia**



6 | Brinquedos



- ✦ **Grandes/médias dimensões** para não engolir;
- ✦ **Resistentes;**
- ✦ **Homologados pelas normas da CE e adaptado à idade da criança;**
- ✦ **Ser de borracha e não de plástico;**
- ✦ **Laváveis e inquebráveis;**
- ✦ **Manter longe da criança objectos pequenos ou pontiagudos.**



7|Varandas

- ✓ Proteja-as com grades (altura mínima de 110 cm);
- ✓ Dispostas verticalmente para dificultar que as crianças as trepem ou passem através delas (10cm entre cada).



8|Escadas

- ✓ Proteja a parte superior e inferior das escadas com cancelas bem fixas e de difícil abertura;
- ✓ Altura mínima das cancelas: 65 cm



Sala

Ⓢ Mantenha fora do alcance da criança:

- objectos decorativos pequenos, que partam com facilidade;
- bebidas alcoólicas;
- televisor, a aparelhagem ou qualquer outro aparelho eléctrico

Ⓢ Feches as portas dos móveis à chave;

- Ⓢ Proteja com gradeamento todas as fontes de aquecimento



Cozinha

- ✓ **Mesa deverá ser sólida e estável, sem cantos pontiagudos;**
- ✓ **Evite toalhas ou objectos soltos que possam servir de suporte para a criança se pôr de pé;**
- ✓ **Não deixe recipientes quentes, pratos ou toalhas junto à berma;**
- ✓ **Evite colocar a cadeirinha de comer ou alcofa sobre os móveis;**
- ✓ **Guarde objectos cortantes;**
- ✓ **Mantenha uma boa ventilação;**



Fogão

- Coloque os cabos para dentro;
- Evite cozinhar com o bebé ao colo;
- Atenção e vigilância quando o forno está a ser usado;
- Guarde os fósforos e isqueiros fora do alcance da criança.



Cozinha



Electrodomésticos

- ✓ **Desligue e arrume** os aparelhos depois de utilizar;
- ✓ **Ensine** as crianças a **nunca mexer em aparelhos eléctricos com as mãos húmidas.**



Cozinha

Casa de banho

- ✓ Coloque um **tapete antiderrapante** na banheira;
- ✓ **Esvazie a banheira** após cada utilização;
- ✓ **Guarde as tampas** (banheira, lavatório e bidé);
- ✓ **Mantenha a tampa da sanita para baixo.**



Só para lembrar...

Protecção Cama Bebé



Barreira de Segurança



Fraldário



Parque



Só para lembrar...

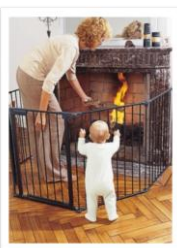
Protecção para Armários e Cantos

Protecção para Tomadas Eléctricas



Só para lembrar...

Protecção de Lareira



Redutor de Sanita



A criança fora de casa ...



A criança fora de casa ...

Jardim

- ✓ Aplique **protector solar**;
- ✓ Verifique o **estado de balanços e escorregas**;
- ✓ Instale um **portão exterior com fecho automático**.



Jardim

- ✓ Elimine plantas venenosas (dedaleira, figueira do inferno ou estrâmonio), irritantes ou com espinhos;
- ✓ Proteja os canteiros com rede;
- ✓ Guarde os utensílios e produtos de jardinagem;



Garagem

- ✓ Guarde ferramentas e substâncias tóxicas;
- ✓ Deixe os aparelhos eléctricos desligados e guardados;
- ✓ Deixe as portas do carro fechadas, as rodas bloqueadas e sem a chave na ignição;
- ✓ Assegure-se de que não existem crianças por perto antes de iniciar a marcha;
- ✓ Feche a porta da garagem.



Piscina



- ✓ Nunca deixe a criança brincar na água ou nadar sozinho
- ✓ Esperar 2 a 3 horas após refeição para tomar banho;
- ✓ Use braçadeiras; evite o uso de bóias de cintura
- ✓ Rodeie a piscina com grade (altura mínima de 60 cm) e porta (com fecho por dentro)



Brincar com os Animais



Brincar com os Animais

Eduque a criança a:

- Respeitar a área de liberdade dos animais;
- Não maltratá-los ou puxar-lhes a cauda;
- Evitar incomodá-los enquanto dormem, comem ou quando a fêmea se encontra com as suas crias;
- Não os excitar demasiado durante as brincadeiras;
- Não aproximar muito perto a sua cara da do animal.



Os animais são imprevisíveis e qualquer gesto mal interpretado pode despertar a sua agressividade podendo causar graves acidentes.



Em caso de emergência...



...Queimaduras

- ✓ Aplique **água fria / gelo** - melhor maneira de diminuir a temperatura local;
- ✓ Retire o vestuário que possa estar a cobrir o local;
- ✓ Vestuário preso à pele só é retirado no serviço de urgência, impedindo que a pele seja arrancada;
- ✓ **Leve a criança** o mais rapidamente possível a um **serviço de urgência**;
- ✓ **Não coloque** pomadas, azeite, pasta dos dentes, manteiga.



...Intoxicação

- ✓ Contacte CIAV - 808 250 143;
- ✓ **Encaminhe a criança para os Serviços de saúde adequados**, levando todas as informações possíveis;
- ✓ **Leve o frasco do produto para o hospital.**



...Cortes



- Lave e desinfecte o corte;
- Pressione durante alguns minutos para parar a hemorragia;
- Coloque penso compressivo;
- No caso de corte muito profundo, grande ou que continue a sangrar, dirija a um serviço de urgência.



...Electrocussão

- ✓ Corte a corrente no disjuntor ou afaste a criança da tomada ou fio, tocando-lhe com um objecto não condutor de electricidade (madeira, plástico)
- ✓ Atenção - não se precipite a ir para cima da criança, pode também ficar electrocutado
- ✓ Chamar INEM



...Asfixia



**Se não
resultar**

Abra a boca da criança e tente tirar o corpo estranho, usando o **dedo indicador em forma de pinça**, apenas se visualizarmos o objecto, numa única tentativa

- Ajude a criança a curvar-se, sentada
- Dê-lhe algumas palmadas nas costas
- Encoraje-a a tossir



...Asfixia

CRIANÇAS ATÉ 1 ANO

DAR ATÉ 5 PANCADAS NAS COSTAS:

- Criança decúbito ventral e cabeça mais baixa que tronco;
- 5 pancadas secas entre as omoplatas;

SE NÃO RESULTAR:

- Compressões torácicas

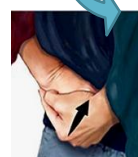


...Asfixia

CRIANÇAS MAIORES, CONSCIENTES

SE AS PANCADAS NAS COSTAS NÃO FOREM EFICAZES
PODEM SER USADAS COMPRESSÕES ABDOMINAIS

- Posicione-se atrás da vítima envolva-a com ambos os braços (zona inferior do esterno)
- Cerre o punho de uma das mãos e a outra espalmada
- 5 impulsos secos para cima em direcção diafragma até libertação do objecto



Obrigada!

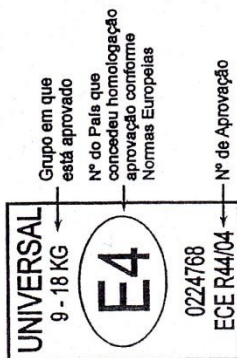


ANEXO III

FOLHETO INFORMATIVO “O TRANSPORTE DE CRIANÇAS NO AUTOMÓVEL”

Verificação da etiqueta

- etiqueta, garante-nos se a cadeira está aprovada de acordo com a norma internacional mais recente, assim:
- número de aprovação deve começar pelos algarismos "04".
- deve dizer "Universal", (utilizada na maior parte dos automóveis).
- o peso da criança deve estar dentro do intervalo indicado.



- antes de proceder à sua aquisição verificar se a cadeira se adapta bem ao automóvel, à criança e tem um travão de cinto incluído na sua estrutura.
- verificar se a cadeira está indicada para a idade, altura e peso da criança.
- uma cadeira correctamente instalada, deve estar bem fixa ao automóvel, sem qualquer folga e não deve conseguir abaná-la.
- verificar se os cintos internos da cadeira são ajustáveis em altura, para subirem à medida que a criança cresce.
- verificar se os cintos ficam bem ajustados à criança (só 1 dedo de folga).
- as cadeirinhas devem ser instaladas no banco raseiro, equipado com um cinto de segurança de 3 pontos (preferencialmente ao meio).

de acordo com um recente estudo da Unicef apenas a Coreia do Sul apresenta uma taxa de mortalidade Infantil (entre 1-14 anos) provocada por acidentes de viação, superior a Portugal.

Colaborar na redução/minimização do nº de crianças, vítimas de acidentes de automóvel, através da informação da utilização das cadeirinhas (sistemas de retenção de crianças), é o nosso compromisso.

Os sistemas de retenção impedem que os passageiros embatem no interior do automóvel ou sejam projectados para o exterior. Diminuindo assim o risco de ocorrência de traumatismos cranianos, cervicais, fracturas ou outras lesões.

Em caso de acidente as cadeirinhas podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças!

A maioria acontece com velocidades inferiores a 45K/m em percursos rotineiros e descontraídos.

Cerca de 60% das crianças entre os 0 e os 12 anos, viajam no automóvel sem qualquer tipo de protecção!

Cerca de 50% dos dispositivos de retenção não são correctamente utilizados!

Substituir **SEMPRE** a a cadeira em caso de acidente.

PROTEJA O SEU FILHO UTILIZANDO SEMPRE A CADEIRINHA ADEQUADA

O Transporte de Crianças no Automóvel



LS MATOSINHOS EPE

Cadeiras dos 0 - 13 Kg (Grupo 0+)

Devem ser instaladas no banco de trás, (excepcionalmente à frente), de preferência no assento do meio, se este tiver cinto de segurança com 3 pontos de apoio.

Utilizam-se sempre voltadas para trás. Indicadas para recém-nascidos e bebés pequenos; nesta cadeira o bebé não viaja demasiado direito.

De preferência utilizar para viagens curtas e médias.

Mudar a cadeira, quando o topo da cabeça, passar o topo do encosto.



Cadeiras dos 0 - 18 Kg (Grupo 0+/I)

Instaladas no banco de trás, (excepcionalmente à frente).

Podem ser instaladas voltadas para a frente ou para trás, normalmente são difíceis de instalar correctamente voltadas para a frente.

Mesmo que a criança comece a bater com os pés no banco do automóvel ou vá com as pernas um pouco dobradas continua a ser mais seguro utilizar a cadeira voltada para trás.

Nestas cadeiras a criança viaja completamente sentada. Não são aconselhadas a crianças com menos de 6 a 9 meses,

A criança deverá viajar voltada para trás até aos 24 meses.



Cadeiras dos 9 - 36 Kg ou 15 - 36 Kg

(Grupo I / III / III e III / IIII)

São cadeiras de apoio onde o cinto de segurança do automóvel segura a criança e a cadeira simultaneamente.

Indicadas a partir dos 18 a 24 meses, dependendo da altura da criança.



Deve ter um guia para a faixa diagonal do cinto, ajustável em altura para que seja possível ajustar o cinto ao ombro da criança.

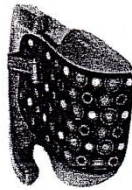
O cinto deve passar a meio do ombro da criança e sobre a bacia.

BANCOS ELEVATÓRIOS

Grupo IIII

Aos 7/8 anos pode utilizar apenas o banco elevatório se o cinto não incomodar no pescoço.

Não deixar de usar o banco elevatório antes de a criança ter 1,5 m. de altura, 12 anos ou 36 Kg.



Mudar a cadeira no grupo I/II, quando o pavilhão auricular passar o topo do encosto.

Alcofas, Sim ou Não?

As alcofas para automóveis não são aconselháveis!

Mesmo as consideradas de Transporte

O bebé não vai bem amparado

A cabeça permanece solta

Os choques laterais são mais perigosos

Até quando um sistema de retenção?

Até a criança ter:

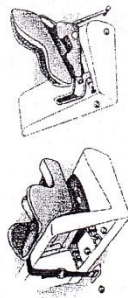
1,5 m de altura

OU 36Kg.

Isto ocorre normalmente por volta dos 12 anos de idade.

Sistema Isofix

Este sistema não precisa da utilização do cinto de segurança aquando da instalação da cadeira no carro. A cadeira fixa-se de forma simples ao banco de trás do automóvel.



Vantagens:

Maior retenção em caso de colisão.

A cadeira está perfeitamente presa ao banco de trás do automóvel.

Instalação simples e rápida.

Riscos mínimos de erro no momento da instalação.

ANEXO IV

CHECKLIST “UMA CASA SEGURA PARA AS CRIANÇAS”

CHECKLIST “UMA CASA SEGURA PARA AS CRIANÇAS”

DIVISÃO	EQUIPAMENTO	PRESENTE
SALA	Protectores de tomadas	
	Rede antiderrapante para tapetes	
	Protectores de cantos	
	Protecção para lareira	
	Detectores de fumo	
	Fecho de segurança para gavetas e armários	
	Cancelas nos acessos às escadas, com altura mínima de 65 cm e barras verticais separadas por 6 cm	
	Protecção dos espaços entre barras do corrimão da escada se superiores a 6 cm	
	Bloqueio de fecho das portas	
COZINHA	Detectores de fumo	
	Isqueiros com bloqueio de chama	
	Protectores ou bloqueador dos bicos do fogão	
	Barreira protectora do fogão	
	Fechos de segurança nos armários inferiores	
	Fechos de bloqueio nas gavetas	
	Cadeiras de refeição com cinto de 5 pontos de segurança	
	Protectores de tomadas	
Extintor		
CASA DE BANHO	Armário de medicamentos ou outros produtos com fecho de segurança	
	Tapete antiderrapante na banheira	
	Torneiras termorreguladoras	
	Termómetro para água da banheira	
	Protecção de torneiras convencionais	
QUARTO	Fecho de bloqueio da tampa da sanita	
	Berço com fundo rígido	
	Cama de grades com barras verticais distanciadas a menos de 6 cm e estrado a 60 cm para bebés maiores	
	Barreira de protecção	
	Protectores de cantos	
	Protectores de tomadas	
VARANDAS E JANELAS	Luz de presença	
	Vidros de segurança nas portas e janelas ou película autocolante para evitar estilhaços	
	Fechos de segurança nas portas com abertura mínima de 6 cm	
PISCINA	Gradeamento ou vedação com altura mínima de 1,10 m	
	Gradeamento ou vedação com altura mínima de 1,10 m	
JARDIM E TERRAÇO	Superfície do parque em areia, gravilha fina ou material sintético	
	Equipamento, como baloiços e escorregas, em borracha ou material que minimize embate	
	Escorrega até 3 m, apoios laterais com altura mínima de 10 cm e barra no topo para evitar quedas	
	Baloiços com assentos a cerca de 40 cm do solo e argolas das correntes com abertura inferior a 8 mm	
GARAGEM	Armário fechado com ferramentas e produtos perigosos	
	Espaço bem ventilado	

Adaptado de “Lista da casa segura para crianças “ da DecoProteste

Anexo XV

Folheto “ Sexualidade responsável: informa-te, protege-te”

PROFISSIONAIS A QUEM
PODES RECORRER

Apoio Técnico:

Enfermeiros

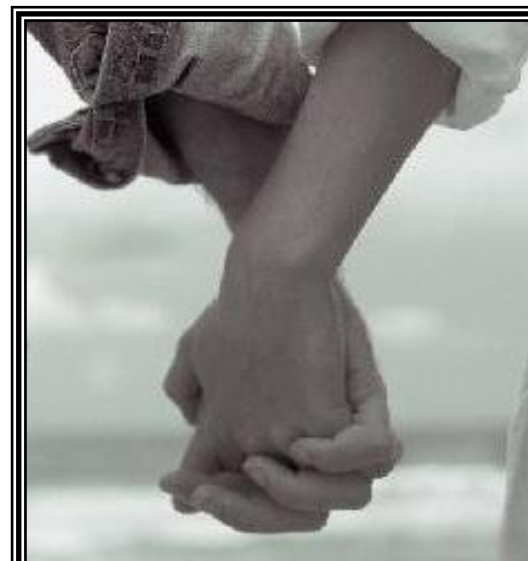
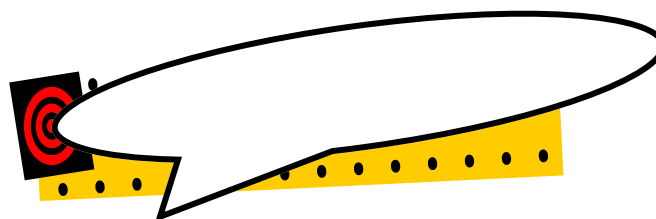
Médicos

Assistente social

Psicóloga



O TEU CENTRO DE
SAÚDE



**Sexualidade
Responsável**

Informa-te

Proteje-te

CONTACTOS ÚTEIS

APF (Associação para Planeamento da Família) – Porto

Rua Arnaldo Gama, nº 64 - 2º
4000 - 049 Porto
Tel.: 222 085 869
E-mail: apfnorte@clix.pt

CAD Centro de Aconselhamento e Detecção precoce do VIH/SIDA – Porto

Rua da Constituição nº 1656
4250 - 208 Porto
Tel.: 228 317 518
E-mail: cadporto@srsporto.min-saude.pt
Horário: 2ª e 4ª das 14h às 20h
5ª das 8.30h às 20h
3ª e 6ª das 8.30h às 14h

CAJ

(Centros de Atendimento a Jovens)

Maternidade Júlio Dinis

Lg Maternidade Júlio Dinis
4050 - 371 Porto
Tel.: 226 063 137
Horário: 2ª, 4ª e 5ª das 13h às
3ª das 9h às 13h
6ª das 13:30h às 15:30h



Casa da Juventude de Matosinhos

Av. D. Afonso Henriques, 487
4450-014 Matosinhos
Tel.: 229 398 090
Horário: 2ª e 5ª das 16h às 19.30h

Casa da Juventude de Santa Cruz do Bispo

Rua do Chouso 277— 301
4455-803 Santa Cruz do Bispo
Horário: 6ª das 16h às 19:30

Casa da Juventude de S. Mamede de Infesta

Rua Silva Brinco, Nº 95
4465-266 SMI
Horário: 4ª das 16h às 19:00

Internet

www.apf.pt

Linha SIDA – 800 266 666

Horário: 2ª a 6ª das 10h às 20h

Sábado das 14h às 20h

“Sexualidade em linha” – 800 222 003

E-mail: sexualidade@ipj.pt

Horário: 2ª a 6ª das 12h às 19h

Sábado das 10h às 17h

“Linha da sexualidade segura”

800 202 120

Atendimento 24h

Sexualidade em atendimento (APF Porto)

222 001 798

Centro de Saúde

Consulta de Planeamento Familiar

Centro de Saúde de Matosinhos

Tel: 22 0914600

Centro de Saúde da Senhora da Hora

Tel: 22 9568500

Centro de Saúde de S Mamede Infesta

Tel: 22 9051400

Centro de Saúde de Leça da Palmeira

Tel: 22 9980000

Anexo XVI

Dossier da AES “Quando a conversa sobre sexualidade chega à escola”

Quando a conversa sobre **SEXUALIDADE** chega à escola



GRAÇA CARVALHO | LÚCIA MACEDO | ROSA MARIA MENDES

Janeiro 2011

Quando a conversa sobre **SEXUALIDADE** chega à escola



GRAÇA CARVALHO | LÚCIA MACEDO | ROSA MARIA MENDES
SOB ORIENTAÇÃO DAS ENFERMEIRAS ALEXANDRA CORREIA E GRAÇA FONSECA

Janeiro 2011

Sumário

1. Justificação da sua pertinência	4
2. Acção de Educação para a Saúde	5
3. Referências bibliográficas	6
Anexos	7
Anexo I. Questionário aplicado aos alunos da Escola Secundária do Padrão da Légua	
Anexo II. Resultados do questionário aplicado aos alunos da Escola Secundária do Padrão da Légua.	
Anexo III. Planeamento da sessão “Quando a conversa sobre sexualidade chega à escola”	
Anexo IV. Apresentação em <i>powerpoint</i> “Quando a conversa sobre sexualidade chega à escola”	
Anexo V. Vídeo “Valores em Jogo” e Jogo “Quem quer ter uma sexualidade saudável”	

I. Justificação da sua pertinência

No âmbito do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, durante a realização do estágio de Saúde Infantil, a decorrer na UCC da Senhora da Hora, foi-nos proposta a elaboração de acções de educação para a saúde subordinadas ao tema “Sexualidade na adolescência”, destinadas a alunos do 10º ano de escolaridade na Escola Secundária do Padrão da Légua.

Este desafio foi prontamente aceite pelo grupo devido à necessidade de intervenção na população escolar nomeadamente, os adolescentes uma vez que a fase de desenvolvimento que estes atravessam é caracterizada por ser um tempo de exploração, descobertas e escolhas podendo desencadear comportamentos que podem pôr em risco a saúde e a vida do jovem. São vários estudos que demonstram os comportamentos de risco adoptados pelos jovens em relação à sua sexualidade que estão associados com a morbilidade e mortalidade na idade adulta (Kinsella *et al.*, 2007; Camargo & Ferrari, 2009).

A adolescência “é um período de transição entre a infância e a idade adulta, de rápida maturação física, cognitiva, social e emocional” (Hockenberry *et al.*, 2006). As alterações hormonais que caracterizam o início da puberdade provocam alterações corporais e de pensamento que levam a sentimentos de ambivalência e de descoberta (de si e do que o rodeia) e à construção da identidade pessoal, psicossocial e sexual. Isto torna o adolescente vulnerável no que diz respeito a conhecimentos e comportamentos de risco sobre os quais é fundamental intervir (Camargo & Ferrari, 2008) devendo a educação sexual ser introduzida antes da manifestação de comportamentos sexuais (Ramiro & Matos, 2008).

Considerando que a escola é um espaço onde os adolescentes passam grande parte do seu tempo, e onde têm contacto com sensações sobre os afectos, amizade e intimidade com os pares, torna-se um local privilegiado para investir na educação sexual (Ramiro & Matos, 2008).

Por este facto, as acções de educação para a saúde foram realizadas nas escolas.

Além disso, no processo formativo e educativo da população escolar, a Educação Sexual é também uma disposição legal consagrada na Lei nº60/2009, regulamentada pela Portaria nº 196-A/2010 de 9 de Abril.

Efectuar educação sexual é falar de afectos e de sexualidade: fornecer informação adequada (risco e consequências de comportamentos de risco) que promovam no adolescente a tomada de decisão para uma sexualidade informada e saudável onde o enfermeiro é o profissional mais habilitado para o fazer.

2. Acção de Educação para a Saúde

Após o desafio lançado, foi efectuado o diagnóstico da situação com a aplicação de um questionário aos alunos a frequentam o 10º ano de escolaridade na Escola Secundária do Padrão da Légua onde constavam perguntas de verdadeiro e falso e questões de escolha múltipla (Anexo I) onde após tratamento de dados constatamos algumas áreas merecedoras de intervenção (Anexo II).

Após isto, foi efectuado um planeamento da sessão (Anexo III) e dado início à elaboração da apresentação em que foram abordados diversos temas como as dimensões da sexualidade, principais características da adolescência, alterações corporais, recursos de apoio ao jovem disponíveis na comunidade, métodos contraceptivos, riscos de uma actividade sexual desprotegida, métodos contraceptivos e principais infecções sexualmente desprotegidas recorrendo a apresentação em formato de vídeo “Valores em Jogo” (Anexo IV), *power-point* “Quando a conversa sobre sexualidade chega à escola” (Anexo V) e dinâmicas de pergunta-resposta e de grupo, ao longo da sessão.

Para avaliação de conhecimentos optámos pela aplicação de um jogo intitulado “Quem quer ter uma sexualidade saudável” onde são colocadas 15 questões onde o aluno/ grupo escolhe uma de entre 4 opções, progredindo no nível de jogo (Anexo VI).

3. Referências bibliográficas

Camargo, EA, Ferrari RA. Adolescents: Knowledge about sexuality before and after participating in prevention workshops. *Ciência & Saúde Colectiva*, 2009; 14(3): 937-46.

Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein M. 2006. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. 1344pps. ISBN 978-85-352-1918-0.

Kinsella EO, Crane LA, Ogden LG, Stevens-Simon C. Characteristics of adolescent women who stop using contraception after use at first sexual intercourse. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2007; 20: 73-81.

Ramiro L, Matos, MG. Perceptions of portuguese teachers about sex education. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(4): 684-92;

**ANEXO I. QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ALUNOS DA
ESCOLA SECUNDÁRIA DO PADRÃO DA LÉGUA**

NAS SEGUINTES QUESTÕES ESCOLHE AS QUE MAIS SE ADEQUAM AO TEU CASO:

1. A quem, na tua opinião, se deve recorrer para pedir aconselhamento acerca do método contraceptivo?

- | | |
|--------------------|---|
| a. Centro de saúde | b. Consulta privada (ginecologista) |
| c. Pais | d. Amigos |
| e. Outros | f. Centro de Atendimento a Jovens (CAJ) |

2. O que fazes quando tens necessidade de esclarecer alguma dúvida ou tomar uma decisão relacionada com a sexualidade? Assinala as opções que achares adequadas.

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| a. Falas com os teus pais | b. Falas com os teus irmãos |
| c. Falas com os teus amigos | d. Consultas um profissional de saúde |
| e. Consultas a internet | f. Consultas livros da especialidade |
| g. Outro | |

3. Quais dos seguintes temas gostarias de ver abordados na sessão, de um modo mais específico?

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| a. IST's | b. Sistema Reprodutor |
| c. Métodos contraceptivos | d. Orientação Sexual |
| e. A primeira vez... | f. Recursos disponíveis na comunidade |
| g. Gravidez na adolescência | h. Afectividade |
| i. Outro _____ | |

4. Das seguintes alíneas indica qual (ais) a(s) que consideras IST's:

- | | | |
|------------------------|---------------------------|--------------|
| a. Sífilis | b. Candidíase | c. Gonorreia |
| d. Hepatite B | e. SIDA | f. HPV |
| g. Todas as anteriores | h. Nenhuma das anteriores | |

**ANEXO II. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO
AOS ALUNOS DA ESCOLA SECUNDÁRIA DO PADRÃO DA
LÉGUA**

AFIRMAÇÕES	Verdadeira (n/%)	Falsa (n/%)
Sexualidade é sinónima de relação sexual.	120 (100)	0 (0)
A sexualidade implica ternura e intimidade.	113 (94)	7 (6)
A sexualidade não influencia a nossa saúde física e mental.	16 (13)	104 (87)
A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.	118 (98)	2 (2)
As infecções sexualmente transmissíveis (IST's) são doenças contagiosas, cuja forma de transmissão é através das relações sexuais protegidas.	0 (0)	120 (100)
A pílula permite prevenir as IST's.	120 (100)	0 (0)
O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada.	120 (100)	0 (0)
O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.	49 (41)	71 (59)
Não são necessários cuidados na colocação do preservativo.	120 (100)	0 (0)
O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.	73 (61)	37 (39)
A contraceção de emergência pode ser utilizada até 48 após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar.	43 (36)	77 (64)
A contraceção de emergência encontra-se disponível no Centro de Saúde, nas farmácias e nos centros de Apoio a jovens.	120 (100)	0 (0)
O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST.	120 (100)	0 (0)
Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais, sem preservativo, com uma pessoa infectada.	120 (100)	0 (0)
Se o (a) jovem quiser marcar uma consulta de Planeamento Familiar pode fazê-lo com o Enfermeiro de Família, Médico de Família ou Administrativa.	115 (96)	5 (4)
Os jovens podem obter informações sobre a sexualidade e/ou métodos contraceptivos gratuitos nos Centros de saúde (consulta de planeamento familiar) e nos Centros de apoio a Jovens (CAJ).	120 (100)	0 (0)
As consultas de planeamento familiar e Saúde Juvenil estão sujeitos a sigilo profissional.	100 (84)	20 (16)
Total (n ° de entrevistados)	120	

Tabela 1. Distribuição numérica dos recursos utilizados para aconselhamento acerca do método contraceptivo

Pergunta 1. A quem, na tua opinião, se deve recorrer para pedir aconselhamento acerca do método contraceptivo?	Nº de respostas
Centro de saúde	79
Consulta privada (ginecologista)	7
Pais	33
Amigos	25
Centro de Atendimento a Jovens (CAJ)	19
Outros	40
Total de questionários	120

Gráfico 1. Recursos utilizados para aconselhamento acerca do método contraceptivo

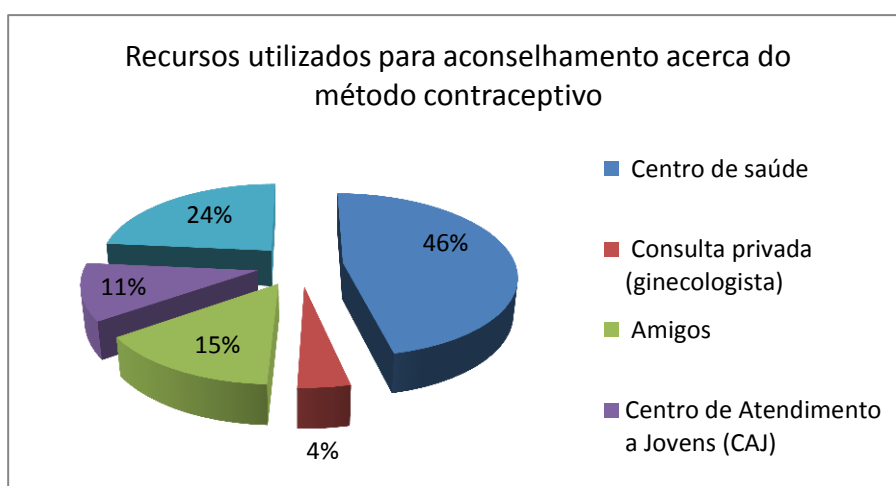


Tabela 2. Distribuição numérica dos recursos utilizados para esclarecimento de dúvidas ou tomar uma decisão relacionada com a sexualidade

Pergunta 2. O que fazes quando tens necessidade de esclarecer alguma dúvida ou tomar uma decisão relacionada com a sexualidade?	Nº de respostas
Falas com os teus pais	52
Falas com os teus irmãos	6
Falas com os teus amigos	21
Consultas um profissional de saúde	46
Consultas a Internet	30
Consultas livros da especialidade	12
Outro	9
Total de questionários	120

Gráfico 2. Recursos utilizados para esclarecimento de dúvidas ou tomar decisão relacionada com a sexualidade

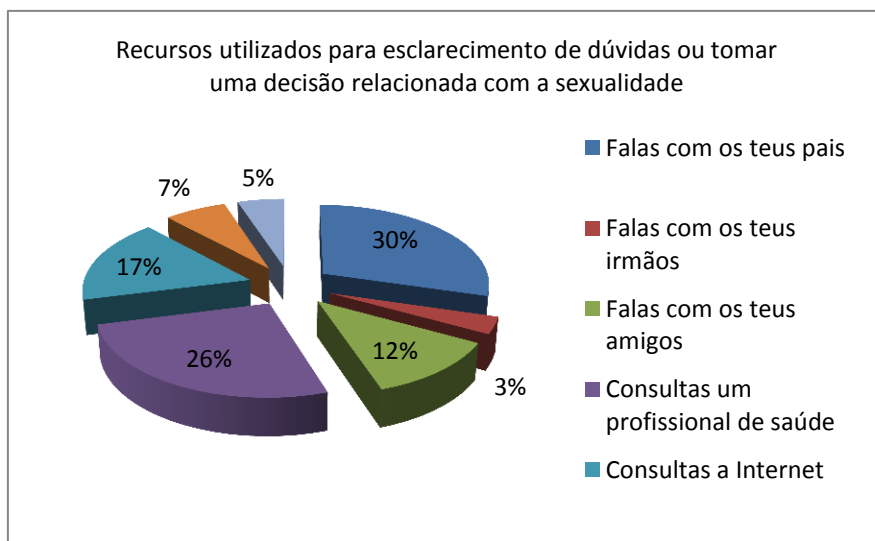


Tabela 3. Distribuição numérica sobre os temas para serem abordados na sessão

Pergunta 3. Quais dos seguintes temas gostarias de ver abordados na sessão, de um modo mais específico?	Nº de respostas
IST's	90
Sistema Reprodutor	0
Métodos contraceptivos	49
Orientação Sexual	25
A primeira vez...	70
Recursos disponíveis na comunidade	12
Gravidez na adolescência	35
Afectividade	23
Outro	0
Total de questionários	120

Gráfico 3. Temas escolhidos para serem abordados na sessão

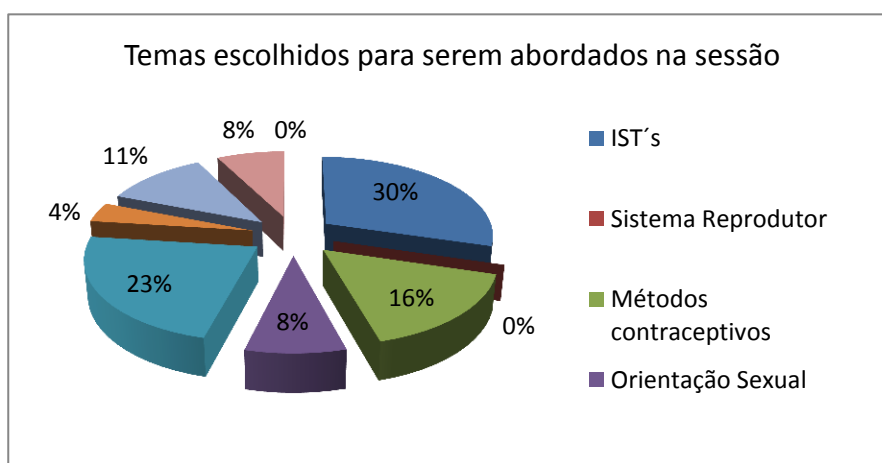
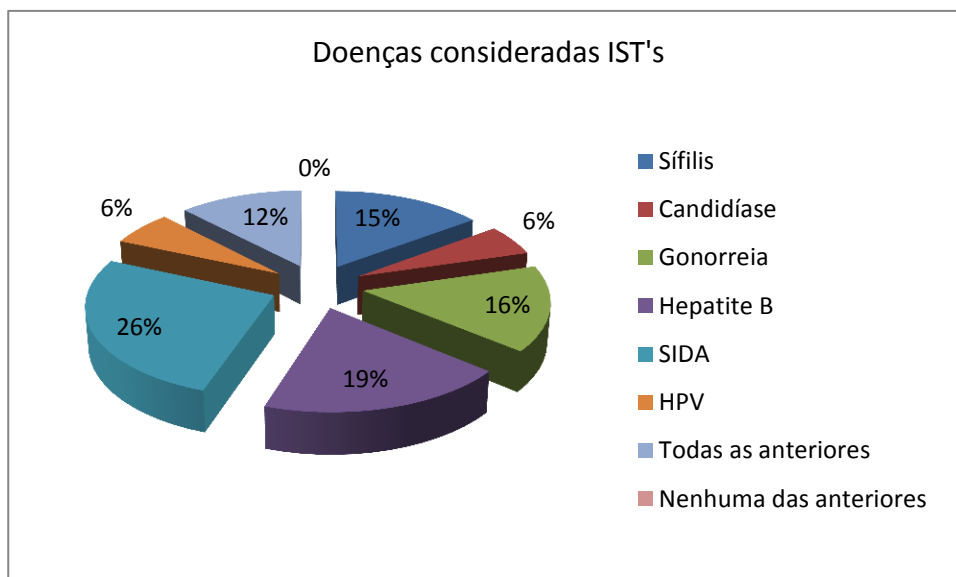


Tabela 4. Distribuição numérica sobre as doenças que consideram ser IST's

Pergunta 4. Qual (ais) a (s) que consideras IST's?	Nº de respostas
Sífilis	45
Candidíase	17
Gonorreia	47
Hepatite B	58
SIDA	80
HPV	19
Todas as anteriores	37
Nenhuma das anteriores	0
Total de questionários	120

Gráfico 4. Doenças consideradas IST's



ANEXO III. PLANEAMENTO DA SESSÃO “QUANDO A CONVERSA SOBRE SEXUALIDADE CHEGA À ESCOLA”

Plano de Sessão

Grupo-alvo: Alunos que frequentam o 10º ano na escola secundária do Padrão da Légua

Tema: Quando a conversa sobre a sexualidade chega à escola

Local: Escola Secundária do Padrão da Légua

Formadoras Graça Carvalho, Lúcia Macedo, Rosa Maria Mendes

Data: Janeiro de 2011

Objectivos: Efectuar educação para a saúde no que diz respeito à sexualidade

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	5 minutos	- Apresentação dos formadores	Dinâmica pergunta-resposta	
DESENVOLVIMENTO	40 minutos	- Afectos; - Sexualidade; - Mudanças fisiológicas e emocionais na adolescência; - Educação para a saúde: recursos disponíveis, métodos; - Infecções sexualmente transmissíveis	- Apresentação em PowerPoint	Receptividade Feedback
Conclusão	15 minutos	Reforço da informação a reter	Jogo "Quem quer ser milionário"	Receptividade Feedback

ANEXO IV. APRESENTAÇÃO EM *POWERPOINT* “QUANDO A
CONVERSA SOBRE SEXUALIDADE CHEGA À ESCOLA



Quando a conversa sobre **SEXUALIDADE** chega à escola...

- GRAÇA CARVALHO | LÚCIA MACEDO | ROSA MARIA MENDES
- Sob orientação de: Enfermeira Alexandra Correia e Enfermeira Graça Fonseca



O que é a **sexualidade**?

É uma **energia** que nos **motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade**; integra-se no modo como somos tocados; é **ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual**; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental (OMS).



Quando ela se manifesta?

O seu **desenvolvimento** acontece **durante toda a vida** de um indivíduo e depende da pessoa, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: **infância, adolescência, idade adulta e senilidade.**

3



Caracteres sexuais secundários masculinos



- **Mudança na voz;**
- **Desenvolvimento corporal** com aumento da massa muscular;
- **Aumento** do tamanho do **pênis** e dos testículos;
- **Ejaculações noturnas;**
- Aparecimento do **acne;**
- Aparecimento de **pêlos nos órgãos genitais, axilas**, etc;
- Maior **secreção** da hormona **testosterona.**

Caracteres sexuais secundários femininos



- **Alargamento das ancas;**
- **Maior acumulação de gordura** no tecido adiposo;
- **Desenvolvimento dos seios;**
- **Menstruação;**
- Aparecimento do **acne;**
- Aparecimento de **pêlos nos órgãos genitais, axilas**, etc;
- Maior **produção** das hormonas **estrogénio e progesterona.**

Para além das alterações corporais ...

- Alterações emocionais: **timidez, sentimentos de vergonha, pudor e até ansiedade;**



- **Maior capacidade de tomada de decisão** em relação à sua vida (aspectos cívicos, profissionais, académicos, familiares e sexuais);

7

Para além das alterações corporais ...

- **Alterações nas relações sociais:**

-**Família** (pais e irmãos): afastamento e mesmo hostilidade;

-**Amigos:** grupos unidos e fechados;

-**Relacionamentos amorosos** mais duradouros e de forma intensa;

- **Aumento acentuado do desejo sexual e das sensações eróticas.**



8

Riscos da relação sexual desprotegida

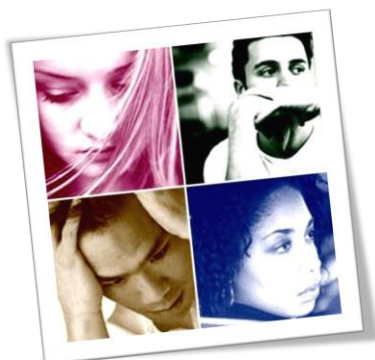
- Infecções sexualmente transmissíveis (IST's);
- Gravidez não desejada;



9

Mas podes evitar...

Como?



Informa-te...

Onde?

10

Recursos de Apoio ao Jovem

- **Centro de Saúde da Senhora da Hora:**
 - Consulta de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar
 - Consulta de Saúde Juvenil;
- Serviço de Atendimento de Situações Urgentes (**SASU**)
- Centro de Atendimento ao Jovem (**CAJ**)

GRATUITO E CONFIDENCIAL

11



Tipos de métodos contraceptivos

- Diafragma
- Espermicidas
- Preservativo feminino e masculino
- Anel
- Implante
- Pílula
- Dispositivo intra-uterino
- Laqueação de trompas
- Vasectomia



13



O preservativo é o único que
confere **dupla protecção!!**

14

| IST's: O que são?



- São **doenças contagiosas** cuja forma mais frequente de **transmissão** é através das **relações sexuais** (vaginais, orais ou anais) ou **contacto com sangue**;

15

| IST's: Quais são os comportamentos de risco?



- Contactos sexuais com **vários parceiros**;
- Relações sexuais **sem uso de preservativo**;



Atenção!! O aspecto físico não traduz se a pessoa está infectada ou não...

16

|IST's :Porquê falar sobre IST' ?

Podem ter **consequências** para o resto da vida:

- Stress e ansiedade** na relação
- Infertilidade**
- Outras doenças graves**



Sê sincero e honesto na tua relação amorosa!

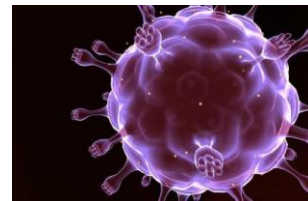
17



... VIH/SIDA

VIH –Vírus da Imunodeficiência Humana

É **responsável** pelo **desenvolvimento** de **complicações do sistema imunitário** e **aparecimento da SIDA** (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), **último estágio da doença**



|IST's: As mais comuns...

18



| IST's: As mais comuns...

... VIH/SIDA

... Quem deve fazer o teste??

- Relações sexuais desprotegidas (sem preservativo)
- Partilha de seringas e agulhas;
- Contacto com sangue de outra pessoa



19



| IST's: As mais comuns...

... VIH/SIDA

... Como se faz o teste??


Através de **colheita de sangue específica** para o VIH



detecção de anticorpos que o **sistema imunitário** produz contra o vírus ou mesmo o próprio vírus



20



| IST's: As mais comuns...


... VIH/SIDA

... Quando se faz o teste??


- **3-10 semanas após** o contacto e **repetido passado 3 meses**

... Como se trata?

- **NÃO HÁ CURA!**
- **Medicação retrovímica**



21



| IST's: As mais comuns...

... VIH/SIDA

... Onde se faz o teste??

- **No CAD** (Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/SIDA)
- **Centro de Saúde**

**ANÓNIMO,
CONFIDENCIAL E
GRATUITO**

22



| IST's: As mais comuns...

... Clamídia e Gonorreia

- Infecções bacterianas;

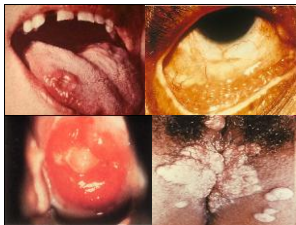
- Formas de transmissão:

- (1) **relação sexual** desprotegida com pessoa infectada;

- (2) **de mãe para filho.**



23



| IST's: As mais comuns...

... Clamídia e Gonorreia

- **Nas raparigas:** dor pélvica, corrimento vaginal, dor na relação sexual ou ao urinar, hemorragias entre as menstruações;

- **Nos homens:** Ardor ou dor ao urinar, pus ou corrimento proveniente do pénis, inchaço nos testículos ou no ânus.



24



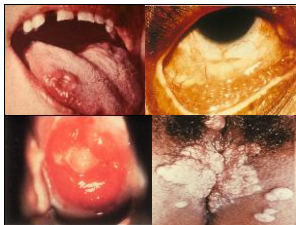
| IST's: As mais comuns...

... Clamídia e Gonorreia

- Sintomas parecidos;
- As mulheres contaminadas pela clamídia podem não apresentar nenhum sintoma da doença mas transmitem a bactéria causadora de doença



25



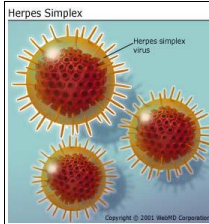
| IST's: As mais comuns...

... Clamídia e Gonorreia

- **Tratamento:** Antibiótico específico
- **Complicações:** Dor nas relações sexuais; doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica (fora do útero), esterilidade, meningite, afectar ossos e coração



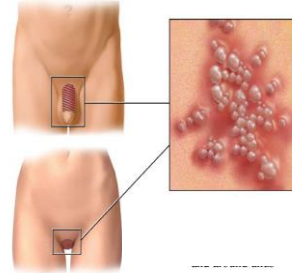
26



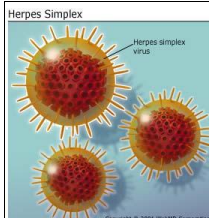
| IST's: As mais comuns....

... Herpes genital

- Para além da via sexual (vaginal, oral e anal) pode transmitir-se através de beijos e carícias quando há contacto com lesões ou secreções das zonas **afectadas**.



27



| IST's: As mais comuns....

... Herpes genital

- **Sintomas:** bolhas e lesões na área genital, ardor ao urinar, dor e comichão no local
- **Não há cura**, sendo recorrente o seu aparecimento;
- A **aplicação de um anti-vírico** específico **atenua as queixas e os sintomas;**



28



| IST's: As mais comuns....

... Hepatite B

- Causada por um vírus (VHB) que infecta o fígado;
- Extremamente contagiosa;
- Vias de transmissão: esperma, secreções vaginais, sangue, urina, saliva e leite materno; Partilha de seringas e objectos pessoais;
- Complicações mais graves de saúde: cirrose ou cancro do fígado.



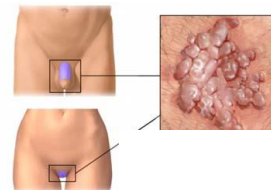
29



| IST's: As mais comuns....

... Vírus do Papiloma Humano (HPV)

- Dos 100 tipos de HPV que existem, cerca de **40** afectam o aparelho genital causando condilomas ou verrugas genitais;
- Prevenção: vacina já disponível incluída no PNV



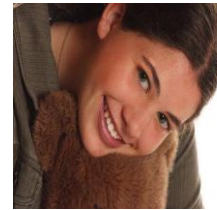
30



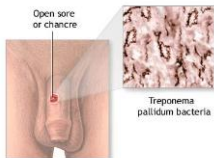
| IST's: As mais comuns....

... Vírus do Papiloma Humano (HPV)

- Vulnerabilidade do sistema imunitário - infecção persistente - cancro do colo do útero.
- Fácil diagnóstico: exame citológico (Papanicolau)



31



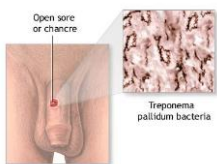
| IST's: As mais comuns....

... Sífilis

- Infecção bacteriana (Treponema pálido)
- Locais afectados: Vagina, ânus, uretra, pénis, lábios e boca
- Pode transmitir-se através dos beijos
- Os sintomas não são evidentes e variam consoante o estágio da doença



32



| IST's: As mais comuns....

... Sífilis

- Aparecimento da **ferida**: após **3 semanas** e nos órgãos genitais, na boca, na mama ou no ânus;
- Acompanhado de **outros sintomas** (3 a 6 semanas): febre, dores de cabeça, perda de peso, dores musculares e fadiga;
- Se **não tratada**: **danos graves** no sistema nervoso e coração.



33



| IST's: As mais comuns....

... Infecção por tricomonas

- **Infecção bacteriana**;
- Sintomas comuns: **corrimento**, **urinar mais vezes** do que o normal
- Nas raparigas: pequenas **hemorragias**, comichão à volta da vagina, inchaço das virilhas;
- Nos rapazes: **dor ou ardor** ao urinar;
- Tratamento: **medicação em ambos os parceiros**.

34



| IST's: As mais comuns....

... Como preveni-las?

Preservativo:

PRÁTICA DE UM SEXO

SEGURO!

**Life
Saver**



35

ANEXO V. VÍDEO “VALORES EM JOGO” E JOGO “QUEM
QUER TER UMA SEXUALIDADE SAUDÁVEL”

DISPONIVEL NA VERSÃO IMPRESSA

Anexo XVII

Plano de cuidados

– C. ♀-Hérnia diafragmática com Hipertensão pulmonar; com diagnóstico pré-natal às 25 semanas; I.G. 39 semanas (28/09)

PLANO DE CUIDADOS		
IRPM (Intervenções resultantes de prescrições médicas-interdependentes)	<p>28/09 – Ecografia cerebral que revelou leucomalácia 30/09 – Correção cirúrgica de Hérnia diafragmática</p> <p>TET com V.M. de alta-frequência (12 Hz) e NO : otimizar TET</p> <p>SOG : otimizar sonda orogástrica : monitorizar drenagem gástrica : Vigiar características da drenagem gástrica (líquido aquoso, pouca quantidade)</p> <p>Sonda vesical : otimizar sonda vesical : monitorizar drenagem vesical : vigiar características da urina (hemática, quantidade vestigial)</p> <p>Drenos torácicos (dto, esq e mediastínico) : vigiar local de inserção dos drenos (apresenta exsudado hemático) : vigiar características da drenagem (líquido hemático)</p> <p>Cateter umbilical arterial com monitorização de PA Cateter umbilical venoso Cateter central venoarterial conectado a ECMO (0,25 ml/h) e para Hemofiltração com <i>Prismaflex</i> : otimizar cateteres : vigiar sinais de infecção no local de inserção dos cateteres</p>	
FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Respiração	Limpeza ineficaz das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> * Vigiar respiração * Aspirar secreções (TET, cavidade oral, orofaringe) * Vigiar características das secreções (esbranquiçadas, fluidas, moderada quantidade) * Elevar incubadora
Tegumentos	Ferida cirúrgica abdominal	<ul style="list-style-type: none"> * Vigiar ferida cirúrgica * Executar tratamento à ferida cirúrgica emcSOS
Papel Parental		<ul style="list-style-type: none"> * Promover comunicação expressiva de emoções * Promover estratégias de <i> coping </i>
Conhecimento	Oportunidade de conhecimento (cuidados ao recém-nascido)	<ul style="list-style-type: none"> * Instruir pais sobre cuidados ao recém-nascido * Supervisionar pais no cuidado ao recém-nascido
Conforto		<ul style="list-style-type: none"> * Gerir procedimentos * Gerir manipulação * Executar técnica de massagem * Gerir ambiente
	Dor	<ul style="list-style-type: none"> * Vigiar sinais de dor * Gerir analgesia * Optimizar ambiente físico * Executar técnica de posicionamento

Anexo XVIII

Plano da sessão “Tratamento de feridas em Neonatologia”



PLANO DA SESSÃO

<u>Tema:</u>	Tratamento de feridas em Neonatologia
<u>Grupo-alvo:</u>	Equipa de Enfermagem do serviço de Neonatologia do HSJ, EPE
<u>Local:</u>	HSJ, EPE – Serviço de Neonatologia
<u>Data:</u>	Outubro de 2010
<u>Objectivo:</u>	- Dar resposta a uma necessidade formativa da equipa de enfermagem do Serviço de Neonatologia; - Transmitir conhecimentos na área do tratamento de feridas

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Introdução	5 minutos	- Apresentação da formadora - Pertinência da formação	Método expositivo	Receptividade
Desenvolvimento	35 minutos	- Especificidades da pele do recém-nascido; - Feridas mais comuns em Neonatologia; - Fisiologia da cicatrização; - Opções terapêuticas.	Método expositivo	Receptividade Feedback
Conclusão	5 minutos	- Resumo do tema abordado; - Espaço para dúvidas; - Apresentação da bibliografia utilizada.	- Diálogo informal	Receptividade Feedback

Anexo XIX

Apresentação em *power-point* da sessão “Tratamento de feridas em Neonatologia”

Tratamento de feridas em

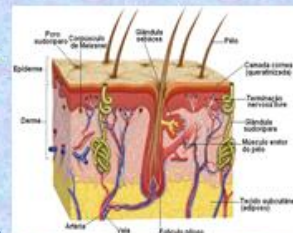
Neonatologia

*Elaborado por Rosa Maria Mendes
Aluna do 3º Curso de Pós-Licenciatura com Especialidade em ESIP
UCP - ICS - Porto
Sob orientação da Enfermeira Tutora Carla Castro*

Tratamento de feridas em Neonatologia

Características da pele do recém-nascido:

- No recém-nascido de termo tem características muito semelhantes à do adulto
- No recém-nascido pré-termo é transparente, avermelhada e com aparência gelatinosa, o epitélio é menos desenvolvido, a junção dermoepidérmica é muito frágil e a camada córnea (localizada na epiderme) tem poucas células
- As propriedades de barreira são menores e a permeabilidade cutânea é maior
- Independentemente da idade gestacional nas 2 primeiras semanas de vida sofre um processo rápido de maturação



Tratamento de feridas em Neonatologia

Fisiologia da cicatrização: 3 fases

Fase inflamatória – inicia-se logo após a lesão, ocorre a hemostase e a libertação de factores de crescimento; aumento da permeabilidade capilar com passagem de neutrófilos e macrófagos para o leito da ferida.

- até 4 dias.

Fase de proliferação – fagocitose, angiogénese e formação de fibroblastos que produzem colagénio que cobre o leito da ferida.

- 4 a 21 dias

Fase de maturação – epitelização, remodelação das fibras de colagénio. A fase completa pode durar de 4 semanas a 2 anos

Tratamento de feridas em Neonatologia

Feridas mais comuns em Neonatologia:

- * Feridas cirúrgicas (suturas, drenos, ostomias, deiscência)
- * Feridas traumáticas (fricção, pressão, "arrancamento", queimaduras, extravasamento de fluidos)
- * Lesões patológicas (hemangiomas ulcerativos, epidermólise bolhosa, meningocacemia)



Tratamento de feridas em Neonatologia

Leito da ferida - tipos de tecidos que podemos encontrar:

* Nécrotico



* Fibrina/Desvitalizado



* Granulação



* Epitelização



Tratamento de feridas em Neonatologia

Feridas mais comuns em Neonatologia:

- * Feridas cirúrgicas (suturas, drenos, ostomias, leiscência)
- * Feridas traumáticas (fricção, pressão, "arrancamento", queimaduras, extravasamento de fluidos)
- * Lesões patológicas (hemangiomas ulcerativos, epidermólise bolhosa, meningocemia)



Tratamento de feridas em Neonatologia

Material de Penso

<u>TECIDO DE FIBRINA E DE NECROSE</u>	<u>TECIDO DE GRANULAÇÃO</u>	<u>TECIDO DE EPITELIZAÇÃO</u>	<u>FERIDAS INFECTADAS</u>	<u>FERIDAS EXSUDATIVAS</u>
<i>Hidrogel</i>	<i>Hidrocolóides</i>	<i>Tules (7 dias)</i>	<i>Carvão com Prata</i>	<i>Hidrofibras</i>
<i>Maltodextrina</i>	<i>Membrana poluretano</i>	<i>Pensos de silicone (7 dias)</i>	<i>Hidrofibra com prata</i>	<i>Alginatos (calcio e sódio)</i>
<i>Poliacrilato com solução Ringer (penso diário)</i>	<i>Rede de silicone (7 dias)</i> <i>Hidrofibras e alginatos</i>	<i>Hidrocolóides extra finos</i>	<i>Nanocristalino de prata (lavar ferida com água destilada)</i>	<i>Espumas simples ou mistas</i>
<i>Colagenase (penso diário)</i>	<i>Ácido hialurônico</i>	<i>Membrana poluretano</i>	<i>Alginatos com prata</i>	<i>Terapia por pressão negativa</i>

Tratamento de feridas em Neonatologia

Outras terapias

– Terapia por pressão negativa



Anexo XX

Manual de consulta “Tratamento de feridas: opções terapêuticas”

HOSPITAL S. JOÃO, EPE

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

TRATAMENTO

DE

FERIDAS:

OPÇÕES

TERAPÊUTICAS



PORTO, 2010

HOSPITAL S. JOÃO, EPE

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA



Trabalho realizado por: Rosa Maria Mendes
Aluna do 3º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria
UCP-ISC, Porto

Sob orientação da Enfermeira Especialista em ESIP Carla Castro

PORTO, 2010

SUMÁRIO

	Pág.
0. <u>INTRODUÇÃO</u>	4
1. <u>UM POUCO DE HISTÓRIA</u>	5
2. <u>ANATOMIA DA PELE E PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO</u>	6
3. <u>FERIDAS MAIS FREQUENTES EM NEONATOLOGIA</u>	8
4. <u>TRATAMENTO LOCAL DA FERIDA</u>	10
4.1. <u>AVALIAÇÃO</u>	10
4.2. <u>LIMPEZA</u>	11
4.3. <u>ESCOLHA DO PENSO</u>	12
5. <u>OPÇÕES TERAPÊUTICAS</u>	16
6. <u>FONTES DE PESQUISA</u>	18

ANEXOS

ANEXO I - ESQUEMATIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

ANEXO II – BOAS PRÁTICAS NO TRATAMENTO DE FERIDAS

0. INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX verificaram-se grandes avanços na área do tratamento de feridas: novos conhecimentos acerca da fisiopatologia da cicatrização levaram ao aparecimento de uma grande variedade de produtos para tratamento local das feridas.

A escolha do apósito adequado a aplicar pode tornar-se por vezes difícil pela diversidade de produtos existentes e pela complexidade das feridas. Esta dificuldade é acrescida quando se trata de uma abordagem a um grupo tão específico como a criança e o recém-nascido.

Possuir conhecimentos básicos acerca da fisiologia da cicatrização, modos de actuação dos diferentes produtos e muito bom-senso facilita a decisão nesta selecção.

Ao longo deste trabalho são abordados diferentes temas: um resumo histórico da evolução do tratamento de feridas, a fisiologia da cicatrização e alguns produtos disponíveis para o tratamento local de feridas de acordo com a sua fase de cicatrização.

I. UM POUCO DE HISTÓRIA

Desde a antiguidade que existem registos de tratamentos de feridas:

_ Um papiro datado de 1700 AC faz referência a utilização de mel no tratamento de feridas, fios de linho para suturas e aplicação de carne fresca em feridas sangrantes pelas suas propriedades hemostáticas.

_ Hipócrates (460-377 AC) na Grécia antiga criou a base da medicina científica dando ênfase à observação cuidadosa das lesões, recomendava o uso de água tépida, vinho e vinagre para a limpeza das feridas e considerava que estas se deviam manter limpas e secas. Em situações de feridas inflamadas sugeria a aplicação de um cataplasma ou emplastro na zona envolvente para facilitar a drenagem do pús. Deu a primeira definição de cicatrização por primeira e segunda intenção.

_ Sushruta, um cirurgião hindu, descreveu 14 tipos de “curativos” feitos à base de seda, linho, lã e algodão; apesar de proibida na religião Hindu, a ingestão de carne era considerada importante para acelerar a cicatrização.

_ Galeno (129-199 DC) descobriu que a aplicação de tinta de caneta, fios de teia de aranha e de barro nas feridas era eficaz; desenvolveu a teoria do pús louvável, teoria esta que persistiu até ao século XIX.

_ No século XVI era usado óleo a ferver para a cauterização dos cotos nos feridos de guerra.

_ Durante a guerra da Crimeia desenvolveram-se diferentes tecidos para aplicação nas feridas que eram lavados e reutilizados várias vezes.

_ Durante a 1ª Guerra Mundial foram desenvolvidos os anti-sépticos nomeadamente o Solutio de Dakin e Lumière criou o *tulle gras*, uma gase impregnada de parafina.

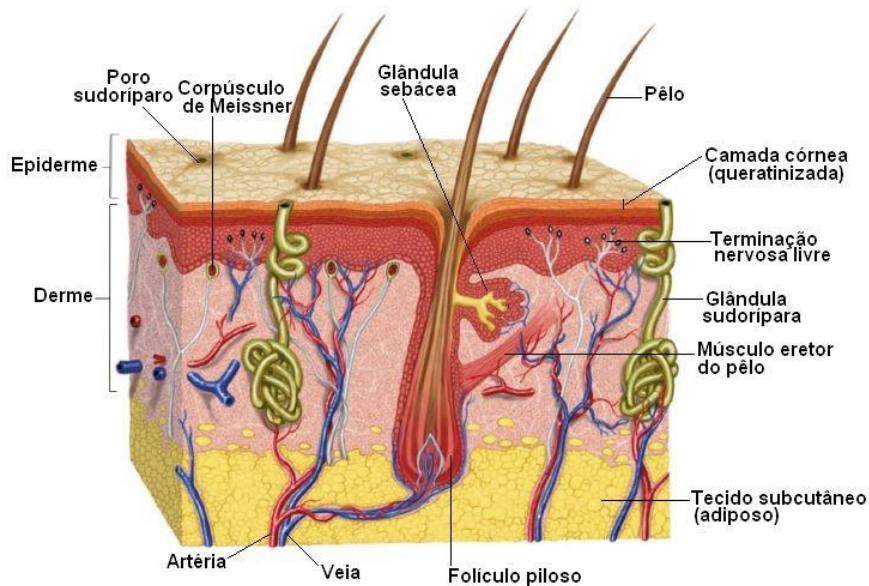
_ Na década de 70 surge a esterilização do material de penso.

Os materiais que actualmente são utilizados foram desenvolvidos a partir da década de 80.

2. ANATOMIA DA PELE E FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO

A PELE

A pele formada por três camadas: epiderme, derme e hipoderme.



A **epiderme**, camada mais externa da pele, é constituída por células epiteliais (queratinócitos) com disposição semelhante a uma "parede de tijolos". Estas células são produzidas na camada mais inferior da epiderme (camada basal ou germinativa) e na sua evolução em direcção à superfície sofrem o processo de queratinização, dando origem à camada córnea, composta basicamente de queratina, uma proteína responsável pela impermeabilização da pele. A renovação celular constante da epiderme faz com que as células da camada córnea sejam gradativamente eliminadas e substituídas por outras.

Além dos queratinócitos encontram-se também na epiderme: os melanócitos, que produzem o pigmento que dá cor à pele (melanina) e células de defesa imunológica (células de Langerhans).

A epiderme dá origem aos **anexos cutâneos**: unhas, pêlos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas. A abertura dos folículos pilossebáceos (pêlo + glândula sebácea) e das glândulas sudoríparas na pele formam os orifícios conhecidos como poros.

A **derme**, camada localizada entre a epiderme e a hipoderme, é responsável pela resistência e elasticidade da pele. É constituída por tecido conjuntivo (fibras elásticas e de colagénio envoltas por substância fundamental), vasos sanguíneos e linfáticos, nervos e terminações nervosas. Os folículos pilossebáceos e glândulas sudoríparas, originadas na epiderme, também se localizam na derme.

A faixa na qual a epiderme e a derme se unem é chamada de **junção dermo-epidérmica**. Nesta área, a epiderme projecta-se em forma de dedos na direcção da derme, formando as cristas epidérmicas. Estas aumentam a superfície de contacto entre as 2 camadas, facilitando a nutrição das células epidérmicas pelos vasos sanguíneos da derme.

A **hipoderme**, também chamada de tecido celular subcutâneo, é a porção mais profunda da pele. É composta por feixes de tecido conjuntivo que envolvem células gordurosas (adipócitos) e formam lobos de gordura. A sua estrutura proporciona protecção contra traumas físicos, além de ser um depósito de calorías.

No recém-nascido pré-termo, a pele é transparente, avermelhada e com aparência gelatinosa, o epitélio é menos desenvolvido, a junção dermoepidérmica é muito frágil e a camada córnea tem poucas células. Disto resulta uma grande fragilidade cutânea, propriedades de barreira menores e permeabilidade cutânea maior. As propriedades de barreira são menores e a permeabilidade cutânea é maior.

Independentemente da idade gestacional nas 2 primeiras semanas de vida sofre um processo rápido de maturação ao fim do qual fica com características semelhantes ao recém-nascido de termo.

FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO

Uma ferida é uma interrupção ou quebra de continuidade celular e anatómica.

Logo após à agressão surge uma resposta do organismo ao traumatismo com uma cascata de interacções celulares e reacções bioquímicas complexas.

O processo de cicatrização (processo de restauração ou reparação da integridade cutânea) é composto por um conjunto de 3 fases: fase inflamatória, proliferativa e de maturação.

FASE INFLAMATÓRIA

Imediatamente após a lesão ocorre uma resposta vascular com vasoconstrição e hemóstase.

Ao fim de 5 a 10 minutos as células endoteliais aumentam a permeabilidade vascular permitindo a passagem de elementos sanguíneos para a ferida. Isto leva á formação de exsudado com tradução no aparecimento dos sinais calor, tumor, dor e rubor.

Nesta fase algumas células sanguíneas são importantes: os neutrófilos são responsáveis pela digestão de bactérias e tecidos desvitalizados e os monócitos transformam-se em macrófagos e auxiliam na fagocitose de bactérias e restos celulares; as células epidérmicas e as plaquetas são responsáveis pela libertação de factores de crescimento.

Esta fase dura até 4 dias após a lesão.

FASE PROLIFERATIVA

Nesta fase ocorre a reparação do tecido conjuntivo e do epitélio. Dá-se a formação de tecido de granulação com proliferação de fibroblastos (que produzem colagénio – a base da regeneração dérmica) e de células endoteliais. (responsáveis pela angiogénese). A ferida apresenta-se então com um aspecto avermelhado e granuloso. Os queranócitos são responsáveis pela epitelização.

Esta fase em situações normais perdura durante 4 a 21 dias.

È essencialmente nestas duas primeiras fases que surgem as complicações da cicatrização, as quais implicam uma abordagem cuidada para a boa evolução da ferida.

FASE DE MATURAÇÃO

Nesta fase acontece a deposição e remodelação do tecido conjuntivo com aumento da elasticidade do colagénio. Os bordos da ferida aproximam-se formando uma cicatriz madura. Nas crianças ocorre uma formação abundante de tecido cicatricial, especialmente durante os picos de crescimento.

A remodelação e a maturação podem decorrer entre alguns meses a 2 anos.

3. **FERIDAS MAIS COMUNS EM NEONATOLOGIA**

* Feridas cirúrgicas:

- ✓ suturas,
- ✓ drenos,
- ✓ ostomias,
- ✓ deiscências.

* Feridas traumáticas:

- ✓ fricção,
- ✓ pressão,
- ✓ escoriações,
- ✓ queimaduras (por soluções alcoólicas, sensores de O₂)
- ✓ extravasamento de fluídos (GR, glicose 10% ou superior, APT).

* Lesões patológicas:

- ✓ hemangiomas ulcerativos,
- ✓ epidermolise bolhosa,
- ✓ meningocacemia

4. TRATAMENTO LOCAL DA FERIDA

O tratamento das feridas, tal como qualquer outro deverá ser sempre encarado numa forma holística. Não se trata apenas a ferida mas também o doente com ferida.

A abordagem local das feridas passa essencialmente por três etapas:

- Avaliação e classificação;
- Limpeza;
- Escolha do penso.

4.1. AVALIAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

Nesta primeira etapa deve ser feita uma **descrição pormenorizada da ferida**, de forma a fornecer o máximo de informação possível sobre a mesma e da **pele circundante**, para que se possa fazer a monitorização da evolução da ferida e a selecção do produto mais adequado à situação em causa.

Os factores que influenciam a cicatrização, quer intrínseca (idade, estado nutricional, Infecção, Dor, Stress, anemia, doenças imunológicas), quer extrinsecamente devem estar sempre presentes durante a execução do tratamento.

Devemos estar, especialmente, atentos aos factores extrínsecos, já que eles têm a ver, mais directamente, com a nossa prática diária, tais como:

- Mudança constante do tipo de penso
- Aplicação incorrecta de produtos
- Limpeza agressiva da ferida
- Uso indiscriminado de antissépticos

Os instrumentos que temos disponíveis para a avaliação são: a medição, a observação e o diagnóstico microbiológico.

Existem três tipos de medição:

- Medição simples
- Delineador de feridas
- Fotografia

O **diagnóstico microbiológico** só deverá ser feito quando houver algum sinal ou sintoma sugestivo de infecção. A colheita poderá ser feita por zaragatoa ou por recolha directa de produto.

No caso de ser por **zaragatoa**, deve-se proceder a uma boa lavagem da ferida com soro fisiológico aquecido à temperatura corporal, e só depois se rodará a cotonete, pelo menos dez vezes, na parte mais profunda da ferida (de acordo com a Comissão Nacional de Controlo da Infecção). Deve ser mencionado o local anatómico de onde foi realizada a colheita.

Um factor a ter em conta na avaliação e caracterização é o aspecto da ferida, na medida em que nos pode elucidar acerca da fase de cicatrização e/ou da presença de complicações.

De acordo com o aspecto dividimos as feridas em sete grupos:

- Com necrose
- Com células mortas /tecido desvitalizado
- Em fase de granulação
- Em fase de epitelização
- Infectadas / mau odor

Quanto ao exsudado, podem ser classificadas como muito, moderadamente ou pouco exsudativas.

4.2.LIMPEZA

Com a limpeza pretendemos diminuir a carga bacteriana, remover detritos orgânicos e inorgânicos de forma a facilitar a cicatrização.

A limpeza das feridas deve ser feita com produtos que não prejudiquem a cicatrização, que não contenham carga eléctrica como por exemplo o soro fisiológico, a água da rede pública e a solução de ringer, porque não destroem as células e removem as bactérias e a sujidade.

Após a limpeza não se deve secar a ferida.

Produtos como o Protosan® Gel ou o Dermacyn são úteis na limpeza de feridas infectadas.

O Protosan® Gel (B Braun) é útil na limpeza e hidratação da ferida, não inibe o processo de granulação ou de epitelização e absorve dos odores da ferida.

O Dermacyn (Dermacyn Wound Care da Oculus) é uma solução não tóxica, com pH neutro que pode ser utilizada em qualquer tipo de ferida; útil na limpeza/irrigação e desbridamento do leito da ferida, reduz a carga bacteriana.

A utilização de antissépticos está desaconselhada, porque como estão carregados electricamente, interagem com a membrana celular provocando perda da permeabilidade que leva à morte celular,

para além de serem tóxicos para os fibroblastos. Caso esteja indicada a sua utilização esta deve ser bem ponderada e não deverá ultrapassar mais do que 3 a 5 dias.

Existem algumas técnicas de limpeza, tais como: irrigação a alta/ baixa pressão, banho de chuveiro/emersão e desbridamento. A irrigação a alta pressão está indicada para feridas infectadas, o banho de chuveiro utiliza-se em queimados e a emersão aplica-se nas úlceras de perna.

Para a remoção de tecido necrosado ou com células mortas/tecido desvitalizado deverá ser utilizada uma técnica de desbridamento.

Tipos de desbridamento:

- Cirúrgico (no bloco ou sala de tratamentos)
- Enzimático (colagenase)
- Autolítico (hidrogel)
- Mecânico (em desuso por ser doloroso e traumático)
- Biológico (cultura larvar)

4.3. ESCOLHA DO PENSO

O penso ideal é aquele que:

- mantém a temperatura do leito da ferida (+/- 37°C);
- mantém a humidade;
- absorve o excesso de exsudado;
- é impermeável às bactérias;
- permite as trocas gasosas;
- é de fácil remoção (sem trauma);
- não contém partículas ou contaminantes tóxicos;
- ajusta-se à ferida (local, forma, tamanho, profundidade, quantidade de exsudado e aspecto da ferida).

Com base no aspecto da ferida temos as seguintes opções terapêuticas:

⇒ FERIDAS COM TECIDO NECROSADO / DESVITALIZADO / CÉLULAS MORTAS

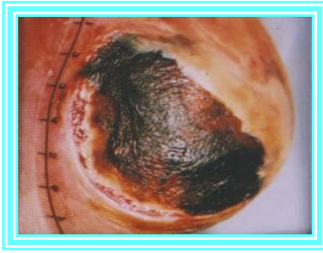


Fig 1 - Ferida com tecido necrosado

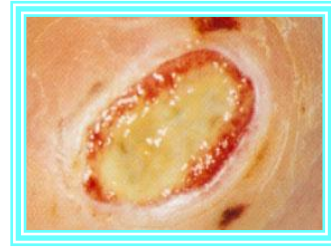


Fig 2 – Ferida com fibrina

- ✓ Colagenase (exige penso diário pelas reacções de sensibilidade)
- ✓ Hidrogel
- ✓ Maltodextrina
- ✓ Poliacrilato com Solução de Ringer (TenderWet 24 – troca de penso diária)

⇒ FERIDAS MUITO EXSUDATIVAS

- ✓ Hidrofibras
- ✓ Alginato de cálcio e sódio
- ✓ Espumas de poliuretano – simples ou mistos
- ✓ Protector cutâneo (para a pele circundante) – ex. Cavilon®
- ✓ Terapia por pressão negativa

⇒ FERIDAS MODERADAS / POUCO EXSUDATIVAS

- ✓ Hidrofibras
- ✓ Alginato de cálcio e sódio
- ✓ Espumas de poliuretano – simples ou mistos
- ✓ Hidrocolóides
- ✓ Emulsão lipídica vitaminada

⇒ FERIDAS EM FASE DE GRANULAÇÃO



⇒

Fig. 3- Ferida em fase de granulação

- ✓ Colagénio (puro, com gentamicina, com matriz modeladora das proteases) -
adequado em doentes muito debilitados que não
ultrapassam a fase inflamatória de cicatrização.
- ✓ Ácido hialurónico (intervém na produção do colagénio)
- ✓ Hidrofibras – simples ou mistas
- ✓ Alginato de cálcio e sódio
- ✓ Espumas de poliuretano – simples ou mistos
- ✓ Hidrocolóides
- ✓ Emulsão lipídica vitaminada

⇒ FERIDAS EM FASE DE EPITELIZAÇÃO



Fig. 4 – Ferida em fase de epitelação

- ✓ Tules
- ✓ Pensos de silicone
- ✓ Hidrocolóides extra finos
- ✓ Películas de poliuretano

⇒ FERIDAS INFECTADAS E/OU COM MAU ODOR

- ✓ Pensos de carvão activado
- ✓ Hidrofibras com carvão
- ✓ Alginato com carvão
- ✓ Pensos de carvão activado com prata
- ✓ Hidrofibras com prata
- ✓ Pensos com nanocristalino de prata
- ✓ Pensos com cadexómero de iodo (Iodosorb)
- ✓ Tules impregnados com creme iodado
- ✓ Penso com polihexanida

5. OPÇÕES TERAPÊUTICAS

PRODUTO GENÉRICO	MECANISMO DE ACÇÃO	FORMA DE APRESENTAÇÃO	PRODUTO – NOME COMERCIAL
HIDROGEL	<ul style="list-style-type: none"> - Promovem o desbridamento dos tecidos com crosta ou necrose - Rehidratam as feridas - Reduzem a dor – extremidades húmidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Gel - bisnaga - Placa 	<ul style="list-style-type: none"> - Askina Gel - Varihesive gel - Intrasite gel - Nugel
MALTODEXTRINA	<ul style="list-style-type: none"> - Digestão dos tecidos mortos - Actividade bactericida e bacteriostática para bactérias Gram – e Gram + (<i>in vitro</i>) - Aumenta a actividade fagocitária - Estimula a libertação dos factores de crescimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Pó - Gel 	<ul style="list-style-type: none"> - Multidex
POLIACRILATO COM SOLUÇÃO DE RINGER	<ul style="list-style-type: none"> - Promove o desbridamento autolítico através da solução de ringer - Degrada os detritos orgânicos e absorve-os em partes iguais - Hidrata o leito da Ferida 	<ul style="list-style-type: none"> - Placa embebida com Solução de Ringer; várias formas e tamanhos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tender - Wet
COLAGENASE	<ul style="list-style-type: none"> - Destroi as placas de colagénio que mantém o tecido necrótico aderente ao leito da ferida - Promove a granulação - Promove a epiteliação - Promove a produção de colagénio 	<ul style="list-style-type: none"> - Pomada 	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcerase
HIDROFIBRAS	<ul style="list-style-type: none"> - Absorvem na sua estrutura o exsudado - Absorvem na vertical cerca de 30 x o seu peso, retendo o exsudado - Podem ser utilizadas em feridas infectadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquacel
ALGINATOS	<ul style="list-style-type: none"> - Absorvem por capilaridade, transformando-se num gel hidrófilo, que facilita o desbridamento autolítico - Podem ser utilizados em feridas infectadas - Absorvem na horizontal - São hemostáticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas - Cordão 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaltostat - Suprasorb
ESPUMAS DE POLIURETANO SIMPLES OU MISTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Acção hidrofílica, mantendo um ambiente húmido, promovendo a cicatrização - Absorvem na horizontal - Podem ser utilizados em feridas infectadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas com e sem rebordo - Esféricas - Cilíndricas 	<ul style="list-style-type: none"> - Allevyn placa - Allevyn cavidades - Tielle - Tielle Plus
ESPUMAS DE SILICONE	<ul style="list-style-type: none"> - Acção hidrofílica, mantendo um ambiente húmido, promovendo a cicatrização - Absorvem na vertical - Podem ser utilizados em feridas infectadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mepilex
PLACA DE SILICONE	<ul style="list-style-type: none"> - Promovem a epiteliação - Mantém a humidade do leito da ferida 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas adesivas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mepitel
TULES	<ul style="list-style-type: none"> - Promovem a epiteliação - Mantém a humidade do leito da ferida - Quando impregnados de creme iodado, controlam o ambiente bacteriano, diminuindo a infecção, localmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptic - Inadine
FILMES - PELÍCULAS	<ul style="list-style-type: none"> - São semi permeáveis - Sem propriedades absorventes - Utilizados como pensos primários apenas em feridas em fase de epiteliação 	<ul style="list-style-type: none"> - Spray - Cotonetes - Películas 	<ul style="list-style-type: none"> - Cavilon - Askina - Tegaderme

	- Úteis como pensos secundários		
CARVÃO ACTIVADO	- Controla os odores - Capacidade de absorção diminuída	- Placas	- Actisorb
CARVÃO ACTIVADO COM PRATA	- Controla os odores - Absorve as bactérias e as toxinas - Capacidade de absorção diminuída - Bacteriostático	- Placas	- Actisorb plus
ESPUMAS COM PRATA	- Grande capacidade de absorção - Bactericida e bacteriostático	Placas	- Calgiterol
HIDRÓFIBRAS COM CARVÃO	- Controla os odores - Grande capacidade de absorção	- Placas	- Carboflex - Actisorb
HIDRÓFIBRAS COM CARVÃO E PRATA	- Grande capacidade de absorção - Absorve as bactérias e as toxinas - Bactericida e bacteriostático	- Placas - Cordão	- Actisorb Ag
NANOCRISTALINO DE PRATA	- Bactericida e bacteriostático - Sem capacidade de absorção - Eficaz nas Pseudomonas e MRSA	- Placas	- Acticoat
ALGINATO COM NANOCRISTALINO DE PRATA	- Bactericida e bacteriostático - Com grande capacidade de absorção - Eficaz nas Pseudomonas e MRSA	- Placas	- Aquacel Ag
CADEXÓMERO DE IODO	- Bactericida e bacteriostático - Capacidade de absorção diminuída - Eficaz nas Pseudomonas e MRSA	- Placas	- Iodosorb
COLAGÉNIO	- Acção hemostática - Promove a agregação plaquetária - Interage com certas proteínas plasmáticas como a fibronectina - Estimula a produção dos fibroblastos e osteoblastos - Com Gentamicina, e adjuvante da técnica cirúrgica na prevenção da infecção - Com Matriz Modeladoras das Proteases tem como finalidade capsular as metaloproteinases, deixando os factores de crescimento actuarem livremente	- Grânulos - Placas	- Catrix - Steptocoll - Cronocol - Promogran
ÁCIDO HIALORÓNICO	- Actua em todas as fases da cicatrização - Na inflamatória, é moderador das actividades proteicas e de limpeza - Na granulação, facilita a migração das células e organização dos tecidos e promove a angiogénese e a produção de colagénio - Na epitelização, liga a matriz dos tecidos e facilita a migração dos queratinócitos	- Grânulos - Placa	- Hialofill
HIDROCOLÓIDES	- Pequena capacidade de absorção - Facilita a rehidratação do leito da ferida - Promove o desbridamento autolítico - Diminui a dor	- Placas	- Hidrocoll - Varihesive - Varihesive gel - control - Mepilex
EMULSÃO LIPÍDICA	- Promove a humidade do leito da ferida - Diminui o tempo de coagulação - Provoca uma vasodilatação local - Aumenta o débito sanguíneo a nível cutâneo	- Pomada	- Biafine

6. FONTES DE PESQUISA

📖 CONSENSOS DE NEONATOLOGIA - 2004

📖 DEALEY, Carol (1996) – ***Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras.***
São Paulo: Atheneu Editora.

📖 HOCKENBERRY, Marilyn J. (2006) – ***Wong Fundamentos de Enfermagem
Pediátrica.*** 7ªed. Rio de Janeiro: Mosby Editora.

📖 IRVING, Valerie (2006) – ***Wound care for preterm neonate.*** Infant. Vol.2.
Liverpool Women's Hospital

📖 MOLNLYCKE HEALTH CARE WOUND ACADEMY (2005) – ***Issues in
Neonatal wound Care: Minimising Trauma and Pain.***

www.ewma.org (Associação Europeia de Tratamento de Feridas)

www.molnlycke.com

ANEXOS

ANEXO I

ESQUEMATIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

ESQUEMATIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

FASE DA CICATRIZAÇÃO / CARACTERÍSTICAS DA FERIDA	ATITUDE TERAPÊUTICA	PRODUTO INDICADO
<u>FLICTENA</u>	Aspirar e proteger (meio hospitalar)	- Espuma de poliuretano com rebordo
<u>FLICTENA HEMÁTICA</u>	Drenar e remover a pele Desbridar Controlar exsudado	- Hidrogel - Maltodextrina - Poliacrilato com solução de Ringer - Hidrofibras - Alginatos - Espumas de poliuretano simples ou mistas - Espumas de silicone
<u>NECROSE</u> <u>FIBRINA</u> <u>TECIDO DESVITALIZADO</u>	Desbridamento: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirúrgico ○ autolítico ○ enzimático ○ químico Controlar o exsudado	- Hidrogel - Maltodextrina - Poliacrilato com solução de Ringer - Colagenase - Hipoclorito de sódio - Hidrófibras - Alginatos - Espumas de poliuretano simples ou mistas - Espumas de silicone

<p><u>MUITO EXSUDATIVAS</u></p>	<p>Controlar o exsudado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrofibras - Alginatos - Espumas de poliuretano simples ou mistas - Espumas de silicone
<p><u>EM FASE DE GRANULAÇÃO</u></p>	<p>Promover e proteger o tecido de granulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrofibras - Alginatos - Espumas de poliuretano simples ou mistas - Espumas de silicone
<p><u>EM FASE DE EPITELIZAÇÃO</u></p>	<p>Promover a epitelização</p> <p>Proteger os novos tecidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Placa de silicone - Tule - Películas de poliuretano
<p><u>INFECTADAS</u> <u>E/OU COM MAU ODOR</u></p>	<p>Controlar odor exsudado e ambiente microbiano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carvão activado com prata - Hidrofibras com carvão - Hidrofibras com prata - Nanocristalino de prata - Cadexómero de iodo - Tule impregnado de creme iodado
<p><u>FERIDAS LIMPAS QUE NÃO EVOLUEM</u></p>	<p>Promover granulação e epitelização</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colagénio - Colagénio com gentamicina - Colagénio com matriz modeladora das proteases - Ácido hialorónico

ANEXO II

BOAS PRÁTICAS NO TRATAMENTO DE FERIDAS

BOAS PRÁTICAS NO TRATAMENTO DE FERIDAS

- ✚ O tratamento de feridas deve ser efectuado por dois profissionais: um que promove o conforto do bebé através do toque, sucção não nutritiva, administração de sacarose 24% e/ou analgesia, enquanto o outro providencia o tratamento;

- ✚ Controlar o ambiente de forma a reduzir factores de stress durante o tratamento de feridas – luminosidade, ruído, temperatura;

- ✚ Utilizar solutos à temperatura corporal e nunca a temperatura ambiente;

- ✚ Envolver os pais – se assim o desejarem – no tratamento de feridas do seu filho;

- ✚ Documentar correctamente a ferida, preferencialmente em local reservado ao registo de feridas, tendo em conta:
 - Tipo de ferida;
 - Localização;
 - Dimensão (diâmetro e profundidade);
 - Características do leito da ferida;
 - Características da pele circundante;
 - Características do exsudado;
 - Presença de sinais de infecção e/ou odor;
 - Avaliação da dor durante a troca de penso;
 - Material utilizado;
 - Data de realização do tratamento e de reavaliação.

Anexo XXI

Plano de sessão de apresentação do Procedimento de
administração da sacarose 24%



PLANO DA SESSÃO

<u>Tema:</u>	Procedimento de administração de sacarose 24% no alívio da dor na criança
<u>Grupo-alvo:</u>	Equipa de Enfermagem da Ala B do Serviço de Pediatria Médica
<u>Local:</u>	HSJ, EPE – Serviço de pediatria Médica (Ala B, Gabinete Sr.ª Enfermeira Chefe)
<u>Data:</u>	Junho de 2010
<u>Objectivo:</u>	Dar a conhecer as indicações, contra-indicações e dosagens recomendadas da sacarose como método não farmacológico do alívio da dor na criança

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	AValiação
Introdução	5 minutos	- Apresentação da formadora - Pertinência da formação	Método expositivo	Receptividade
Desenvolvimento	10 minutos	- Estudos que suportam o uso da sacarose; - Indicações, contra-indicações e dosagens recomendadas; - Procedimento de administração.	Método expositivo	Receptividade Feedback
Conclusão	5 minutos	- Resumo do tema abordado; - Espaço para dúvidas; - Apresentação da bibliografia utilizada.	- Diálogo informal	Receptividade Feedback

Anexo XXII

Procedimento de administração da sacarose 24%

HOSPITAL DE SÃO JOÃO, EPE

SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA

PROCEDIMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE 24%

A sacarose é um carboidrato do tipo dissacarídeo, formado pela união de dois monossacarídeos: a glicose e a frutose. A sua ingestão provoca a libertação de endorfinas, substâncias com propriedades analgésicas naturalmente produzidas pelo organismo. Segundo estudos existentes, a sacarose actua a partir do 1º minuto após a administração e pode ter uma duração de acção de 10 minutos. Se associada a sucção não nutritiva – chupeta – a eficácia é superior. Os estudos efectuados comprovam a eficácia da administração até aos 3 meses, embora existam autores que recomendam a administração até aos 6 meses de idade. Em alternativa à solução de sacarose 24% pode ser utilizada uma solução de glicose a 30% ou leite materno (GASPARDO, 2005).

INDICAÇÕES:

_ TODOS OS PROCEDIMENTOS MINOR QUE POSSAM PROVOCAR DOR LIGEIRA:

- Punção venosa periférica
- Punção arterial
- Punção lombar
- Punção capilar
- Injecções IM ou SC
- Colocação de drenos torácicos, sonda gástrica, cateteres venosos centrais, algaliação
- Aspiração de secreções
- Remoção ou realização de pensos
- Exames auxiliares de diagnóstico como a ecografia

CONTRA-INDICAÇÕES:

- ✗ Suspeita de NEC
- ✗ Atrésia do esófago
- ✗ Fístula traqueo-esofágica
- ✗ Prematuridade inferior a 28 semanas
- ✗ Intolerância à frutose

EFEITOS SECUNDÁRIOS:

- Náuseas
- Hiperglicemia (controverso)

DOSAGENS RECOMENDADAS:

PESO	DOSE POR ADMINISTRAÇÃO	DOSE NAS 24 H	
		PRÉ-TERMO	TERMO
<1,5 Kg	0.2ml	0.8ml	1.6ml
1,5Kg – 2 kg	0.3ml	1.2ml	2.4ml
2kg – 2,5kg	0.5ml	2ml	4ml
2,5kg-3 kg	1ml	4ml	8ml
Até 3 meses ou > 3kg	2ml	8ml	16ml

Adaptado de : CARBAJAL, R. – *Solutions sucrées et tétines pour la douleur dès gestes chez le nouveau-né*. CNRD – Centre National de lutte contre la douleur. Hôpital d'enfants Armand Trousseau. Paris. Setembro 2004

PROCEDIMENTO:

1. Preparar a solução a administrar numa seringa de 1 ou 2 ml;
2. Administrar a solução, de acordo com a dosagem recomendada, via oral **2 minutos antes do procedimento**;
3. Colocar a criança em posição confortável;
4. Realizar o procedimento;
5. Repetir administração se necessário 5 minutos após a 1ª administração;
6. Associar à sacarose 24% outras medidas de conforto não farmacológicas.

MEDIDAS DE CONFORTO NÃO FARMACOLÓGICAS

Medidas ambientais:

- Redução do ruído
- Protecção de luz intensa
- Chupeta
- Posição confortável
- Suporte postural
- Música
- Contacto físico/toque
- Presenças dos pais

Medidas comportamentais:

- Manipulação mínima e movimentos suaves
- Concentração de cuidados
- Minimização de procedimentos invasivos

BIBLIOGRAFIA:

- 📖 CARBAJAL, R. – *Solutions sucrées et tétines pour la douleur dès gestes chez le nouveau-né*. CNRD – Centre National de lutte contre la douleur. Hôpital d'enfants Armand Trousseau. Paris. Setembro 2004

- 📖 GASPARDO, Cláudia M., et al - *A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura*. Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro.2005

- 📖 ROCHA, Gustavo, et al – *Analgesia e Sedação*. Consensos de Neonatologia. Secção de Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra. 2004. Pág. 45-51

Anexo XXIII

Plano da Sessão “Acção de sensibilização: as percepções parentais que interferem no combate à obesidade”



PLANO DA SESSÃO

Grupo-alvo:	Enfermeiros do Centro de Saúde da Senhora da Hora
Tema:	Acção de Sensibilização: Percepções parentais que interferem no combate à obesidade infantil
Local:	Biblioteca da UCC da Senhora da Hora
Data:	Janeiro de 2011
Objectivo:	Sensibilizar os enfermeiros relativamente a esta temática no combate à obesidade infantil

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	AValiação
Introdução	5 minutos	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação dos formadores- Pertinência da formação	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação em PowerPoint	Receptividade
Desenvolvimento	55 minutos	<ul style="list-style-type: none">- As crenças culturais associadas à obesidade- Factores que influenciam a construção das percepções- Percepções da população infanto-juvenil- Percepções parentais sobre o estado nutricional das crianças- Percepções parentais sobre a imagem corporal das crianças- Percepções parentais sobre a saúde das crianças- Percepções dos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação em PowerPoint	Receptividade Feedback
Conclusão	15 minutos	<ul style="list-style-type: none">- Espaço para dúvidas;	<ul style="list-style-type: none">- Diálogo informal	Receptividade Feedback

Anexo XXIV

Apresentação em *power-point* da sessão “Acção de sensibilização: as percepções parentais que interferem no combate à obesidade”



ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO:

Percepções parentais que interferem no combate à obesidade infantil

- **GRAÇA CARVALHO | LÚCIA MACEDO | ROSA MARIA MENDES**
- **Sob orientação de: Enfermeira Alexandra Correia**

Sumário:



1. **Pertinência da formação**
2. **Revisão da literatura**
 - 2.1. **As crenças culturais associadas à obesidade**
 - 2.2. **Factores que influenciam a construção das percepções**
 - 2.3. **Percepções da população infanto-juvenil**
 - 2.4. **Percepções parentais sobre o estado nutricional das crianças**
 - 2.5. **Percepções parentais sobre a imagem corporal das crianças**
 - 2.6. **Percepções parentais sobre a saúde das crianças**
 - 2.7. **Percepções dos profissionais de saúde**
3. **Resultados de um estudo**
4. **Bibliografia**

1. Pertinência da formação



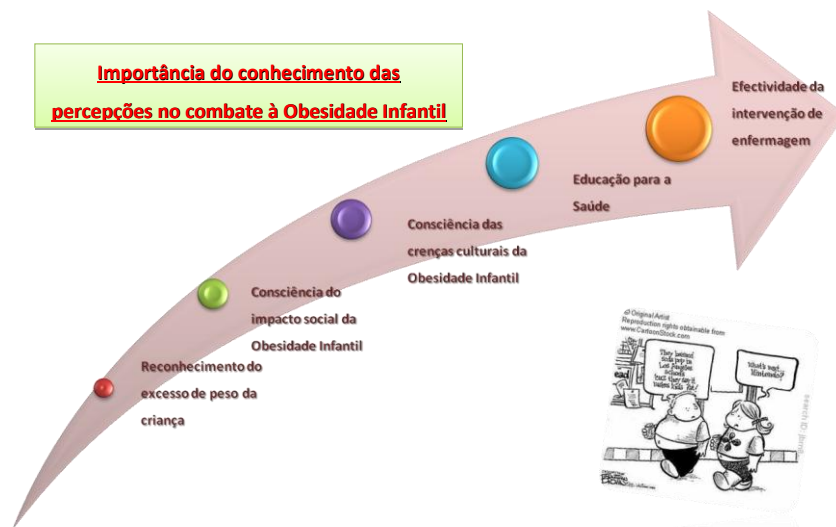
Golan *et al.*, 1998; Balaban & Silva, 2004; Jolliffe, 2004; Lissau *et al.*, 2004; Nobre *et al.*, 2004; OMS, 2004; Padéz *et al.*, 2004; Padéz *et al.*, 2005; Jackson *et al.*, 2005; Fisher *et al.*, 2006; Chiarelli & Marcovecchio, 2008

3

1. Pertinência da formação



Importância do conhecimento das percepções no combate à Obesidade Infantil



4

2. Revisão da literatura



2.1. As crenças culturais associadas à obesidade



Crenças associadas à obesidade:

- **Sinal de sobrevivência e de prosperidade**

(Repetto, Rizzolli e Bonatto, 2003);

- **Sinal de saúde e de beleza** (WHO, 2000; Filho, 2004)

Ideais de beleza variam em função dos padrões estéticos adoptados em cada época

5

2. Revisão da literatura



2.1. As crenças culturais associadas à obesidade



- **Nas sociedades afro-americanas:**

- **A gordura é ainda um símbolo social de prestígio e uma forma de sedução sexual** (Campos, Leite, Almeida, 2006).

- **Nas sociedades ocidentais:**

- **A magreza é sinónimo de beleza** (Heinberg, 1996, citado por Ferreira e Leite, 2002).

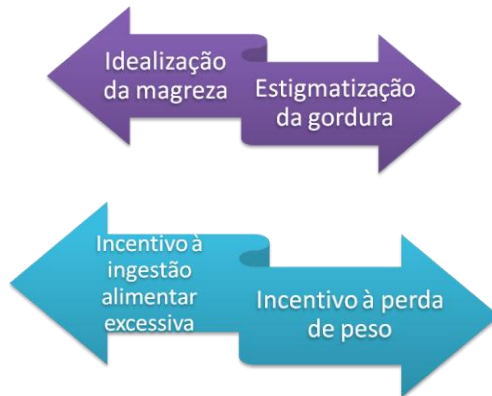
- **A obesidade não é atractiva e está associada à rejeição**

Ideais de beleza variam em função dos padrões estéticos adoptados em cada cultura

2. Revisão da literatura



2.1. As crenças culturais associadas à obesidade



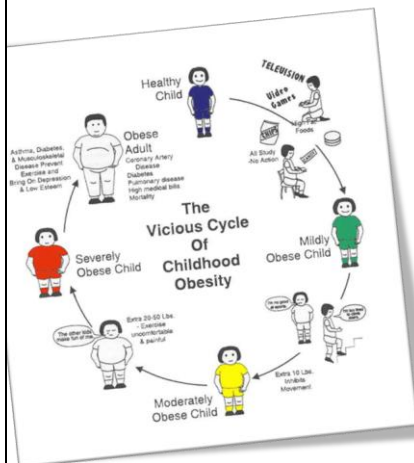
Existência de um ambiente paradoxal!

7

2. Revisão da literatura



2.1. As crenças culturais associadas à obesidade



Se os pais negam que a sua criança apresenta excesso de peso ou pensam que a criança gorda é saudável porque é uma crença cultural, quaisquer que sejam as intervenções para “travar” o sobrepeso, inevitável e previsivelmente irão obter resultados fracassados (Myers e Vargas, 2000).

Estratégia a adoptar:

- Encorajar os pais a expressarem abertamente sobre as suas crenças culturais

8

2. Revisão da literatura



2.1. As crenças culturais associadas à obesidade



•No que respeita à **actividade física**: um tema importante mas **não uma preocupação imediata mas sim, o exercício físico**

•No que respeita aos **hábitos sedentários**, pouca **preocupação com o assistir televisão de modo excessivo durante a infância**, (Zehle et al., 2007)

Estratégia a adoptar:

- Promover a actividade física da criança

9

2. Revisão da literatura



2.1. As crenças culturais associadas à obesidade



•No que respeita aos **hábitos alimentares**: pouca **preocupação com a “sobre-alimentação”**, mesmo nos primeiros meses de vida.

•O **peso (elevado)** é o melhor marcador de saúde infantil, de **desenvolvimento positivo da criança** e de um **trabalho parental bem sucedido** (Chamberlin et al., 2002).

Estratégia a adoptar:

- Promoção de um papel parental positivo (Tyler & Horner, 2008)

10

2. Revisão da literatura



2.1. As crenças culturais associadas à obesidade



Os alimentos tem uma função :

- nutritiva;
- satisfação de necessidades emocionais da criança:
 - Promoção da tranquilidade da criança;
 - Promoção de comportamentos adequados através da recompensa o que pode causar interferência na competência das crianças regularem a sua auto-ingestão (Chamberlin *et al.*, 2002).

Estratégia a adoptar:

- Promoção de um papel parental positivo (Tyler & Horner, 2008)

11

2. Revisão da literatura



2.2. Factores que influenciam a construção das percepções

•CULTURA:

- influencia os comportamentos dos indivíduos afectando os seus pensamentos, sentimentos, aceitação, e a adopção de mensagens de educação para a saúde (Pasick, D'Onofrio, Otero-Sabogal, 1996, Pasick, 1997, citados por Boyington *et al.*, 2008);

-influencia as preferências relativamente ao peso e ao tamanho do corpo (ciclo social: família e amigos);

-RAÇA E ETNIA:

Estratégia a adoptar:

- Conhecer os valores culturais no sentido de perceber o que está por detrás da não-adopção dos comportamentos saudáveis



12

2. Revisão da literatura



2.2. Factores que influenciam a construção das percepções



•NÍVEL DE FORMAÇÃO DOS PAIS:

- um nível de escolaridade elevado esteve associado a uma correcta percepção acerca do estado nutricional (Baughcum *et al.*, 2000);

•NÍVEL SOCIOECONÓMICO DO CICLO FAMILIAR:

-mães com baixos recursos económicos utilizam a comida como um mecanismo de *coping*;
-dificuldades em colocar limites na ingestão alimentar (por défices de conhecimento sobre o desenvolvimento normal na criança e condutas alimentares adequadas) [Chamberlin *et al.*, (2002); Kelly e Patterson 2006]]

2. Revisão da literatura



2.2. Factores que influenciam a construção das percepções

•OBESIDADE PARENTAL:



•CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA (IDADE, SEXO DA CRIANÇA)

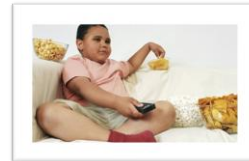


2. Revisão da literatura



2.3. Percepções da população infanto-juvenil

- A obesidade é uma das **condições mais estigmatizantes e menos socialmente aceite, na infância** (Schwimmer, Burwinkle, Varni, 2003).
- Em relação à percepção da prevalência da obesidade, **muitos estudantes reconhecem que o problema da obesidade existe** contudo, **cada vez mais é dada menos importância** (Williams *et al.*, 2008).



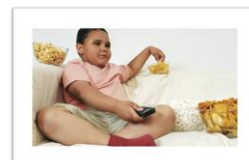
15

2. Revisão da literatura



2.3. Percepções da população infanto-juvenil

- Preocupação com as consequências a longo prazo** (diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e hipercolesterolemia – as doenças crónicas)
- A obesidade é limitadora da funcionalidade física** tornando assim, as pessoas por ela afectadas, menos produtivas;
- Os adolescentes acreditam que para a manutenção de um peso saudável é importante as pessoas adoptarem comportamentos saudáveis.** Contudo, **outros acreditam que este é determinado pela componente genética** (Williams *et al.*, 2008).



16

2. Revisão da literatura



2.3. Percepções da população infanto-juvenil

•Estudos têm demonstrado diferenças de sexo em relação à imagem corporal nas crianças, desejando um corpo mais magro nas meninas em relação aos meninos (Cohane e Pope, 2001; Williams *et al.*, 2008).



17

2. Revisão da literatura



2.4. Percepções parentais sobre o estado nutricional das crianças



- 35% dos pais não acreditaram que os seus filhos (que eram obesos) apresentavam sobrepeso (Myers *et al.*, 2000);
- 79% das mães não perceberam o sobrepeso nas crianças obesas (Baughcum *et al.*, 2000);
- 32.1% e 61% das mães reportaram que as suas crianças tinham peso adequado mas, de facto, tinham sobrepeso (Maynard *et al.*, 2000; Hackie e Bowles, 2007).
- 31% dos prestadores de cuidados subestimaram o peso das suas crianças (Fisher *et al.*, 2006).

18

2. Revisão da literatura



2.4. Percepções parentais sobre o estado nutricional das crianças



- É mais frequente os pais reconhecerem o excesso de peso nas raparigas do que nos rapazes (Maynard *et al.*, 2003; Jeffery *et al.*, 2005; Campbell *et al.*, 2006; Boa-Sorte *et al.*, 2007; Wald *et al.*, 2007).
- Mais atenção à imagem corporal da rapariga do que à do rapaz (Meizi e Evans, 2007).
- São as mães quem efectuam uma avaliação correcta sobre o estado nutricional dos seus filhos (em relação aos progenitores do sexo masculino) (Jeffery *et al.*, 2005).
- É mais provável que o peso seja identificado como um risco quanto maior for a idade (Young-Hyman *et al.* 2000; Huang *et al.*, 2007).

19

2. Revisão da literatura



2.5. Percepções parentais sobre a imagem corporal das crianças



- Não há congruência entre as percepções maternas e a realidade (Eckstein *et al.*, 2006; Reifsnider *et al.*, 2006).
- A imagem corporal atribuída pelos rapazes e raparigas é sobreponível à imagem corporal que os pais consideraram que o seu filho ou filha possuíam (Silva *et al.*, 2008).
- A escolha de uma imagem corporal mais leve para as raparigas e mais pesada para os rapazes (Silva *et al.*, 2008).

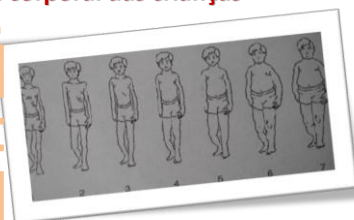
20

2. Revisão da literatura



2.5. Percepções parentais sobre a imagem corporal das crianças

• Devem ser desenvolvidas e utilizadas diferentes formas para promover uma percepção correcta sobre a imagem corporal.



• A identificação de uma imagem corporal poderá ser:

• uma **mais-valia geradora de motivação** para a mudança comportamental, referida num contexto familiar (Silva *et al.*, 2008);

• uma **ferramenta muito útil para identificar as crianças com excesso de peso** quando as outras medidas não são tão adequadas (Eckstein *et al.*, 2006).



21

2. Revisão da literatura



2.6. Percepções parentais sobre a saúde das crianças



❑ O excesso de peso não é encarado como um problema se a criança transparece **felicidade** (Baughcum *et al.*, 1998; Crawford *et al.*, 2004) e consegue realizar **actividades**, próprias da infância (Jain *et al.*, 2001; Reifsnider *et al.*, 2006).

❑ Os pais **têm medo de serem estigmatizados** ou censurados se as **crianças não forem “rechonchudas”** sendo este portanto, um sinal de maus cuidados prestados às crianças (Baughcum *et al.*, 1998; Jain *et al.*, 2001).

❑ Para as mães latinas, a **magreza está associada a uma saúde “pobre”** estando as crianças mais **propensas às doenças** e que “uns quilos a mais” ajuda na recuperação da doença (Crawford *et al.*, 2004).

22

2. Revisão da literatura



2.6. Percepções parentais sobre a saúde das crianças



Causas possíveis para explicar a não-percepção do excesso de peso:

- 1.a crença de que a criança “gordinha” é saudável e é tradutora de melhor cuidado por parte dos pais (Myers, Vargas, 2000; Baughcum *et al.*, 2000).
- 2.um sinal de sucesso parental (Reifsnider *et al.*, 2006).
- 3.crença de que fornece mais energia para brincar.
- 4.o excesso de peso é visto como um reflexo da constituição física inerente ou mesmo como um indicador de bom estado de saúde (Baughcum *et al.*, 1998; Jain *et al.*, 2001);

23

2. Revisão da literatura



2.6. Percepções parentais sobre a saúde das crianças



- ✓ Os pais acreditam que:
 - o desenvolvimento da obesidade se devia maioritariamente à **tendência genética familiar** com o crescimento;
 - a **gordura tenderá a desaparecer** à medida que esta se torna mais alta, mais velha e mais activa (Jain *et al.*, 2001).
- ✓ Os pais manifestam preocupação com o excesso de peso, **se a criança demonstrar ser menos activa** em relação às outras crianças (Carnell *et al.*, 2005; Eckstein *et al.*, 2006).

24

2. Revisão da literatura



2.6. Percepções parentais sobre a saúde das crianças



- Jain *et al.*, (2001) apontam para a **necessidade dos profissionais de saúde de se focalizarem no desenvolvimento de competências parentais gerais** e não a discussão do crescimento da criança.
- Carnell *et al.*, (2005) sugerem que sejam **efectuados ensinamentos que concerne à prevenção de sobrepeso** como forma efectiva de envolvimento parental.
- A falta de “consciência” pode ser particularmente evidente, na **idade dos 3-5 anos**, pela mensagem predominante que se transmite às mães sobre o encorajamento do crescimento e manutenção do seu ritmo segundo as tabelas do percentil de crescimento.

25

2. Revisão da literatura



Estratégias a adoptar:



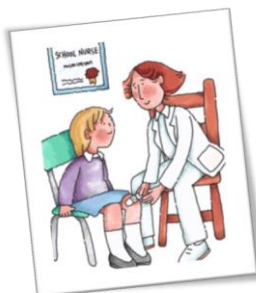
- **Manter os pais interessados na adopção de medidas de prevenção da obesidade e suas doenças associadas** uma vez que se os pais acreditam que ter uma criança com excesso de peso é detentora de um bom estado de saúde, esta percepção poderá constituir a maior barreira aos esforços de prevenção de obesidade;
- **Sensibilizar os pais para que tenham cuidado com as percepções** para que não tenham um **impacto negativo na auto-estima da criança**.

26

2. Revisão da literatura



2.7. Percepções dos profissionais de saúde



• Apesar das **percepções dos profissionais de saúde** serem mais **precisas que as dos pais** estas são susceptíveis, similarmente uma vez que estão condicionadas pelo meio socio-cultural que estão inseridos (Myers e Vargas, 2000).

• **Causas de obesidade infantil:**

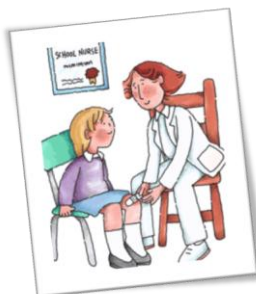
- ✓ comportamento alimentar inadequado;
- ✓ consumo calórico excessivo; estilo de vida sedentário;
- ✓ Hereditariedade;
- ✓ cultura

27

2. Revisão da literatura



2.7. Percepções dos profissionais de saúde



• **Barreiras que interferem no tratamento da obesidade infantil:**

- ✓ falta de envolvimento parental,
- ✓ Falta de tempo,
- ✓ falta de motivação do cliente,
- ✓ falta de recursos de apoio
- ✓ complexidade e dificuldade intrínseca em gerir um problema comportamental multifacetado (Story et al., 2002).

28

2. Revisão da literatura



2.7. Percepções dos profissionais de saúde



• Percepções dos profissionais que interferem no tratamento da obesidade infantil:

✓ **baixo nível de proficiência** percebida no uso de estratégias de controlo comportamental, orientação de técnicas parentais e na gestão de conflitos familiares apesar de manifestarem interesse na aquisição de competências nestas áreas (Moyers, Bugle e Jackson, 2005).

29

2. Revisão da literatura



2.7. Percepções dos profissionais de saúde



• Atitudes dos profissionais que interferem no tratamento da obesidade infantil:

✓ **alguma relutância no aconselhamento aos pais** uma vez que acreditavam que os pais não iam ser receptivos por não reconhecerem o problema.

✓ um terço dos enfermeiros de Saúde Escolar (31,1%) usou o IMC como método de avaliação da obesidade, **metade (52%) basearam-se no “olho clínico”** e 3,7% não efectuavam despiste de excesso de peso na infância.

30

2. Revisão da literatura



2.7. Percepções dos profissionais de saúde



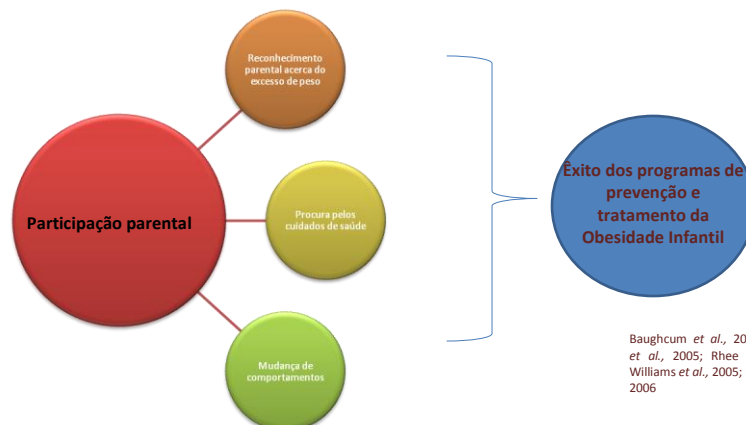
- **Necessidades dos profissionais no tratamento da obesidade infantil:**
- **mais informação sobre os factores de risco** que contribuem para o desenvolvimento de obesidade infantil (como a etnicidade e um nível socio-económico mais baixo) uma vez que as crianças destes grupos apresentam um maior risco;
- **necessidade de serem mais pró-activos** na defesa dos programas de prevenção nas suas comunidades;
- **necessidade de participarem na implementação de programas escolares** que promovam a actividade física e a alimentação saudável.

31

3. Resultados de um estudo



- **Contribuir para os programas de prevenção e tratamento da Obesidade Infantil**



Baughcum *et al.*, 2000; Genovesi *et al.*, 2005; Rhee *et al.*, 2005; Williams *et al.*, 2005; Eckstein *et al.* 2006

32

3. Resultados de um estudo



Objectivo geral:

- Avaliar as percepções parentais sobre o estado nutricional, imagem corporal e saúde nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico

Objectivos específicos:

- Determinar a taxa de prevalência de excesso de peso e obesidade infantil nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico;
- Avaliar as percepções parentais sobre o estado nutricional desta população;
- Determinar a relação entre o percentil de IMC das crianças e o IMC dos responsáveis pelo cuidado à criança;
- Avaliar as percepções parentais sobre a imagem corporal das crianças;
- Avaliar a distorção das percepções parentais sobre a imagem corporal desta população;
- Avaliar as percepções parentais sobre a saúde desta população;

33

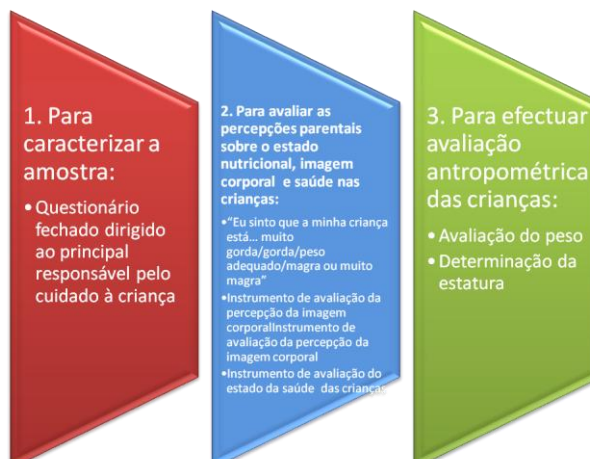
3. Resultados de um estudo



1. Tipo de estudo

Descritivo-correlacional

2. Instrumentos de colheita de dados



34

3. Resultados de um estudo



2. Instrumentos de colheita de dados

1. Para caracterizar a amostra:

- Questionário fechado dirigido ao principal responsável pelo cuidado à criança

Relativamente ao cuidador

- Sexo, idade e habilitações literárias
- Peso e altura

Relativamente à criança

- Sexo, idade
- Ano escolar

35

3. Resultados de um estudo



2. Instrumentos de colheita de dados

2. Para avaliar as percepções parentais sobre o estado nutricional, imagem corporal nas crianças:

- “Eu sinto que a minha criança está... muito gorda/gorda/peso adequado/magra ou muito magra”
- Instrumento de avaliação da percepção da imagem corporal
- Instrumento de avaliação do estado da saúde das crianças

Relativamente ao estado nutricional

- Frase com resposta pré-definida – resultante da reflexão crítica de alguns artigos consultados durante a revisão da literatura

Relativamente à imagem corporal

- Escala da Imagem corporal - 7 imagens de crianças para ambos os sexos, compreendidas entre a magreza (F1) e a obesidade (F7) (Silva, 2007).

Relativamente à saúde

- KINDL® - Questionário com 24 perguntas que pretende medir 6 dimensões da qualidade de vida (bem-estar físico, bem-estar emocional, auto-estima, família, amigos e escola) (Ferreira *et al.*, 2006)

36

3. Resultados de um estudo



3.2. Instrumentos de colheita de dados



3. Resultados de um estudo

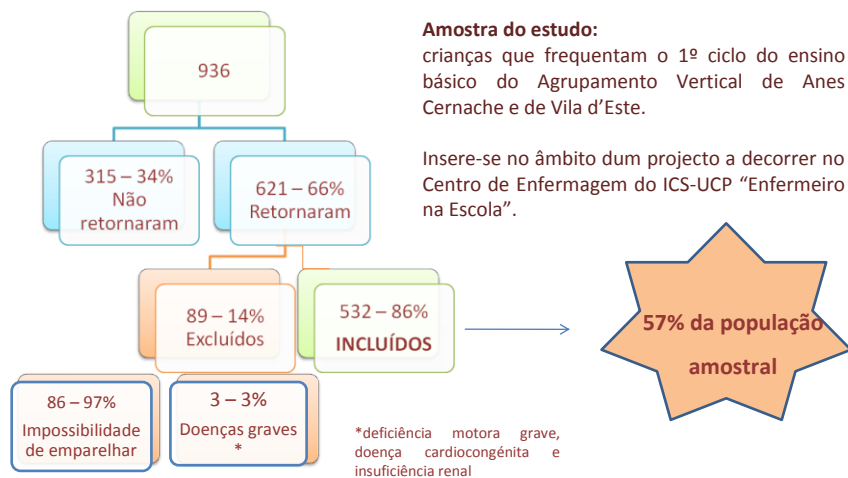


Figura 1. Esquema explicativo da selecção da amostra em estudo.

3. Resultados de um estudo



. Caracterização da amostra

População parental

- Principal responsável pelo cuidado à criança: mãe (79%) seguidamente o pai (19%);
- Mediana de idades: 36 anos;
- Habilitações literárias: 72% apresentava uma escolaridade até ao 9º ano, 20% até ao 12º ano e 7% apresentavam curso superior;
- IMC: 26% (n=140) subpeso; 37% (n=194) adequado; 26% (n=138) sobrepeso; 11% (n=57) obesidade.

População infantil

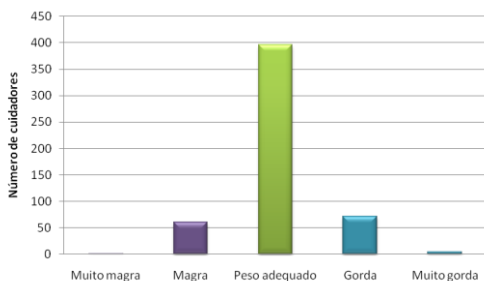
- Género: 51% sexo feminino; 49% sexo masculino;
- Média idade cronológica: 8 anos; Desvio padrão: 1 ano;
- Percentil de IMC (DGS): 3% (n=17) subpeso; 59% (n=313) adequado; 19% (n=99) sobrepeso; 19% (n=103) obesidade

38% (n= 202)

3. Resultados de um estudo



. Percepções parentais sobre o estado nutricional nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico



- 74% (n=396) considerava que os seus filhos tinham peso adequado;
- 14% (n=74) perceberam que a sua criança estava (muito) gorda;
- 12% (n=62) perceberam que a sua criança estava (muito) magra.

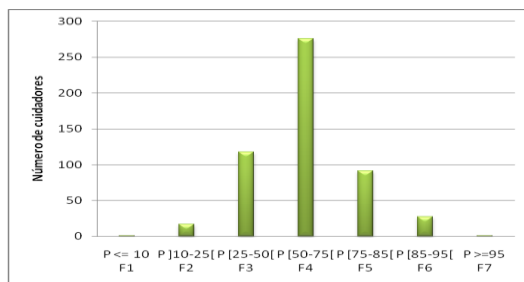
Figura 1. Distribuição da percepção parental sobre o estado nutricional das crianças (n=532).

Houve uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção parental sobre o estado nutricional e o percentil de IMC da criança ($r = 0.501$; $p < 0.001$), em que 50.1% dos casos a percepção estava correcta.

3. Resultados de um estudo



. Percepções parentais sobre a imagem corporal nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico



52% (n=276) escolheram imagens correspondentes ao percentil de IMC [50-75]

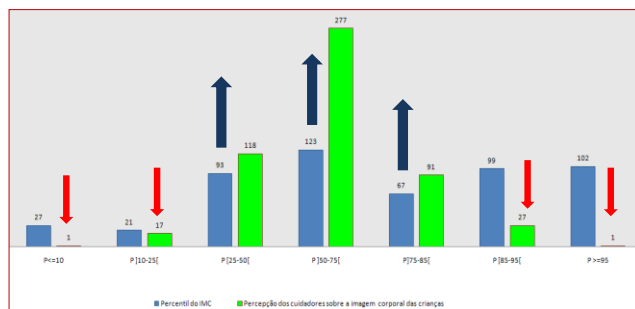
Figura 2. Distribuição da percepção parental sobre a imagem corporal das crianças (n=531)

Houve uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção parental sobre a imagem corporal e o percentil de IMC da criança (0.621; p < 0.001), em que 62.1% dos casos a percepção estava correcta.

3. Resultados de um estudo



. Percepções parentais sobre a imagem corporal (e distorção) nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico



Uma percentagem elevada dos pais atribuíram uma figura que não correspondia à realidade.

Esta distorção foi mais evidente no caso das crianças que se situavam no percentil <=10, 50-75, 85-95 e >=95.

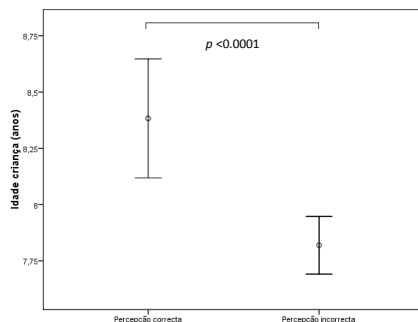
Figura 3. Diferença entre a percepção parental relativamente à imagem corporal e o percentil do IMC da criança.

Houve distorção das percepções parentais sobre a imagem corporal das crianças

3. Resultados de um estudo



. Percepções parentais sobre a imagem corporal (e distorção) nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico (cont.)



Tendo em conta a idade da criança, verificou-se que a distorção da percepção parental foi maior, isto é, estatisticamente mais significativa, no caso das crianças mais novas ($p < 0.0001$)

Figura 4. Intervalos de confiança a 95%, para a idade da criança, segundo as percepções parentais sobre a imagem corporal dos seus filhos.

3. Resultados de um estudo



. Percepções parentais sobre a imagem corporal nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico (cont.)

Sexo da criança	Total n %	Percepção		p
		Correcta n (%)	Incorrecta n %	
Feminino	270 (51%)	66 (24%)	204 (76%)	0.833
Masculino	262 (49%)	62 (24%)	200 (76%)	
Sem informação	10	-	-	

Tabela 1. Distribuição das percepções (in) correctas segundo o sexo da criança (n=532).

Não houveram diferenças estatisticamente significativas quando analisado o sexo da criança.

3. Resultados de um estudo



. Percepções parentais sobre a imagem corporal nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico (cont.)

Não houveram diferenças estatisticamente significativas entre os pais que apresentaram uma percepção (in) correcta com:

- a sua idade ($t = 0.663$; $p = 0.508$);
- o facto do mesmo ser mãe, pai, avó(ô) ou outro ($p=0.481$);
- a sua escolaridade (na globalidade) ($\chi^2=11.156$; $p= 0.265$).

45

3. Resultados de um estudo



. Percepções parentais sobre a saúde nas crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico

Dimensões do questionário	Média \pm Desvio padrão (%)
Bem-estar físico	78,90 \pm 15,18
Bem-estar emocional	81,51 \pm 14,12
Auto-estima	66,46 \pm 17,99
Família	81,30 \pm 13,64
Contactos Sociais	84,25 \pm 14,01
Escola	72,61 \pm 16,20
Pontuação final	77,48 \pm 9,73

Os pais tiveram uma boa percepção acerca da saúde das suas crianças, com pontuações medianas mais altas na dimensão 'Contactos Sociais' (84.25) e mais baixas na dimensão 'Auto-estima' (66.46) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da média e desvio-padrão das pontuações das dimensões que compõem o questionário, transformadas em 100

46

3. Resultados de um estudo



Neste estudo verificou-se que:

- ❑ **49.9% e 37.9%** dos casos a **percepção parental** sobre o **estado nutricional** e a **imagem corporal** estava **incorrecta** (respectivamente);
- ❑ A **distorção** da percepção parental é **maior nas crianças mais novas**, não se encontrando qualquer relação com o seu sexo;
- ❑ O facto de a sua **percepção estar (in) correcta não teve qualquer relação** com (1) o **facto do principal responsável pelo cuidado à criança ser mãe, pai, avós** ou outro, (2) com a sua **idade** bem como, (3) com as suas **habilitações literárias**;

47

4. Bibliografia



- Balaban, G. and Silva G.2004. Protective effect of breastfeeding against childhood obesity. *Jornal de Pediatria*. 80(1): 7-16.
- Baugcum, A. E., Burklow, K. A., Deeks, C. M., Powers, S. W. and Whitaker, R. C. 1998. Maternal feeding practices and childhood obesity: A focus group study of low-income mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* [online], 152: 1010-14. Available: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/152/10/1010> [January 19, 2009]
- Baugcum, A., Chamberlin, L., Deeks, C., Powers, S. and Whitaker, R. 2000. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*. 106(6): 1380-6.
- Bellizzi, M.C. and Dietz, W.H. 1999. Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. *Am J Clin Nutr*. 70: 123S-125S.
- Boa-Sorte, N., Neri, L., Leite, M. E., Brito, S.M., Meirelles, A. R., Ludovice, F., Santos, J., Viveiros, M. and Ribeiro-Jr, H. 2007. Maternal perception and self-perception of the nutritional status of children and adolescents from private schools. *Jornal de Pediatria*. 83(4): 349-56;
- Boying, J.E.A., Carter-Edwards, L., Piehl, M., Hutson, J., Langdon, D. and McManus, S. 2008. Cultural attitudes toward weight, diet, and physical activity among overweight African
- Campbell, M., Williams, J., Hampton, A. and Wake M. 2006. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *MJA*. 184(6): 274-7.

48

4. Bibliografia



- Campos, L., Leite, A. and Almeida, P. 2006. Socioeconomic status and its influence on the prevalence of overweight and obesity among adolescent school children in the city of Fortaleza, Brazil. *Rev. Nutr., Campinas*. 19(5): 531-8.
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D. and Wardle, J. 2005. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal of Obesity*. 29: 353-5.
- Chamberlin, L., Sherman, S. N., Jain, A., Powers, S. W. and Whitaker, R. C. 2002. The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children: Perceptions of WIC health care professionals. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 156(7): 662-8.
- Chiarelli, F. and Marcovecchio, M. L. 2008. Insulin resistance and obesity in childhood. *European Journal of Endocrinology*. 159: S67-S74.
- Cohane, G. H. and Pope, H.G. 2001. Body image in boys: a review of the literature [Abstract]. *Int J Eat Disord*. 29: 373-9.
- Crawford, P.B., Gosliner, W., Anderson, C., Strode, P., Becerra-Jones, Y., Samuels, S., Carroll, A.M. and Ritchie, L.D. 2004. Counselling Latina mothers of preschool children about weight issues: suggestions for a new framework. *J Am Diet Assoc*. 104(3): 387-94.
- Eckstein, K. C, Mikhail, L. M., Ariza, A. J., Thomson, J. S., Millard, S. C. and Binns, H. J. 2006. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*. 117(3): 681- 90.

49

4. Bibliografia



- Filho, A. A. 2004. Obesity: a puzzling disorder. *Jornal de Pediatria [online]*, 80(1). Available: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a01.pdf> [January 19, 2009]
- Ferreira, M.C. and Leite, N.G.M. 2002. Adaptation and validation of an instrument for evaluation of body image satisfaction. *Avaliação Psicológica*. 141-9.
- Ferreira, P. L., Almeida, M., Pisco, M. and Cavalheiro L. 2006. Qualidade de vida de crianças e adolescentes. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do KINDL®. *Acta Pediatr Port*. 37(4): 125-44.
- Fisher, L., Fraser, J. and Alexander, C. 2006. Caregivers' inability to identify childhood adiposity: A cross-sectional survey of rural children and their caregivers' attitudes. *Aust J Rural Health*. 14: 56-61.
- Genovesi, S., Giussani, M., Faini, A., Vigorita, F., Pieruzzi, F., Streppava, M.G., Stella, A. and Valsecchini, M.G. 2005. Maternal perceptions of excess weight in children: a survey conducted by paediatricians in the province of Milan. *Acta Paediatr*. 94: 474-52.
- Golan, M., Fainaru, M. and Weizman, A. 1998. Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. *International Journal of Obesity*. 22: 1217-24.
- Golan, M., Weizman, A., Apter, A. and Fainaru, M. 1998. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *Am J Clin Nutr*. 67: 1130-5.

50

4. Bibliografia



- Hackie, M. and Bowles, C.L. 2007. Maternal perception of their overweight children [Abstract]. *Public Health Nurs.* 24(6): 538-46.
- Huang, J. S., Becerra, K., Oda, T., Walker, E., Xu, R., Donohue, M., Chen, I., Curbelo, V. and Breslow, A. 2007. Parental ability to discriminate the weight status of children: Results of a survey. *Pediatrics.* 120(1): 112-9.
- Jackson, D., Mannix, J., Faga, P. and McDonald, G. 2005. Overweight and obese children: mothers' strategies. *Journal of Advanced Nursing.* 52(1): 6-13.
- Jain, A., Sherman, S.N., Chamberlin, L.A., Carter, Y., Powers, S. W. and Whitaker, R.C. 2001. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics.* 107(5):1138-46.
- Jeffery, A.N., Voss, L.D., Metcalf, B.S., Alba, S. and Wilkin, T.J. 2005. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBirth21). *BMJ.* 330: 23-4.
- Kelly, L. E. and Patterson, B. J. 2006. Childhood nutrition: Perceptions of caretakers in a low-income urban setting. *The Journal of School Nursing.* 22(6): 345-51.
- Maynard, M., Galuska, D., Blanck, H. and Serdula, M. 2003. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics.* 111(5), 1226-31.

51

4. Bibliografia



- Meizi, H. and Evans, A. 2007. Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Canadian Family Physician.* 53: 1493-99.
- Moyers, P., Bugle, L. and Jackson, E. 2005. Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children. *The Journal of School Nursing.* 21(2):86-93.
- Myers, S. and Vargas, Z. 2000. Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatric Nursing.* 26(1) 23-30.
- Nobre, E.A., Jorge, Z., Macedo, A. and Castro, J. J. 2004. Tendências do peso em Portugal no final do século XX: Estudo de coorte de jovens do sexo masculino. *Acta Med Port.* 17: 205-9.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. and Rosado, V. 2004. Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year old Portuguese children – trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol.* 16: 670-78.
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P. and Rosado, V. 2005. Prevalence and risks factors for overweight and obesity in portuguese children. *Acta Paediatrica.* 94: 1550-7.
- Reifsnider, E., Flores-Vela, A.R., Beckman-Mendez, D., Nguyen, H., Keller, C. and Dowdall-Smith, S. 2006. Perceptions of children's body sizes among mothers living on the Texas-Mexico border (La Frontera). *Public Health Nursing.* 23(6): 488-95.

52

4. Bibliografia



- Repetto, G., Rizzolli, J. and Bonatto, C. 2003. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, there and everywhere. Arq Brás Endocrinol Metab. 47(6): 633-35.
- Rhee, K. E., Lago, C. W., Arscott-Mills, T., Mehta, S. D. and Davis, R. 2005. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. Pediatrics [online], 116:e94-e101. Available: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/1/e94> [Dezember 2, 2008].
- Silva, D., Valente, A., Rego, C., Vasconcelos, C., Dias, C., Azevedo, L. and Guerra, A. 2007. Imagem Corporal: Auto-avaliação vs caracterização pelo IMC em crianças/adolescentes obesos e seus progenitores. ENDO – Endocrinologia, Diabetes & Obesidade. 1(2): 75-84.
- Silva, D., Rego, C., Camila, C., Azevedo, L.F. and Guerra, A. 2008. Imagem corporal de crianças/adolescentes obesos entre os 7-12 anos e seus progenitores. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. 1: 7-16.
- Story, M. T., Neumark-Stzainer, D. R., Sherwood, N. E., Holt, K., Sofka, D., Trowbridge, F. L. and Barlow, S. E. 2002. Management of child and adolescent obesity: Attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. Pediatrics. 110(1): 210-4.

53

4. Bibliografia



- Tyler, D. O. and Horner, S. D. 2008. Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behaviour change in primary care. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 20:194-203
- Wald, E., Ewing, L.J., Cluss, P., Goldstrohm, S., Cipriani, L., Colborn, D. K. and Weissfeld, L. 2007. Parental perception of children's weight in a paediatric primary care setting. Child: care, health and development. 33(6): 738-43.
- Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E. and Waters, E. 2005. Health-related quality of life of overweight and obese children. JAMA. 293(1): 70-6.
- Williams, K.J., Taylor, C.A., Wolf, K.M., Lawson, R.F. and Crespo, R. 2008. Cultural perceptions of healthy weight in rural Appalachian youth. Rural and Remote Health [online], 8: 932. Available: <http://www.rrh.org.au> [October 19, 2008].
- Young-Hyman, D., Herman, L.J., Scott, D.L. and Schlundt, D.A. 2000. Care giver perception of children's obesity-related health risks: a study of African American families. Obes Res. 8: 241-8.
- Zehle, K., Wen, L. M., Orr, N. and Rissel, C. 2007. "It's not an issue at the moment": a qualitative study of mothers about childhood obesity. MCN. 32(1): 54-9.

54



Anexo XXV

Poster “Tratamento de queimaduras em Pediatria: experiência do serviço de cirurgia pediátrica do HSJ,EPE”

Anexo XXVI

Apresentação em *power-point* da comunicação livre “Opções terapêuticas no tratamento de feridas em Neonatologia”



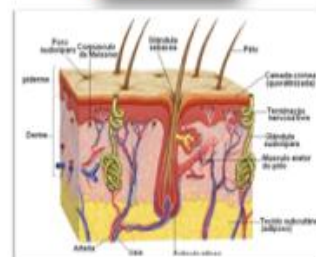
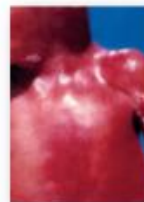
OPÇÕES TERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DE FERIDAS EM NEONATOLOGIA



Rosa Maria Mendes, Joana Coelho (Mestrandas ICS/UCP)
Clara Braga e Constança Festas (Docentes e Orientadoras de Estágio ICS/UCP)

CARACTERÍSTICAS DA PELE DO RECÉM-NASCIDO

- Recém-nascido de termo: características semelhantes ao adulto
- RN pré-termo: **transparente, avermelhada** e com aparência **gelatinosa**, o epitélio é menos desenvolvido, a **junção dermoepidérmica** é muito **frágil** e a **camada córnea** (localizada na epiderme) tem **poucas células**



CARACTERÍSTICAS DA PELE DO RECÉM-NASCIDO

- As propriedades de barreira são menores e a permeabilidade cutânea é maior



maior risco de infecção
maior absorção

- Independentemente da idade gestacional nas 2 primeiras semanas de vida sofre um processo rápido de maturação



3

FISIOLOGIA DA CICATRIZAÇÃO: 3 fases

INFLAMATÓRIA

• logo após a lesão; hemostase e libertação de factores de crescimento; aumento da permeabilidade capilar com passagem de neutrófilos e macrófagos para o leito da ferida; até 4 dias.

PROLIFERATIVA

• fagocitose, angiogénese e formação de fibroblastos que produzem colagénio que cobre o leito da ferida; de 4 a 21 dias

MATURAÇÃO

• epitelização, remodelação das fibras de colagénio. A fase completa pode durar de 4 semanas a 2 anos

4

FERIDAS COMUNS EM NEONATOLOGIA

* Feridas **cirúrgicas** (suturas, drenos, ostomias, deiscência)



* Feridas **traumáticas** (fricção, pressão, "arrancamento", queimaduras, extravasamento de fluídos)



* Lesões **patológicas** (hemangiomas ulcerativos, epidermolise bolhosa, meningococemia)



OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- **Avaliação, caracterização e registo (escrito e fotográfico)**
- **Limpeza da ferida** (SF, água à temperatura corporal)
- **Escolha do apósito**



TRATAMENTO IDEAL:

- Sem componentes tóxicos
- Mantém humidade/ remove humidade em excesso
- Mantém temperatura
- Permite trocas gasosas
- Impermeável bactérias
- Remoção sem trauma

OPÇÕES TERAPÊUTICAS

FERIDA COM TECIDO NECROSADO OU DE FIBRINA

Objectivo:

- desbridamento (cirúrgico, autolítico)

Produtos:

- ✓ Hidrogel (promove desbridamento autolítico, hidrata ferida)
- ✓ Maltodextrina (bactericida, digestão de tecidos mortos, libertação de factores de crescimento)
- ✓ Poliacrilato com solução de Ringer (desbridamento autolítico, absorção, hidratação ferida)



7

OPÇÕES TERAPÊUTICAS

FERIDA EXSUDATIVA

Objectivo:

- remover exsudado em excesso
- evitar maceração pele circundante

Produtos:

- ✓ Hidrofibra (Aquacel®)
- ✓ Alginatos (Kaltostat®)
- ✓ Espuma de poliuretano com ou sem rebordo
- ✓ Espuma com silicone
- ✓ Terapia por pressão negativa
- ✓ Protectores cutâneos



8

OPÇÕES TERAPÊUTICAS

FERIDA INFECTADA

Objectivo:

- controlar ambiente microbiano

Produtos:

- ✓ Alginato com prata
(Cadesorb®)
- ✓ Espuma de poliuretano com prata
- ✓ Hidrofibras com prata
(Aquacel Ag®)
- ✓ Nanocristalino de prata
(Acticoat®)
- ✓ Protectores cutâneos



OPÇÕES TERAPÊUTICAS

FERIDA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO E /OU EPITELIZAÇÃO

Objectivo:

- promover e proteger o tecido de granulação e epitelização

Produtos:

- ✓ Alginatos
- ✓ Espuma de poliuretano com ou sem rebordo
- ✓ Espuma com silicone
- ✓ Hidrofibra
- ✓ Hidrocolóide
- ✓ Placa de silicone



BIBLIOGRAFIA

BAHARESTANI, Mona (2007) – An overview of neonatal and pediatric wound care knowledge and considerations. *OstomyWound Management*. Vol. 53, nº6, p. 34-55.

FOREST-LALANDE, Louise – Wound Care in Neonatology. *Wound Care Canada*. Vol. 2, nº1.

IRVING, Valerie (2006) - Wound Care for Preterm Neonate. *Liverpool Women's Hospital. Infant*. Vol.2, nº 3, p. 102-107.

MOLNLYCKE HEALTH CARE WOUND ACADEMY (2005) - Issues in Neonatal Wound Care: Minimising Trauma and Pain.

11



OBRIGADA!

12