



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Maria João Rocha Bilelo

Março de 2015



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Maria João Rocha Bilelo
Sob orientação de Mestre Isabel Quelhas

Março de 2015

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do MESIP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, sendo sustentado na realização do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que é dividido em três módulos: Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Assistência à criança/família doente, ao qual obtive creditação; Módulo III – Neonatologia e Urgência Pediátrica, tendo sido realizado um total de 500 horas. A metodologia utilizada neste documento é descritiva e crítico-reflexiva, sustentada por pesquisa bibliográfica. Com vista à aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização, foram prestados cuidados a recém-nascidos/crianças/jovens e famílias em diferentes contextos assistenciais. As atividades realizadas foram ao encontro dos objetivos traçados, como resposta às competências elencadas em quatro domínios: Formação em Enfermagem, Gestão de Cuidados, Investigação em Enfermagem e Prestação de Cuidados. A aprendizagem efetuada no decorrer da assistência em diferentes contextos e a atualização de conhecimentos inerente, permitiu-me atingir as competências propostas pelo Plano de Estudos do Curso. Refletir, de forma crítica e sistemática sobre todo este processo, revelou-se fundamental para a maturação do carácter reflexivo, crítico e deontológico-profissional, indispensável ao Enfermeiro Especialista.

Palavras-Chaves: Enfermagem, Saúde Infantil, Pediatria, Criança, Família.

ABSTRACT

This internship report comes as part of the Curricular Unit Report, from MESIP of the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University – Oporto, being held on the Nursing Internship of Pediatrics and Child Health, which is divided in three modules: Module I – Child health; Module II – Unhealthy child/family assistance, in which I got creditation; Module III – Neonatology and Pediatrics Emergency, it was performed in a total of 500 hours. The methodology used in this document is descriptive and critical-reflexive, supported by literature. For the acquisition and development of skills in the specialization area, care to newborns/children/young people and families in different assistance frameworks was provided. The activities performed were in line with the planned goals, as an answer to the listed skills in four areas: Training in Nursing; Care Management; Nursing Research and Providing Care. The learning acquired during the assistance in different frameworks and the inherent knowledge upgrading, allowed me to reach the proposed skills by the Studies Plan Program. Consider and reflect, over this all process, proved to be crucial and essential for the maturation of the reflective, critical and deontological character, which are imperative for a Specialist Nurse.

Key Words: Nursing, Children’s Health, Pediatrics, Child, Family.

Abreviaturas e Siglas

- ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
- AES – Ação de Educação para a Saúde
- APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil
- ARS – Administração Regional de Saúde
- APT – Alimentação Parentérica Total
- CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- CPLEESIP – Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System
- EESIP – Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ELI – Equipa Local de Intervenção
- Enf.^a – Enfermeira
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
- IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

- MESIP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- p. – Página
- PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar
- PIIP – Programa Individual de Intervenção Precoce
- PNV – Programa Nacional de Vacinação
- PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SIP – Saúde Infantil e Pediátrica
- SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Ao longo deste meu percurso, contei sempre com a orientação da Prof.^a Isabel Quelhas, a quem agradeço todo o apoio, disponibilidade e colaboração para que este estágio corresse pelo melhor. Agradeço ainda, às Enfermeiras tutoras, pelo acompanhamento e dedicação; a todas as equipas com quem tive o prazer de trabalhar, que tão bem me acolheram; bem como, a todos os recém-nascidos/crianças/jovens e famílias que muito me ensinaram.

A Ti e aos que desde sempre estiveram, o meu Muito Obrigada!

Índice

Introdução.....	15
1. Competências adquiridas em contexto de prática profissional.....	17
2. Competências adquiridas em contexto de Estágio.....	29
2.1 Formação em Enfermagem	30
2.2 Gestão de Cuidados	34
2.3 Investigação em Enfermagem	39
2.4 Prestação de Cuidados	45
Conclusão.....	73
Bibliografia.....	75
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE I – Caracterização dos locais de Estágio.....	81
APÊNDICE II – Convite e Plano da Ação de Formação a Pares.....	89
APÊNDICE III – Diapositivos da Ação de Formação a Pares	97
APÊNDICE IV – Avaliação da Ação de Formação a Pares.....	107
APÊNDICE V – Convite e Diapositivos da AES: “Transporte seguro do recém-nascido”.....	111
APÊNDICE VI – Avaliação da AES: “Transporte seguro do recém-nascido”.....	119
APÊNDICE VII – Diapositivos da AES: “Nutrição, Saúde e Fertilidade da Mulher”.....	123
APÊNDICE VIII – Programa/Cartaz: Dia Mundial para a Prevenção do Abuso Contra as Crianças.....	133
ANEXOS.....	139
ANEXO I – Panfletos da APSI facultados na AES: “Transporte seguro do recém-nascido” .	141

Introdução

A realização do presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório, parte integrante do MESIP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, sob a orientação da Professora Isabel Quelhas.

O Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, base deste trabalho, constitui a meu ver o grande desafio deste curso, na medida em que alia o conhecimento teórico apreendido durante a componente teórica e o estudo individual, à experiência profissional prévia, culminando na aplicação deste saber em diferentes contextos da prática, permitindo o desenvolvimento de diversas competências cognitivas, atitudinais, comunicacionais e técnicas, no âmbito da EESIP. Como tal, a reflexão sobre as competências adquiridas, os objetivos atingidos e as dificuldades encontradas torna-se fundamental, atendendo à obrigatoriedade pedagógica de elaboração deste relatório.

A Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria encontra-se dividida em três módulos, a saber: Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Assistência à criança/família doente; Módulo III – Neonatologia e Urgência Pediátrica. Obtive creditação ao Módulo II, atendendo às competências desenvolvidas e adquiridas em contexto profissional, ao longo de mais de três anos de experiência prévia na área de SIP.

O Módulo III, que se encontra subdividido em dois períodos de 125 horas cada (90 horas de contacto e 35 horas de trabalho individual), foi realizado entre 28 de Abril e 26 de Maio de 2014 no Serviço de Neonatologia do Hospital de São Sebastião, pertencente ao Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE e entre 28 de Maio e 18 de Junho de 2014 no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Infante D. Pedro, o qual integra o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE. O Módulo I realizou-se entre 15 de Setembro e 29 de Outubro de 2014 na UCC de Santa Maria da Feira e na USF Terras de Santa Maria, em 180 horas de contacto e 70 horas de trabalho individual (Apêndice I). Perfazendo assim, a carga horária total de 500 horas, correspondendo a 20 ECTS.

Com a elaboração do relatório de estágio, não pretendo a composição de um documento exaustivo, pelo que destaco como objetivos primordiais: identificar

as competências adquiridas em contexto profissional e de estágio; descrever e refletir acerca das atividades realizadas, face aos objetivos traçados; identificar as dificuldades encontradas e como foram ultrapassadas; desenvolver a minha capacidade de reflexão e de pensamento crítico em Enfermagem.

A esta introdução sucede o capítulo referente às competências adquiridas em contexto de prática profissional, em que reflito sobre as práticas que conduziram à aquisição das mesmas e, por conseguinte, à creditação do Módulo II. O segundo capítulo visa as competências adquiridas em contexto de estágio, bem como os objetivos atingidos, no qual descrevo e reflito sobre as atividades realizadas, contemplando quatro domínios, nomeadamente: Formação em Enfermagem, Gestão de Cuidados, Investigação em Enfermagem e Prestação de Cuidados. Por fim, apresento uma síntese dos aspetos mais relevantes. Em apêndice, exibio a caracterização dos locais de estágio e os materiais que serviram de suporte às ações de formação realizadas. Em anexo, os panfletos facultados no âmbito de AES.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório é descritiva e crítico-reflexiva, sustentada por pesquisa bibliográfica, atendendo à cogitação necessária ao trabalho desenvolvido durante o Estágio.

1. Competências adquiridas em contexto de prática profissional

A minha experiência profissional na área de SIP teve início a 02 de Dezembro de 2009, data em que iniciei o exercício de funções no Centro Hospitalar de São João, EPE, no Serviço de Pediatria Médica, cuja missão é *“Promover a excelência de cuidados médicos de nível terciário a crianças e adolescentes; Promover a excelência na formação pré e pós-graduada; Promover a excelência na investigação médica.”* (Centro Hospitalar de São João, EPE, 2014). O serviço encontra-se dividido em três alas, a saber: Pediatria A, Pediatria B e Isolamentos. Cada uma das alas possui uma equipa de enfermagem própria, embora haja rotatividade de alguns dos elementos, de modo a que estes estejam aptos a prestar cuidados nas diversas vertentes, colmatando mais facilmente possíveis necessidades na prestação de cuidados. Assim, apesar de integrar a equipa da Pediatria B, por diversos períodos de tempo também prestei cuidados na ala A, abarcando as várias subespecialidades médicas às quais todo o serviço dá resposta, mormente: cardiologia, gastroenterologia, hematologia, neurocirurgia, neurologia, oncologia e ortopedia. Gozando de trinta vagas, a Pediatria A destina-se a crianças, adolescentes e jovens com idades compreendidas entre os 4 e os 17 anos e 364 dias. A ala B possui trinta vagas para recém-nascidos e crianças entre os 0 e os 3 anos e 364 dias.

Tendo em conta a experiência profissional por mais de três anos consecutivos, nos últimos cinco anos, em prática de cuidados semelhante à exigida para a realização do Módulo II, isto é, com objetivos de tratamento de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e crónica, com doença resultante de problemas médicos e cirúrgicos, obtive creditação aos 10 ECTS correspondentes.

No decurso do meu exercício profissional no Serviço de Pediatria Médica considero ter adquirido algumas competências, pelo que, encaro como pertinente, descrever atividades realizadas em contexto profissional, refletindo de forma crítica acerca do modo como visaram a aquisição das competências selecionadas, atendendo a quatro domínios: Formação em Enfermagem, Gestão de Cuidados, Investigação em Enfermagem e Prestação de Cuidados.

Formação em Enfermagem
Competência
<ul style="list-style-type: none"> • Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Perante a inexistência de um programa de formação em serviço e a necessidade que senti de aprofundamento e atualização do conhecimento, surgiu o interesse de frequentar ações de formação promovidas pelo Centro de Formação do Centro Hospitalar de São João, EPE. Assim, tive a oportunidade de estar presente nas seguintes sessões: “Suporte Básico de Vida pediátrico”; “Emergency Nursing Pediatric Course” e “Tratamento de Feridas e Úlceras Cutâneas”.

A ação de formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico”, destinada a enfermeiros e médicos, com a duração de quatro horas, possibilitou que enriquecesse os meus conhecimentos teóricos neste âmbito. Permitiu-me ainda, assistir à demonstração efetuada pelos formadores e treinar a sua execução em manequins de lactentes e crianças, incluindo o algoritmo sufocação, tendo finalizado a ação com uma avaliação teórico-prática, na qual obtive aprovação.

Dinamizado pelo Centro de Formação do Centro Hospitalar de São João, EPE, frequentei o 33.º curso ©ENPC – Emergency Nursing Pediatric Course da ENA – Emergency Nurses Association/Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência, o qual teve a duração total de dezoito horas, abordando os seguintes temas: Avaliação Inicial; Triagem; Dificuldade e falência respiratória; Choque; Trauma pediátrico; A Criança com necessidades especiais; Criança doente ou traumatizada em estado crítico; Intervenções pediátricas; Perturbações do ritmo cardíaco; Criança maltratada; O recém-nascido; Doenças da criança; Intoxicações; Emergências psiquiátricas e Intervenções em crise. A avaliação realizou-se através de teste teórico, exame prático e simulação de triagem, pelo que necessitei de mobilizar conhecimentos provenientes da experiência profissional, da componente teórica da Licenciatura em Enfermagem e da pesquisa que careci de desenvolver, tendo completado o curso com sucesso.

A ação de formação “Tratamento de Feridas e Úlceras Cutâneas”, com a duração total de sete horas, apresentou como conteúdos a avaliação,

caracterização e limpeza de feridas, opções terapêuticas e registo. Atendendo à diversidade de materiais para tratamento de feridas existente no serviço e à pouca experiência e formação que detinha nesta área, a frequência desta ação revelou-se da maior importância, tanto pela exposição teórica que me trouxe muita informação nova, como pela aplicabilidade que desde logo reconheci existir na minha prática diária, conferindo-me maior segurança na tomada de decisão. O facto de ser lecionada por uma Enf.^a e focar especificamente o contexto pediátrico, revelou-se uma mais-valia.

A possibilidade de estar presente nestas sessões, permitiu-me desenvolver competências ao nível da formação pessoal, aumentando os meus conhecimentos e incentivando-me a aprofundar os temas apresentados, potenciando assim o meu processo formativo.

Gestão de Cuidados
Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP; • Colaborar na integração de novos profissionais.

Durante o meu exercício de funções no Serviço de Pediatria Médica, o qual considero a minha escola enquanto profissional, uma vez que integrei esta equipa ainda como recém-licenciada, procurei conhecer o papel da Enf.^a especialista na gestão de cuidados, de modo a compreender o processo de gestão de recursos humanos e materiais, tendo assim desenvolvido a capacidade de adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados.

As funções de gestão, de um modo geral encontram-se centradas na figura da Enf.^a Chefe, porém, tendo em conta a dimensão do serviço, em cada ala existe uma Enf.^a responsável, detentora da EESIP e com mais anos de experiência, em quem são delegadas algumas tarefas de gestão. A esta profissional compete a averiguação das necessidades de reposição de material de consumo clínico e de fármacos, assegurando a disponibilidade da terapêutica prescrita para cada um dos recém-nascidos/crianças/jovens internados.

O plano de distribuição de recém-nascidos/crianças/jovens por enfermeiro, realizado no início do turno da manhã pela Enf.^a responsável, define a divisão

para esse mesmo turno e para o da tarde, explicitando ainda, de entre os elementos que se encontram ao serviço, qual desempenha as funções de responsável de turno. Este elemento realiza o plano de distribuição para o turno da noite, assumindo ainda o compromisso de gerir recursos humanos e materiais, consoante as necessidades que eventualmente surjam.

Tendo em conta que aos *“novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos”* (Abreu, 2003, p. 22), a participação nas dinâmicas de gestão e a colaboração nas decisões da equipa multiprofissional, foram atividades que, gradualmente tomaram maior dimensão na minha prática diária.

Efetuar supervisão foi uma das funções que desenvolvi, nomeadamente na orientação e avaliação de alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no Estágio de Saúde Infantil e Juvenil. Procurei ter sempre presente a ideia de que a *“supervisão é indispensável no processo de formação clínica dos estudantes de enfermagem. Na atualidade, a prática da disciplina de enfermagem está imbuída de complexidade e de um grau de exigência crescente”* (Silva, Pires, & Vilela, 2011, p. 120), pelo que fomentei o pensamento crítico, levando-os a desenvolver capacidades de reflexão, autoconhecimento, inovação e participação, identificando problemas e dificuldades.

A supervisão do exercício profissional na área de EESIP é da responsabilidade dos enfermeiros detentores da EESIP, pelo que não a exerci diretamente, pese embora me tenha mostrado sempre disponível a colaborar com os colegas especialistas, bem como com os colegas que estagiaram no serviço, no âmbito do CPLEESIP. De igual modo, no processo de integração de novos profissionais, apesar da responsabilidade do mesmo estar a cargo da Enf.^a com EESIP designada pela Enf.^a Chefe, presenciei e colaborei na integração de três novos elementos na equipa. Ao fazer por criar condições de trabalho favoráveis, potenciando a sua autonomia e encorajando a atualização de conhecimentos, procurei que se desenvolvessem como profissionais e assim contribuíssem para a evolução da profissão.

Investigação em Enfermagem
Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; • Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

A apropriação do conhecimento científico à prática de cuidados, desde sempre pautou a minha conduta profissional, o que levou a que desenvolvesse competências no âmbito da investigação. Para tal, com regularidade realizava pesquisa bibliográfica, com recurso a diferentes fontes, nomeadamente bases científicas indexadas, como b-on, Medline e Scielo. Deste modo, procurei integrar novos conhecimentos, provenientes da investigação/evidência científica, na prestação de cuidados direta ao recém-nascido/criança/jovem e família. Analisando criticamente as práticas nos cuidados, à luz dos resultados mais recentes da investigação científica, desenvolvi o pensamento crítico, tornando-me progressivamente capaz de refletir para, na e sobre a ação.

A partilha com a equipa do conhecimento resultante da investigação, mesmo que em momentos de discussão entre colegas, permitiu avaliar o que funciona e o que não funciona e porquê, tomando decisões conjuntas sobre a prática da ação, apresentando-as e debatendo-as, primordialmente, nas reuniões matinais de passagem de turno.

Convicta de que *“a conjectura atual e a complexidade do cuidar em Enfermagem, a produção, renovação e desenvolvimento de conhecimentos oriundos da evidência científica têm sido uma prioridade, no sentido de encontrar respostas seguras, visíveis e eficazes aos problemas e alcançar a constante melhoria dos cuidados”* (Apolinário, 2012, p. 84), emerge a necessidade de uma base sólida de conhecimentos atualizados, para que todos os cuidados prestados detenham um alto nível de qualidade.

Com vista a alcançar a excelência na prática profissional, procurei manter sempre a avidez de saber, enquanto fundamento à não limitação a conceitos pré-apreendidos, no sentido de aprofundar a busca de conhecimento que promovesse novas formas de pensar e agir em Enfermagem.

Prestação de Cuidados
Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; • Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; • 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; • Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.

A organização para a prestação de cuidados em vigor no serviço de Pediatria Médica em que trabalhei, seguia o método individual, pelo que cada enfermeiro assumia a total responsabilidade pelos cuidados aos recém-nascidos/crianças/jovens e famílias a si designados durante o turno. Este método potenciou o desenvolvimento da minha autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados, uma vez que me permitia reunir a máxima informação relativa a cada recém-nascido/criança/jovem e família que me era distribuído, através da qual procurava tomar as melhores decisões. Deste modo, tornava-se possível que o atendimento não fosse fragmentado e que a organização global dos cuidados face às necessidades de cada recém-nascido/criança/jovem e família e avaliação dos resultados assentasse principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível de cada enfermeiro, ao longo do turno. Porém, em situações em que sentisse dificuldade em prestar alguns cuidados, o trabalho em equipa e a entreaajuda imperavam.

O momento privilegiado para a transmissão da informação entre a equipa de enfermagem, acontecia na passagem de turno do início da manhã, uma vez que contava com a presença da Enf.^a responsável pela ala, discutindo-se em equipa algum caso específico que constituísse fonte de preocupação, relativamente aos cuidados prestados ou às necessidades apresentadas pelo recém-nascido/criança/jovem e família em causa. Os registos dos cuidados

prestados realizavam-se com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, em suporte informático – SAPE.

Os serviços de Obstetrícia, Neonatologia e Urgência Pediátrica eram aqueles de onde provinham a grande maioria dos recém-nascidos/crianças/jovens internados no Serviço de Pediatria Médica, pelo que após ser recebido o contacto telefónico do colega do serviço de origem, se dava início à pré-admissão. Assim, determinava a enfermaria onde alojar o recém-nascido/criança/jovem e família, de acordo com a idade, diagnóstico, necessidade de medidas de isolamento e duração provável do internamento, capacitando a unidade com os equipamentos necessários. À chegada do recém-nascido/criança/jovem e família ao serviço, procedia à colocação da pulseira identificativa e eletrónica, realizava exame físico e apresentava o espaço físico e normas do serviço, procurando transmitir aos pais a perspetiva de que seriam tratados como parceiros de cuidados e não como meros visitantes.

Durante o tempo de hospitalização era muito frequente o recém-nascido/criança/jovem, dependendo da idade e da fase de desenvolvimento, apresentar fatores de stresse, como a angústia da separação em relação aos pais, o sentimento de perda de controlo e o medo de lesão corporal e dor. Na maioria dos casos, tal acontecia devido a estímulos ambientais (luz intensa, ruído), limitação do espaço físico, rotina alterada e dependência, pelo que procurei sempre conciliar os horários habituais das refeições, cuidados de higiene ou outras atividades dos recém-nascidos/crianças/jovens a quem prestava cuidados, com as dinâmicas do serviço. Assim como, recortava e desenhava adesivos com formas apelativas, para reduzir o impacto da sua utilização e permitia que a criança manipulasse os materiais a utilizar, em segurança, preparando-a para cada procedimento, tendo por finalidade minimizar o medo de lesão corporal e dor, proveniente de sentimentos imaginários. Com isto, apostei na criação de um clima afetuoso, promotor da segurança e de atividades lúdicas.

Fomentar a participação dos pais nos cuidados constituiu um dos meus enfoques, tendo em conta que *“a parceria com a família continua a ser uma estratégia de intervenção, constituindo-se num desafio atual para os enfermeiros que se preocupam com a saúde e o bem-estar das crianças, dos jovens e das suas famílias”* (Mendes & Martins, 2012, p. 115). Para tal, procurei conhecer as expectativas dos pais face à hospitalização do recém-nascido/criança/jovem,

estabelecendo uma relação de confiança que me permitisse avaliar quais as suas capacidades e limitações para se envolverem na prestação de cuidados, proporcionando-lhes a informação necessária para que, numa base de negociação, pudessem decidir de modo esclarecido qual a dimensão da sua participação nos cuidados. Fornecer apoio aos membros da família e planear a alta desde a admissão, tendo em conta a complexidade dos cuidados a desenvolver em casa, foram atitudes que tive sempre presentes, por reconhecer a família como elemento essencial para o bem-estar do recém-nascido/criança/jovem. Pelo que, considero como dever do enfermeiro, *“fornecer apoio profissional à Criança/Família através do envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das Famílias e pela negociação”* (Apolinário, 2012, p. 84), respeitando a mestria das famílias, bem como as suas necessidades.

A comunicação é essencial em Enfermagem, constituindo uma habilidade importante a ser utilizada na avaliação do recém-nascido/criança/jovem e família, na medida em que todos os comportamentos transmitem uma mensagem.

Adequar o modo de comunicação a cada situação foi uma das minhas preocupações, fazendo-o de forma oportuna e clara, estando atenta aos sorrisos, gemidos, gritos, gestos, movimentos, expressões faciais, posturas, reações e brincadeiras. Assim, a experiência permitiu-me ganhar consciência da sensibilidade das crianças às mensagens não-verbais, pelo que com os recém-nascidos/crianças privilegiei este tipo de comunicação, adequando as estratégias consoante a idade e o desenvolvimento cognitivo, atendendo a possíveis internamentos anteriores.

A realização de uma boa entrevista, constituiu a principal base da colheita de dados, fundamental para conhecer o recém-nascido/criança/jovem e família, garantindo sempre sigilo e confidencialidade, incentivando os pais a falarem, sabendo ouvir e utilizando o silêncio quando pertinente, procurando sintetizar os problemas que necessitavam de assistência. No diálogo com as crianças utilizei frases simples e curtas, com palavras conhecidas por elas, sendo que com a família optei pela utilização de perguntas abertas, de modo a recolher o máximo de informação, promovendo também a escuta ativa e a expressão de emoções.

Constatee que o facto de me apresentar pelo nome e explicar sempre tudo o que ia ser feito, procurando saber como as crianças/jovens e famílias gostavam

de ser tratadas ou como os pais gostavam que se tratasse o recém-nascido, dando espaço a questões e mostrando disponibilidade e acessibilidade, facilitou o processo de envolver a família nos cuidados, pelo que investi bastante na vertente comunicacional. Deste modo, para além de desenvolver competências comunicacionais, atendi às necessidades individuais de cada recém-nascido/criança/jovem e família, com respeito pelos seus valores, costumes e crenças, prestando cuidados culturalmente sensíveis e adequados.

Tendo em conta que, por diversas vezes, prestei cuidados a recém-nascidos/crianças/jovens e famílias de origem estrangeira e que não dominavam o português, tive necessidade de falar outras línguas, de modo a facilitar a comunicação. Porém, em alguns dos casos, necessitei de recorrer ao serviço de intérpretes profissionais, principalmente nas situações de recém-nascidos/crianças/jovens e famílias, provenientes de países africanos com dialetos próprios.

Ao nível da assistência ao recém-nascido/criança/jovem e família em situações imprevistas e complexas, considero que reconhecer e antecipar a necessidade de uma eventual intervenção de emergência, identificando os focos de instabilidade torna-se fundamental, principalmente pela agilidade e rapidez de atuação, inerentes à reanimação pediátrica. Com vista ao desenvolvimento de competências neste contexto, por diversas vezes verifiquei e revi o carro de emergência, o que se revelou bastante útil para a eficácia da minha intervenção em casos de paragem cardiorrespiratória. Contudo, mais importante que a experiência que adquiri na preparação e administração de terapêutica de reanimação, ao utilizar os aparelhos de ventilação assistida, no auxílio na intubação endotraqueal e na colocação de acesso intraósseo foi ter noção dos indícios de agravamento clínico, alterações comportamentais e fisiológicas do recém-nascido/criança. Tal exigiu conhecimentos e perspicácia, tendo aprendido a valorizar sinais que podem indicar agravamento, mesmo sem sintomatologia associada, sendo os pais aliados nesta deteção precoce, pois conhecem o seu filho melhor que ninguém.

Reportando-me ainda a situações complexas, incluo todas aquelas que experienciei na assistência ao recém-nascido/criança/jovem doente crónico e/ou em fim de vida. Nestes casos, de um modo geral, os pais tornam-se cuidadores de excelência, sendo a saúde física e emocional do recém-nascido/criança/jovem

fortemente influenciada pela qualidade da dinâmica familiar. Deste modo, a parceria e a negociação dos cuidados tornam-se fundamentais, reconhecendo que o momento em que é conhecido o diagnóstico pode ser extremamente conturbado para os pais, pelo que aceitar e compreender as reações emocionais da família é essencial para a continuidade dos cuidados. Nestes casos procurei sempre fornecer informação, para que as famílias se sentissem mais seguras e apoiadas, com o objetivo de alcançar uma maior envolvimento destas nos cuidados ao recém-nascido/criança/jovem. Pelo que, necessitei de desenvolver estratégias, com vista a ajudar a família a gerir as suas emoções, de modo a minimizar a ansiedade transmitida ao recém-nascido/criança/jovem. Assim, procurei conhecer as expectativas da família, bem como as suas crenças culturais, evitando juízos de valor.

Perspetivando o regresso a casa do recém-nascido/criança/jovem com necessidades especiais, tornou-se indispensável encontrar estratégias, em conjunto com os pais, para adaptar o domicílio às novas condicionantes, assim como a sua capacitação para a prestação dos cuidados. Entre os diversos procedimentos que tive a possibilidade de ensinar, instruir e treinar aos pais/pessoa de referência, destaco: administração, introdução e manutenção de sonda nasogástrica; administração de terapêutica/alimentação por gastrostomia; tratamento a estomas; manuseamento de cateter venoso central; administração de APT; cateterização vesical; aspiração de secreções e substituição de cânula de traqueostomia.

Pese embora a articulação feita com os cuidados de saúde primários e o trabalho desenvolvido pela equipa de gestão de altas, de modo a assegurar a qualidade e a continuidade dos cuidados ao recém-nascido/criança/jovem, reconhecer os pais como os principais cuidadores e fomentar a confiança em si mesmos e nas suas capacidades esteve no cerne da minha assistência. Procurei ainda ter em atenção o suporte social da família, bem como a envolvimento da família alargada, de modo a conhecer melhor o contexto familiar, mormente no que à união e recursos dizia respeito, refletindo com os pais sobre a possibilidade de delegarem cuidados e tarefas domésticas. O impacto que a doença do recém-nascido/criança/jovem poderia ter nos irmãos constituiu outro dos meus enfoques, atendendo às alterações da rotina familiar e à diminuição do tempo passado com os pais, o que por vezes desencadeava quadros de ansiedade generalizada e

problemas comportamentais, pelo que considero que não se pode, de modo algum, ignorar as suas necessidades. Pretendendo desenvolver uma prática de cuidados centrados na família tive sempre em atenção causas de possível instabilidade, tais como: problemas conjugais, dificuldades em atender às necessidades dos irmãos, condições socioeconómicas deficitárias ou isolamento social.

Com vista ao desenvolvimento social e cognitivo do recém-nascido/criança/jovem, trabalhei em conjunto com educadoras de infância e voluntários de algumas associações, que juntamente com a família estimulavam a criança, sobretudo através de brincadeiras e jogos.

A assistência à família quando se depara com a iminência da morte do recém-nascido/criança/jovem, providenciando apoio espiritual, quando solicitado, assim como o apoio prestado perante a dor da perda e o processo de luto, constituem a meu ver cuidados basilares a desenvolver pelo enfermeiro, em contexto de Enfermagem Pediátrica, uma vez que o binómio criança/família constitui o alvo dos seus cuidados. Assim, além do suporte psicológico à criança/família, procurei ter em atenção o controlo da dor, adotando medidas farmacológicas e não-farmacológicas, como a melhoria das condições ambientais, o toque/massagem superficial e o posicionamento, com o objetivo de suprimi-la ou diminuí-la, proporcionando um maior conforto ao recém-nascido/criança/jovem e família. Sempre que possível, providenciei um espaço mais intimista, em que a família pudesse permanecer junto ao recém-nascido/criança/jovem em fim de vida, com o máximo de privacidade e dignidade.

2. Competências adquiridas em contexto de Estágio

O Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, apresenta no seu Plano de Estudos do MESIP cinco objetivos gerais, os quais pretende que o aluno demonstre e os quais também eu me propus a atingir. Sendo eles:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem;
- 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, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as 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;
- Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Para além dos objetivos supramencionados, o mesmo plano define vinte e nove competências a desenvolver ao longo da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, de modo a orientar globalmente o percurso académico com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, intitulado Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros em 29 de Maio de 2010, pode-se ler que *“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição*

das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8648).

Não obstante dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, atendendo à existência prévia do Plano de Estudos, tive em conta o Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro, o qual constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, optando por dividir as competências pretendidas em quatro domínios: Formação em Enfermagem, Gestão de Cuidados, Investigação em Enfermagem e Prestação de Cuidados. Deste modo, apresento as atividades realizadas em função dos objetivos específicos por mim traçados para este Estágio e como resposta às competências elencadas nos respetivos domínios, refletindo de forma crítica e sistemática sobre todo este processo.

2.1 Formação em Enfermagem

Com vista à excelência dos cuidados, a formação profissional representa um dos recursos privilegiados de encontro entre o conhecimento teórico e o saber empírico, sendo necessário formular estratégias formativas que estejam integradas e subordinadas à organização dos serviços. Corroborando esta ideia, a Ordem dos Enfermeiros menciona *“a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 18) como um dos elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, torna-se indispensável que os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, atuem de um modo preparado, devidamente atualizado e com uma dose significativa de motivação, atribuindo-se à formação o papel de proporcionar a aquisição de instrumentos e de saberes que visam aumentar as condições de adaptabilidade às mudanças e às exigências provenientes do desenvolvimento tecnológico e social.

Os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas neste campo resultam das necessidades de formação por mim identificadas nos diferentes contextos assistenciais, procurando harmonizar a necessidade de desenvolvimento organizacional dos mesmos, com o desenvolvimento profissional e pessoal que procurei atingir ao longo desta unidade curricular.

Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; • Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; • Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; • Identificar as necessidades formativas na área de EESIP; • Promover a formação em serviço na área de EESIP.

➤ Objetivos Específicos

- Desenvolver competências no âmbito da formação a pares;
- Desenvolver competências como formadora.

✓ Atividades

- Conhecer as necessidades formativas das equipas;
- Realizar formação em serviço ao grupo de pares;
- Realizar formação como formadora ao público em geral.

Segundo o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, o enfermeiro especialista “*responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8653) e, atendendo à primazia que confiro a este domínio de atuação dos enfermeiros, procurei desde logo diagnosticar necessidades formativas no seio das equipas, através de uma atitude crítico-reflexiva face à observação do trabalho desenvolvido.

Considerando que a formação a pares deve surgir das necessidades sentidas pelos enfermeiros, pois só deste modo se torna produtiva, procurei identificar quais as temáticas que consideravam poder trazer maior contributo à melhoria da prática profissional das equipas, questionando os vários elementos, com o intuito de conhecer as suas lacunas de conhecimento. Deste modo e, após elaboração do convite e do plano da sessão (Apêndice II), surge a Ação de Formação, destinada aos Enfermeiros da USF Terras de Santa Maria e da UCC de Santa Maria da Feira, subordinada ao tema “Sono e Repouso do bebé” (Apêndice III), com a duração total de sessenta minutos, contando com a presença de sete enfermeiros. Com isto, pretendi desenvolver competências enquanto formadora, dando resposta às lacunas de conhecimento mencionadas pelos enfermeiros e sensibilizando para a importância da sua atuação na regulação do sono e repouso do bebé, objetivo que considero ter atingido, dado que todos os colegas avaliaram positivamente a sessão, reconhecendo a pertinência do tema e mostrando interesse em saber ainda mais, de modo a mobilizar o conhecimento apreendido para o seu contexto profissional. Para tal, utilizei metodologia expositiva, interrogativa e participação ativa, a qual se mostrou adequada, dado que os objetivos traçados para a sessão foram alcançados.

A avaliação da formação ao nível do conteúdo realizou-se através da aplicação prévia de um questionário diagnóstico (Apêndice IV), o qual voltou a ser aplicado no final da sessão, revelando 59% de respostas corretas no primeiro e 66% no segundo. Apesar de a melhoria ser pouco expressiva, anseio que os contributos para a prestação de cuidados sejam significativos, tendo ficado satisfeita com a participação ativa dos enfermeiros ao longo da apresentação, questionando e partilhando experiências.

O programa de formação em serviço tanto para enfermeiros como para assistentes operacionais foram documentos que tive a possibilidade de consultar na Urgência Pediátrica, tomando conhecimento de que a responsabilidade na elaboração e cumprimento de ambos se encontra a cargo de dois dos enfermeiros especialistas do serviço.

Para além das competências mencionadas anteriormente, com o intuito de desenvolver também aptidões comunicacionais e de transmissão de informação para grupos, participei enquanto formadora na “UCC Feira Mostra – 2014”.

Tratou-se de um evento aberto à comunidade em geral, porém, a grande maioria da assistência foi composta por grávidas e puérperas que, à data frequentavam o Curso de Preparação para a Parentalidade, pelo que a interação com o público foi conseguida com facilidade.

Competência
<ul style="list-style-type: none"> • Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

➤ Objetivo Específico

- Desenvolver competências ao nível da formação pessoal.

✓ Atividades

- Participar em ação de formação;
- Participar em Curso de Promotores em Aleitamento Materno.

No âmbito do Dia Mundial da Contraceção, surgiu a necessidade de a equipa do Gabinete de Atendimento à Saúde Juvenil do ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca desenvolver uma formação com o intuito de promover um espaço de debate e partilha sobre os cuidados prestados aos jovens, neste ano, com a temática do Bullying. Esta formação destinada a enfermeiros e médicos teve a duração de quatro horas, sendo o objetivo sensibilizar os profissionais de saúde para a prevenção e intervenção no Bullying/Vitimização, atendendo aos fatores de risco e proteção envolvidos. Deste modo, tive a possibilidade de ser levada a refletir sobre os cuidados prestados aos adolescentes em matéria de saúde afetiva e relacional, com especial incidência na prevenção do Bullying, conhecer os estilos de comunicação e as estratégias de intervenção a adotar no contacto com os adolescentes e jovens envolvidos nestas situações, em contexto de consulta e, analisar as consequências da vivência deste problema e estratégias de atuação, nomeadamente na orientação às famílias e na articulação com a Saúde Escolar.

A possibilidade de estar presente na sessão, sem dúvida que contribuiu para a minha formação pessoal, aumentando os meus conhecimentos e

incentivando-me a realizar pesquisa sobre os temas apresentados, potenciando assim o meu processo formativo.

No decorrer do período de creditação e, numa tentativa de rentabilização deste tempo com o intuito de aprofundar conhecimentos, frequentei o Curso de Promotores em Aleitamento Materno, dinamizado pelo Departamento da Mulher e da Criança do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE. Pareceu-me de toda a pertinência relatar a experiência neste documento, tendo em conta a importância da temática no âmbito da formação especializada na área de SIP, motivo que me levou a frequentá-lo. Este curso destinado a enfermeiros e médicos teve a duração de vinte horas, sendo o objetivo uniformizar a linguagem e a atuação entre os profissionais no que toca à promoção do aleitamento materno, atendendo a que cada vez mais *“É necessária a implantação de uma efetiva política de educação permanente e continuada destinada à equipe de saúde da maternidade, que contemple ampla divulgação e discussão com todos os profissionais envolvidos na assistência materno-infantil. Todos estes devem estar preparados para resgatar a prática do aleitamento materno de forma a considerar não somente os aspetos biológicos dessa prática, mas valorizando também questões referentes à humanização.”* (Maroja, Silva, & Carvalho, 2014, p. 3). Para além da exposição teórica, a componente prática foi também incluída e valorizada, sendo-me conferida a possibilidade de apoiar na amamentação uma das puérperas internadas no serviço de Obstetrícia. O facto de treinar algumas das estratégias apreendidas, sob a observação e avaliação da formadora, permitiu-me tomar maior consciência do meu desempenho.

2.2 Gestão de Cuidados

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, intitulado Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros em 29 de Maio de 2010, o Enfermeiro Especialista *“gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8652),

sendo estas as competências que o diferenciam dentro do domínio da gestão dos cuidados.

Tendo em conta que, cada vez mais a área da gestão assume um lugar primordial no cerne das instituições e o Enfermeiro Especialista é frequentemente o elemento que detém esta responsabilidade, bem como a de liderar a restante equipa, tanto pelas competências que possui, como pela diferenciação dos seus cuidados, torna-se fundamental nesta fase do meu percurso académico e profissional, desenvolver aptidões também a este nível.

Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP; • Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP; • Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP; • Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP; • Colaborar na integração de novos profissionais.

➤ Objetivos Específicos

- Compreender o processo de gestão de cuidados em vigor nos diferentes contextos assistenciais;
- Conhecer o papel do enfermeiro especialista ao nível da gestão, nos diferentes contextos assistenciais.

✓ Atividades

- Observar o papel do enfermeiro especialista na gestão de cuidados;
- Participar nas dinâmicas de gestão com o enfermeiro especialista;
- Colaborar nas decisões da equipa multiprofissional;
- Conhecer o processo de integração de novos profissionais;
- Conhecer o processo de gestão de recursos humanos e materiais;
- Adequar os recursos às necessidades de cuidados.

No contexto de CSP em que estagiei, todos os profissionais têm um papel coordenador e integrador de programas de saúde, estando sob a

responsabilidade técnica científica do Conselho Técnico, o qual é formado por uma médica e uma enfermeira, nomeadas entre cada grupo profissional. Deste modo, pretendem fomentar uma cultura de responsabilidade pela gestão, suportada por serviços profissionais que, simultaneamente informam, apoiam e asseguram o controlo e a organização.

Atendendo a que na equipa de enfermagem todos desempenham a função de Enfermeiro de Família e, uma vez que, segundo o Decreto-Lei n.º 118/2014, de 05 de Agosto, *“Neste contexto, colocam-se novos desafios aos enfermeiros dos CSP, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.”* (Ministério da Saúde, 2014, p. 4070), as funções de gestão são transversais a todos os enfermeiros, embora cada um assuma responsabilidades de coordenação de uma área de vigilância de saúde específica. Assim sendo, tive possibilidade de observar o desempenho da Enf.^a responsável pela Saúde Infantil e colaborar nas suas funções, tomando conhecimento dos protocolos de atuação no serviço, a saber: Procedimento de Boas Práticas no Teste de Diagnóstico Precoce, Procedimento de Boas Práticas na Vacinação e o Procedimento de Visita Domiciliária de Enfermagem à Puérpera e ao Recém-Nascido.

De modo a gerir as atividades a desenvolver durante do período de estágio, fiz o levantamento de todas as consultas de vigilância de saúde infantil programadas ao longo das oito semanas, assim como das visitas domiciliárias à puérpera e ao recém-nascido agendadas, traçando o horário a cumprir, o que me permitiu ter noção do volume de recém-nascidos/crianças/jovens assistidos por cada médico/enfermeiro de família, da frequência e espaçamento entre consultas, bem como da importância do papel da Enf.^a de Família perante o assegurar do cumprimento do PNSIJ e do PNV.

Deparei-me com a programação de consultas de saúde infantil para lactentes de três, cinco e sete meses, pois apesar de estas faixas etárias não se encontrarem na periodicidade de consultas preconizada pelo PNSIJ, são de igual modo assumidas pela Unidade como consultas de vigilância, quer médicas, quer de enfermagem. A estratégia foi assumida com vista à melhoria da prestação de cuidados e da assistência ao recém-nascido/criança/jovem e família, sendo consensual a opinião de que a diminuição do espaçamento entre consultas nestes

primeiros meses de vida minimiza a ansiedade dos pais, fortalece a relação entre estes e os profissionais de saúde, melhora os comportamentos de procura de saúde e o conhecimento dos serviços prestados e, sobretudo fomenta uma parentalidade positiva, atendendo ao apoio que é dado pelos enfermeiros neste processo de transição. Apesar de na UCSP em que exerço funções também realizarmos vigilâncias nestas idades intermédias, por norma associadas à administração de vacinas extra PNV, não estão protocoladas, realizando-se somente a consulta de Enfermagem, pelo que considerarei esta experiência proveitosa, quer pela realização das consultas de forma sistemática, quer pela discussão com os elementos da equipa de enfermagem acerca da sua pertinência.

De entre os vários programas desenvolvidos pela UCC, a Enf.^a orientadora é responsável pela gestão, coordenação e execução do Programa Nacional de Promoção da Saúde em Crianças e Jovens, do qual fazem parte as atuações da ELI e do NACJR, atendendo a que é o único membro da equipa com EESIP. Neste sentido, traçámos algumas iniciativas a desenvolver, nomeadamente com vista ao planeamento da comemoração do Dia Mundial da Prevenção do Abuso Contra as Crianças. No âmbito da ELI e do NACJR, presenciei todo o trabalho desenvolvido ao nível da programação de visitas domiciliárias, da articulação com pais, educadoras de infância, enfermeiros e médicos de família, assistentes sociais e CPCJ, entre outros parceiros na comunidade, tomando conhecimento e participando do processo desenvolvido na harmonização dos diversos recursos humanos, com vista a dar resposta às necessidades do recém-nascido/criança/jovem e família.

Com o desenrolar do estágio fui ganhando autonomia para intervir nas reuniões das equipas multidisciplinares, principalmente da ELI e do NACJR, identificando e discutindo aspetos a melhorar, de modo a sugerir alternativas com vista à resolução de problemas. Deste modo, tive a oportunidade de participar em decisões tomadas em equipa e de apontar o número reduzido de profissionais envolvidos e a carga horária diminuta permitida à Enf.^a para o desempenho de funções em cada projeto, como dois dos fatores que dificultam a melhoria no funcionamento dos mesmos.

No serviço de Neonatologia não tive tanto contacto com a área da gestão como gostaria, uma vez que a Enf.^a Especialista em SIP com funções de

responsável de serviço é simultaneamente orientadora de estágio de alunos da Licenciatura em Enfermagem, pelo que a sua disponibilidade para me apresentar o seu trabalho neste âmbito foi praticamente inexistente. Deste modo, procurei estar atenta ao trabalho desenvolvido pela Enf.^a responsável durante o turno da manhã, verificando que lhe compete a verificação do prazo de validade dos fármacos e a contabilização das necessidades de reposição de stock, para além da requisição dos leites adaptados, consoante as prescrições para cada um dos recém-nascidos internados.

Para colmatar alguma lacuna a este nível, questionei acerca destes aspetos, tendo-me sido apresentado o plano de distribuição de recém-nascidos por enfermeiro, realizado no turno da manhã pela Enf.^a responsável, o qual contempla todos os turnos. Pese embora, o facto de este ser passível de alterações, caso haja agravamento do estado clínico de algum recém-nascido e as enfermeiras de serviço considerem pertinente a sua reestruturação, atendendo à melhoria das condições para a prestação de cuidados.

No contexto de Urgência Pediátrica a Enf.^a Especialista em SIP e responsável de serviço nos turnos da manhã, uma vez que se encontra de horário fixo, apresentou-me as instalações, os equipamentos disponíveis e seu modo de funcionamento, explicando-me algumas das dinâmicas do serviço. No primeiro dia do mês é feita a revisão do carro de emergência, bem como um simulacro de atuação, para que todos os elementos estejam aptos a atuar nestas situações. Semanalmente, verifica-se o stock de todos os fármacos e material de consumo clínico, de modo a calcular as quantidades em falta, tendo-me sido apresentado o programa informático próprio para o efeito – GHAF – o qual não conhecia, mas que tentei compreender o funcionamento, funções que me permitiram ter noção do papel do Enfermeiro Especialista ao nível da gestão, podendo colaborar nas mesmas. Tive ainda a possibilidade de verificar como a Enf.^a responsável realiza o plano de distribuição de elementos pelos sectores do serviço para os turnos seguintes, a qual se pauta pela rotatividade dos elementos, procurando que todos estejam aptos a intervir nas diversas áreas. A distribuição é feita entre a Triagem, o “Open Space” (o qual inclui a sala de nebulizações e a sala de emergência) e a Sala de Observações. Durante o turno da noite e nas manhãs de fim-de-semana, atendendo ao facto de se encontrar apenas um enfermeiro no “Open Space”, tanto o colega destacado para a Triagem, como para a Sala de Observações, na

ausência de recém-nascidos/crianças/jovens para triar e tendo organizado a prestação de cuidados, dão apoio ao primeiro. Em todos os turnos, o responsável, que por norma possui a EESIP, certifica-se de que os materiais eventualmente necessários se encontram todos disponíveis no serviço, controlando as saídas para a esterilização.

Durante as reuniões para transmissão de informação aos elementos do turno seguinte, a identificação e discussão de aspetos a melhorar no desempenho da equipa de Urgência Pediátrica surgiram com frequência, sendo solicitada a minha intervenção, enquanto elemento externo ao serviço, de modo a partilhar sugestões com vista à melhoria dos cuidados. Deste modo, tive a oportunidade de apontar a ausência de um modelo conceptual orientador das práticas do serviço e a falta de utilização de linguagem classificada na execução dos registos, como dois dos fatores que dificultam a melhoria no funcionamento do mesmo, atendendo à maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos na assistência ao recém-nascido/criança/jovem e família, bem como de falhas na transmissão de informação. Outra das sugestões apresentadas prende-se com a implementação de rotatividade do elemento destacado para a Triagem ao longo do turno, atendendo à perceção sentida de que a sua inexistência pode eventualmente comprometer o processo, dada a responsabilidade extrema desta atuação, pela perspicácia e capacidade de atenção e concentração que exige.

Durante o meu estágio não tive possibilidade de presenciar a integração de novos elementos nas equipas de enfermagem, porém, dado que no serviço de Urgência Pediátrica me foi facultado o manual de acolhimento no serviço (o qual foi elaborado em 2012 e já carece de algumas alterações) e, na USF, além do manual de acolhimento, recebi o código de ética da USF Terras de Santa Maria e assumi o compromisso escrito sobre a confidencialidade de toda a informação clínica e de elementos identificativos dos utentes, a minha compreensão do processo de integração foi melhorada através da leitura destes documentos.

2.3 Investigação em Enfermagem

“A Ordem dos Enfermeiros assume, entre outras, a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem e entende que a

Investigação em Enfermagem é um pilar fundamental para alcançar este desiderato.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 34). Neste sentido e, atendendo a que a melhoria contínua da qualidade constitui um dos domínios de competências comuns aos enfermeiros especialistas, a busca constante de conhecimento atual, fundamentado pela evidência científica, torna-se um meio indispensável para a evolução da Enfermagem enquanto profissão e, acima de tudo, como disciplina do saber.

A Investigação em Enfermagem melhora o cuidado, dirige a modernização da assistência, delimita a área de atuação específica do enfermeiro, amplia os campos de conhecimento e de ação do profissional e consolida o reconhecimento da profissão pela população em geral, sendo que mais investigação só nos pode conduzir a uma melhor prestação de cuidados e por consequência a um maior valor social.

Para uma estudante do MESIP, a responsabilidade de adquirir os conhecimentos e as habilidades necessárias para fazer avançar a disciplina e a prática de Enfermagem assume uma dimensão major, pelo que não poderia, de modo algum, ser descurada.

Competências
<ul style="list-style-type: none">• 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;• Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;• Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;• Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;• Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

➤ Objetivos Específicos

- Apropriar o conhecimento científico, bem como a experiência profissional prévia, à prática de cuidados;

- Desenvolver competências no âmbito da investigação aplicada aos diferentes contextos assistenciais.

✓ Atividades

- Realizar pesquisa bibliográfica de forma sistemática, com recurso a diferentes fontes;
- Partilhar com a equipa o conhecimento resultante da investigação;
- Incorporar na prática os conhecimentos adquiridos previamente, mormente na componente teórica do MESIP;
- Desenvolver o pensamento crítico;
- Dinamizar a integração de novos conhecimentos, provenientes da investigação/evidência científica;
- Utilizar as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;
- Analisar criticamente as práticas nos cuidados, à luz dos resultados mais recentes da investigação científica.

Tendo em conta a minha experiência profissional prévia e o atual trabalho em CSP, poder-se-ia à partida considerar que as atividades a desenvolver ao longo deste estágio seriam semelhantes às que desenvolvi no serviço de Pediatria Médica em que trabalhei e às que desenvolvo na UCSP em que exerço funções. Porém, a diversidade encontrada, quer a nível organizacional, atendendo às diferenças entre as instituições de saúde, ou até mesmo cultural, pelas características próprias das regiões do país, levaram a que tivesse a necessidade de apropriar o conhecimento proveniente da minha experiência profissional aos diferentes contextos assistenciais, adequando-os, sendo um dos pontos em que tive de trabalhar, de modo a mobilizar conhecimentos, de forma pertinente.

Atendendo ao conhecimento científico assimilado ao longo da componente teórica do MESIP e daquele que provém do meu percurso académico e profissional, aliado à pesquisa bibliográfica que se revelou uma necessidade constante, tendo em conta a especificidade dos contextos de estágio, a observação e a formulação de questões pautaram a minha conduta, uma vez que, *“As perguntas são um sinal de crescimento, de abertura a novas formas de*

pensar (...) O pensamento crítico vive nas perguntas.” (Nosich, 2011, p. 73). Assim sendo, aproveitei os momentos de discussão com as tutoras e restantes membros das equipas para colocar questões acerca das intervenções que iam desenvolvendo, nomeadamente no que diz respeito às diferenças que fui identificando relativamente à minha experiência profissional e aos conhecimentos provenientes da evidência científica.

No serviço de Neonatologia, a discussão com a Enf.^a tutora durante o planeamento de cuidados e a sua execução foi constante, uma vez que esta procurou transmitir-me os resultados de alguns dos estudos mais recentes sobre cuidados ao prematuro, nomeadamente acerca do aleitamento, das medidas de conforto e do toque, com o objetivo de guiar as minhas práticas e fundamentar as suas posições no seio da equipa, pelo que fui ouvindo os seus esclarecimentos e trocando algumas ideias e pareceres acerca dos factos e do que a evidência científica nos diz sobre os mesmos. A limpeza do coto umbilical com álcool a 70º, o facto de não se realizar tratamento diário ao local de inserção do cateter venoso periférico e a utilização do micro-ondas para aquecer leites, embora apenas no caso dos artificiais, foram alguns dos pontos que tive oportunidade de debater com as colegas, partilhando conhecimentos e experiências. Assim, e atendendo às diferentes práticas e perspetivas, com regularidade realizei pesquisa bibliográfica, no sentido de aprofundar os meus conhecimentos, discernindo em consciência acerca dos melhores contributos para a prestação de cuidados.

O horário de permanência dos pais no serviço, as condições proporcionadas à família durante o internamento e os motivos pelos quais não permitem a visita dos irmãos (independentemente da idade), devido a normas instituídas pela direção do serviço em 2009, aquando da pandemia da Gripe A, mas que ainda vigoram, foram alguns dos aspetos que me incitaram a pesquisar. Dado que, *“Os resultados observados nos irmãos visitantes referem-se especialmente à diminuição nas queixas que os pais traziam antes das visitas e aos comentários que surgem após a entrada dos filhos na UTI Neonatal. As mudanças acontecem particularmente no que se refere a condutas irritadiças, agressivas e queixas escolares. Em crianças pequenas, em torno de dois anos e meio, distúrbios do sono, da alimentação e da evacuação cessaram imediatamente após a visita. O que se passa não é algo mágico: essa proximidade, facilitada tanto pelos pais como pela equipe, garante aos demais*

filhos que eles são bem-vindos ao lado do bebê.” (Braga, Moreira, & Morsch, 2003, p. 103), o que constituiu um dos assuntos abordados junto da equipa, no sentido de enfatizar a reconhecida importância destes cuidados para o bem-estar da família, procurando conduzir a uma possível alteração desta prática. Assim, pude conhecer melhor o funcionamento da instituição, mas também refletir nessas mesmas práticas à luz do conhecimento científico atual, tentando encontrar estratégias para responder a possíveis necessidades das famílias. A impossibilidade de personalizar a incubadora do bebê (atividade que tinha em mente desenvolver) e da utilização da sua própria roupa, mesmo que os pais demonstrem esse desejo foi também objeto de análise conjunta, porém as normas emanadas pela comissão de controlo de infeção da instituição sobrepõe-se, não permitindo esta particularidade nos cuidados.

Na USF, o facto de esta possuir uma biblioteca própria e de a UCC ter acesso à do ACeS, dado que se encontram nas mesmas instalações, constituiu uma mais-valia ao decurso do meu estágio, uma vez que tive a possibilidade de usufruir dos espaços e consultar todos os manuais, protocolos e guias de acolhimento existentes. Deste modo, procurei canalizar os períodos de trabalho individual, que gostaria de ter empregue na participação num eventual projeto de investigação, para a consulta dos programas de formação e dos estudos desenvolvidos anteriormente, dada a inexistência de qualquer tipo de projeto de investigação a desenrolar-se neste momento.

No âmbito da ELI e do NACJR a necessidade de pesquisa tornou-se ainda mais evidente, uma vez que eram áreas que não dominava minimamente, pelo que o empenho necessitou de ser redobrado. Assim sendo, a consulta da legislação em vigor, a qual regulamenta o trabalho destas equipas, bem como a leitura dos processos de todos os recém-nascidos/crianças/jovens em que, de algum modo, houve necessidade de intervenção da Enf.^a com EESIP, constituíram-se como estratégias fundamentais para a expansão do meu conhecimento, mobilizando o saber teórico para a aplicação no terreno. Esta busca de informação propiciou a discussão acerca de possíveis estratégias de intervenção junto dos recém-nascidos/crianças/jovens e famílias em acompanhamento, possibilitando a partilha de experiências de casos anteriores. Ainda no domínio de atuação destas equipas, considero ter dado um contributo importante na avaliação do desenvolvimento da maioria das crianças que

acompanhei, uma vez que com alguma facilidade mobilizei conhecimentos da minha experiência em consulta de vigilância de saúde infantil, nomeadamente ao nível da aplicação da escala de Mary Sheridan para o contexto de visitação domiciliária, realizando-o de forma pertinente e em tempo útil.

Fruto das conversas em equipa surgiu com alguma frequência a discussão e partilha de experiências acerca de diversas temáticas, incidindo com regularidade na diversificação alimentar, tanto pela idade de início como pela ordem de introdução dos novos alimentos, pelo que confrontámos indicações provenientes das orientações de diferentes pediatras e escolas, mantendo como princípio o seguimento da Ata Pediátrica Portuguesa. Momentos como estes foram por mim considerados como bastante positivos para o desenvolvimento do pensamento crítico em Enfermagem.

Tendo em conta a AES para pais realizada serviço de Neonatologia, a AES realizada no âmbito da Semana Mundial do Aleitamento Materno e a Ação de Formação a Pares que me propus a desenvolver, a pesquisa bibliográfica acerca do transporte seguro do recém-nascido, da nutrição, saúde e fertilidade da mulher, bem como da informação mais recente e atual relativa aos sistemas de retenção para recém-nascidos/crianças e do sono e repouso do bebé foram algumas das estratégias que me permitiram utilizar as tecnologias de informação e métodos de pesquisa mais adequados. Deparei-me ainda com a necessidade de busca de informação em relação a temáticas como os maus tratos na infância e juventude, nomeadamente o abuso sexual, suscitada pelo contacto com uma situação destas na Urgência Pediátrica e com os diversos casos destes no âmbito do NACJR, assim como para a elaboração do cartaz alusivo ao Dia Mundial da Prevenção do Abuso Contra as Crianças.

Relativamente ao protocolo de triagem, como não apresentava bibliografia, não consegui ter acesso às fontes utilizadas para a sua conceção. Tomei ainda conhecimento, de que com alguma regularidade o protocolo é revisto e são realizadas algumas alterações, consoante as sugestões dadas pelos enfermeiros e o parecer do grupo de responsáveis pela versão inicial, baseadas na prática profissional e nas informações recolhidas junto de outros modelos.

2.4 Prestação de Cuidados

Considerando a natureza profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, apresenta-se este domínio com uma importância maior na aquisição de competências para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido/criança/jovem e família, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados especializados.

Reportando-nos ao Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, podemos entender por cuidados de enfermagem *“as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações”* (Ministério da Saúde, 1996, p. 2960). Pese embora a importância das intervenções interdependentes, ou resultantes de prescrição, ao longo deste documento procuro evidenciar as intervenções autónomas, dado que as considero um desafio acrescido à evolução do profissional, nomeadamente ao nível da segurança na tomada de decisão, uma vez que, dependem exclusivamente da iniciativa e responsabilidade do enfermeiro.

Importa evidenciar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem como alvo do cuidar não só a criança, mas dada a natural dependência desta, o binómio criança/família, pelo que *“trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...); para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8653).

Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; • Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

➤ Objetivo Específico

- Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional bem como os recursos humanos e materiais das Unidades, integrando-me na metodologia de trabalho de equipa.

✓ Atividades

- Realizar uma visita guiada pelos locais de estágio;
- Conhecer o método de trabalho praticado;
- Integrar a dinâmica de funcionamento das equipas;
- Realizar admissão do recém-nascido/criança/jovem e família;
- Preparar o regresso a casa, de forma sistemática, do recém-nascido e família;
- Articular com outros serviços, quando necessário.

O acolhimento e integração nas Unidades e Serviços tiveram início com uma visita guiada pelos mesmos, orientada pela Enf.^a tutora ou pela Enf.^a responsável do serviço, consoante as suas disponibilidades. Assim, foi-me dada a conhecer a estrutura física, os materiais e normas vigentes, bem como os restantes elementos das equipas. Deste modo, começou a minha envolvimento nas dinâmicas dos serviços.

Dando continuidade à dinâmica de integração, assisti aos momentos de passagem de turno, estando atenta aos diversos casos referidos e aos aspetos mais focados pela equipa, quer ao nível da prestação de cuidados direta ao recém-nascido/criança/jovem, quer no que à relação com os pais e com os restantes profissionais de saúde diz respeito. O momento de transmissão oral de informação sobre os cuidados entre os enfermeiros, realizado entre os turnos difere nos dois serviços hospitalares em que estagiei. Enquanto no serviço de Neonatologia solicita-se a saída dos pais da Unidade e transmite-se a informação com a equipa reunida, mesmo sem consultar o plano de distribuição de trabalho, na Urgência Pediátrica a passagem de turno da manhã para a tarde e da tarde para a noite, não se realiza em sala fechada, nem com a presença de todos os elementos, mas sim no espaço em que os recém-nascidos/crianças/jovens se encontram, entre o enfermeiro afeto a esse local e o que irá dar continuidade aos

cuidados, reunindo-se a equipa no início de cada manhã, juntamente com a Enf.^a chefe, que faz questão de estar presente, o que fomenta a discussão em equipa e, por conseguinte, a busca de melhoria na prestação de cuidados.

Na USF, atendendo a que no mesmo edifício, para além desta e da UCC se encontram também a Unidade de Saúde Pública, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e a sede do respetivo ACeS, foi-me possibilitado conhecer toda a instituição, o que se revelou uma experiência interessante, no sentido de me possibilitar conhecer de uma forma global o trabalho desenvolvido pelos CSP nas suas diversas valências.

O meu contexto profissional atual acabou por facilitar a integração na USF, uma vez que o método de trabalho é semelhante, pois apesar de não se encontrar instituído formalmente o modelo de Enfermeiro de Família, já o desempenho, acompanhando um grupo de utentes específico, organizado por agregados familiares. Deste modo, procurei observar atentamente as dinâmicas da USF e focar-me naquelas com as quais me encontrava menos familiarizada, nomeadamente a exigência apresentada ao nível dos registos no SAPE, não só quanto à descrição do trabalho realizado, mas também na perspetiva dos indicadores de desempenho contratualizados (objetivos ou metas a atingir). Como tal, tomei conhecimento dos parâmetros avaliados pelas auditorias, a nível de casuística e dos registos necessários a efetuar, com vista a uma possível acreditação de qualidade.

No tocante aos projetos que integram a carteira de serviços da UCC, tive a possibilidade de ser esclarecida sobre todos eles, sendo que cada um deles se encontra à responsabilidade de um dos enfermeiros da Unidade, embora possam ter a colaboração dos outros elementos. Constituindo o NACJR e a ELI, áreas com as quais nunca tive contacto direto e que me despertam bastante interesse, optei por investir nestes âmbitos, pelo que direcionei o meu período de estágio na UCC para este tipo de intervenção.

A organização para prestação de cuidados no Serviço de Neonatologia segue o método individual, pelo que cada Enf.^a fica responsável por dois a três recém-nascidos, dependendo da especificidade de cuidados que exijam, tendo sempre em conta que os recém-nascidos mais instáveis ficavam aos cuidados da Enf.^a com formação especializada em SIP. Após a distribuição, procurava aprofundar conhecimentos acerca da situação clínica dos recém-nascidos a quem

iria prestar cuidados, lendo o processo clínico e os registos de enfermagem dos turnos anteriores, de modo a recolher informação sobre a sua evolução ao longo do internamento.

Dado que, no Serviço de Urgência Pediátrica, principalmente na sala de tratamentos/observação, designada por “Open Space”, a permanência dos recém-nascidos/crianças/jovens é breve e as intervenções resultantes de prescrição médica imperam, o trabalho realiza-se de uma forma semelhante ao método de tarefa, sendo que o sistema informático vai alertando sobre as atividades interdependentes a executar e os enfermeiros destacados para este local, bem como os restantes membros da equipa, caso estejam mais libertos nos sectores onde estão afetos, vão dando resposta, consoante a sua disponibilidade e independentemente do recém-nascido/criança/jovem em causa, pelo que não há um seguimento do mesmo. Contudo, a nível informático, ficavam registados os dados do primeiro enfermeiro a ter contacto com a situação, como sendo o responsável pelo recém-nascido/criança/jovem, embora este facto não representasse qualquer implicação prática. Segundo a minha reflexão parece-me que este método exige um grande espírito de equipa e conhecimento do trabalho dos restantes elementos, de modo a evitar atropelos, porém senti que o evento adverso se torna mais provável de acontecer, embora após cada procedimento efetuado seja dada a sua baixa no sistema, há sempre um espaço de tempo em que se a comunicação entre a equipa não for boa, pode haver sobreposição de funções ou, pelo contrário, algum lapso. Com isto, torna-se também mais difícil para as crianças/jovens e famílias sentirem um elemento específico como a sua referência e a quem se podem dirigir, o que me pareceu dificultar a interação entre estes e os profissionais de saúde.

Funcionando a Sala de Observações em contexto de Urgência Pediátrica, como um serviço de internamento de curta duração, algumas das intervenções de enfermagem têm em vista o acolhimento e integração dos pais, apresentando-lhes o espaço e explicando-lhes as normas de funcionamento e as dinâmicas próprias do serviço, procedendo à requisição de refeições para crianças/jovens. Pese embora o tempo de internamento previsto seja curto, a utilização de estratégias que minimizem o impacto que o internamento tem sobre o recém-nascido/criança/jovem e família devem ser tidas em conta, pelo que o esclarecimento de dúvidas e a desmitificação de conceitos, próprios de quem se

depara com um ambiente desconhecido, estiveram presentes na minha conduta, assim como a preocupação em providenciar condições cómodas para que um dos pais pudesse acompanhar o filho a tempo integral. Destarte, torna-se mais fácil organizar o trabalho, atendendo à implementação do método individual, pelo que assumi a responsabilidade dos cuidados à totalidade dos recém-nascidos/crianças/jovens internados, de forma autónoma.

Ao longo deste estágio tive a possibilidade de assistir e colaborar na admissão de dois recém-nascidos em contexto de Neonatologia, participando no acolhimento dos respetivos pais. Deste modo, surgiu a oportunidade de discutir com a Enf.^a tutora alguns aspetos inerentes a esta fase do processo de hospitalização, nomeadamente o facto de não ser permitida a entrada dos pais, enquanto o recém-nascido não estiver completamente instalado na Unidade, sendo estes recebidos por uma assistente operacional que é quem lhes explica as normas de funcionamento do serviço, tendo contato com a equipa de enfermagem somente já perto da incubadora, não havendo qualquer tipo de preparação prévia para o que vão encontrar ou visualizar, a não ser uns posters afixados na sala de espera em que a assistente operacional os receciona. Atendendo a que, *“Ao entrarem na UTI pela primeira vez, os pais experimentam um misto de sensações, de entre as quais perplexidade e medo em face de uma realidade tão distante daquela idealizada inicialmente para o bebê.”* (Braga, Moreira, & Morsch, 2003, p. 51), parece-me de extrema importância que este primeiro contacto com o serviço seja um dos momentos privilegiados de atuação do enfermeiro especialista junto da família.

Ainda neste contexto, pude acompanhar a transferência de um recém-nascido para o internamento do serviço de Pediatria, transmitindo as informações relevantes à colega, o que para além de complementar a informação escrita (presente nos registos previamente efetuados), me permitiu assistir a família no primeiro contato com um novo serviço e, por conseguinte, com profissionais para si desconhecidos, procurando facilitar o processo de transferência.

O regresso a casa foi outro dos momentos que pude presenciar e no qual colaborei, pois embora o recém-nascido em questão estivesse aos cuidados de outra enfermeira, foi-me permitido participar no momento da alta, principalmente na avaliação de conhecimento dos pais no que toca ao transporte e segurança, tendo esclarecido as dúvidas apresentadas e deixando algumas informações

importantes. Porém, *“Para que, por ocasião da alta hospitalar, os pais estejam aptos a cuidar de seu filho em casa de maneira efetiva e segura, o planejamento e o ensino dos pais devem ser feitos com antecedência; sendo o preparo da alta iniciado já por ocasião da admissão”* (Tamez & Silva, 1999, p. 165), uma vez que, reconhecendo os pais como os cuidadores por excelência, torna-se fundamental conferir-lhes confiança, capacitando-os para a prestação de cuidados, dado que só deste modo poderemos efetivamente cuidar com e não cuidar a.

Competências
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva acadêmica avançada;• Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;• Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EESIP;• Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;• Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;• Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;• Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

➤ Objetivos Específicos

- Desenvolver competências na assistência de enfermagem especializada ao recém-nascido/criança/jovem e família, nos diferentes contextos assistenciais;
- Demonstrar espírito de iniciativa, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem;
- Desenvolver competências no apoio e na promoção da parentalidade;

- Promover o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido/criança/jovem, fomentando a parceria de cuidados;
- Desenvolver estratégias na avaliação e no tratamento da dor no recém-nascido/criança/jovem;
- Refletir de forma crítica e sistemática sobre a prática de cuidados assistenciais;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, nos diferentes contextos assistenciais.

✓ Atividades

- Assistir recém-nascidos/crianças/jovens e família nos diferentes contextos assistenciais;
- Apoiar no desempenho dos papéis parentais;
- Realizar uma AES a pais;
- Estimular o aleitamento materno;
- Incentivar a prática do Método Canguru;
- Realizar AES a grávidas e puérperas;
- Envolver os pais/pessoa significativa na prestação de cuidados;
- Contribuir para o cumprimento do PNV;
- Participar em visitas domiciliares à puérpera e ao recém-nascido;
- Executar colheita de sangue capilar para diagnóstico precoce;
- Avaliar a dor através da aplicação de escalas;
- Proceder à utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor;
- Analisar, criticamente, os cuidados prestados;
- Realizar um “Diário de Bordo”;
- Discutir com a Enf.^a tutora sobre o desempenho do Enfermeiro Especialista em SIP nos diferentes contextos assistenciais.

Ao longo da assistência de enfermagem na USF, tive a oportunidade de realizar trinta e uma consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, distribuídas da seguinte forma pelas diferentes faixas etárias: duas a recém-nascidos no primeiro mês de vida; dez a lactentes; quatro a crianças na primeira

infância; oito a crianças em idade pré-escolar; seis a crianças em idade escolar e uma a adolescente de treze anos. Deste modo, tive a possibilidade de abarcar praticamente toda a calendarização de idades-chave referida pelo PNSIJ, correspondendo a *“acontecimentos importantes da vida do bebê, da criança ou do adolescente, tais como as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade”* (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 7), harmonizando estas consultas com o esquema cronológico previsto pelo PNV, tendo administrado vinte e oito vacinas (dezanove do PNV e nove extra-PNV). Como durante o período de estágio decorrido no serviço de Neonatologia, alguns dos recém-nascidos internados atingiram o peso suficiente para poderem ser vacinados, tive a possibilidade de proceder à primo-vacinação a dois deles, informando os pais acerca de todas as possíveis reações e complicações, bem como dos benefícios da vacinação. Tendo em conta o meu contexto de trabalho e por consequência a experiência que tenho nesta área, o meu discurso foi de encontro às suas dúvidas e preocupações, conferindo-lhes segurança e serenidade.

Como contemplado pelo PNSIJ, também os exames de saúde oportunistas foram tidos em conta, isto é, no caso de *“uma criança ou jovem se deslocar à consulta por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, deverá, se a situação clínica o permitir, ser efetuado o exame indicado para essa idade. Com este tipo de atuação – exames de saúde oportunistas – reduz-se o número de deslocações e alarga-se o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade”* (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 11). Tal verifica-se, principalmente nas idades em que as vindas aos CSP se prendem com a necessidade de administração de vacinas extra-PNV, situações que experienciei diversas vezes, tendo em conta a comercialização da recente vacina contra o meningococo do grupo B, o que exigiu um reforço nos ensinamentos sobre vacinação e possíveis reações adversas, atendendo à necessidade de informação demonstrada pelos pais, dada a novidade que a vacina constitui.

Em todas as consultas que realizei, procurei seguir os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios elencados pelo PNSIJ, o que me permitiu mobilizar conhecimentos apreendidos nas aulas teóricas e desenvolver intervenções, tais como a monitorização e avaliação da estatura, peso, índice de massa corporal, dentição, perímetro cefálico e tensão arterial, bem como a aplicação da escala de

Mary Sheridan e da escala oftalmológica, o que em idade pré-escolar constituiu uma dificuldade, atendendo a que o material não era o mais adequado. Relativamente à avaliação das necessidades de ensino, prenderam-se com a amamentação, a diversificação alimentar, hábitos alimentares e de sono e repouso, regime terapêutico (suplementos vitamínicos), prevenção de cáries, regras de socialização, prevenção de acidentes, entre outros, sendo os focos da prática de enfermagem mais frequentes o desenvolvimento infantil, a amamentação, o papel parental, a adesão à vacinação, a precaução de segurança e o comportamento de procura de saúde.

A realização da consulta do adolescente constituía uma das minhas expectativas face ao Módulo I, dado que não tenho tanta experiência profissional na assistência a esta faixa etária. Porém, as oportunidades mostraram-se reduzidas, uma vez que a maioria dos adolescentes já havia sido convocado para consulta no início do ano, devido a questões organizacionais. No entanto, considerei um momento de aprendizagem da maior relevância, atendendo a toda a especificidade desta área, dado que considero essencial que os profissionais de saúde que atendem adolescentes o façam de forma global e compreensiva, conhecendo bem o desenvolvimento físico, mas também psicossocial, característico da adolescência.

Por considerar que os *“profissionais de saúde têm uma grande responsabilidade na educação e alerta da família para a prevenção de acidentes, pois estes conferem-lhe uma grande credibilidade. São intervenientes activos na mudança de comportamentos e atitudes, no sentido da prevenção de acidentes e minimização das sequelas que deles podem advir.”* (Costa, Sá, Fraga, Dias, & Serafino, 2011, p. 247), em todas as consultas de vigilância que realizei, procurei reforçar medidas de segurança, adequando à faixa etária e ao contexto familiar que me era dado a conhecer.

Numa primeira fase do período de estágio em contexto de Neonatologia, a lotação do serviço apresentou-se muito aquém das expectativas, o que consequentemente tornou parcas as oportunidades de assistência em contexto de intensivos. Porém, ao longo das semanas o número de recém-nascidos internados aumentou, pelo que as novas ocasiões de aprendizagem acabaram por surgir. Assim, tive possibilidade de ficar responsável pelo planeamento e prestação de cuidados a três recém-nascidos com necessidades de cuidados

intermédios e três de cuidados intensivos, colaborando na assistência a doze recém-nascidos, todos eles com idades gestacionais compreendidas entre as trinta e uma e as trinta e nove semanas. Uma vez que, houve necessidade de realizar turnos de doze horas, o que inicialmente parecia poder comprometer a qualidade da aprendizagem, acabou por se revelar um aspeto positivo, pois permitiu-me dar continuidade aos cuidados prestados ao mesmo recém-nascido, passando pelas especificidades das dinâmicas inerentes aos dois turnos. Considero ainda que, o facto de não serem muitos os recém-nascidos internados, levou a que o mesmo me fosse atribuído por mais do que um turno, em dias diferentes, o que também possibilitou a continuidade de cuidados, tornando-se uma mais-valia.

Dado que a medicação a preparar e administrar durante os turnos era reduzida, solicitei e a equipa permitiu que preparasse e administrasse a medicação a todos os recém-nascidos internados, o que foi um bom treino para mobilizar os conhecimentos prévios e esclarecer dúvidas acerca de algumas especificidades existentes no contexto de Neonatologia, nomeadamente no que toca à reconstituição e diluição dos fármacos, tendo em conta as pequenas doses e a imaturidade fisiológica do recém-nascido.

Ao nível técnico as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento foram diversas, tendo possibilidade de realizar cateterizações venosas e colheitas de sangue em veia periférica a recém-nascidos/crianças/jovens, manipular cateteres epicutâneos, preparar e administrar perfusões de APT, auxiliar em punções lombares e vesicais, colher espécimes para análise, avaliar glicemias capilares e cetonemias, proceder a entubação nasogástrica e orogástrica, monitorizar sinais vitais, avaliar diurese e características das dejeções, realizar cateterismos vesicais, prestar cuidados de higiene parciais e totais, preparar e administrar medicação por diferentes vias, providenciar fototerapia contínua/intensiva e, realizar preparação para meios complementares de diagnóstico e intervenções cirúrgicas. A manipulação e manutenção de cateteres umbilicais constituíram novas oportunidades de aprendizagem, dado que nunca tinha tido contacto com esta realidade, encarando-a como um desafio, devido à destreza e minúcia de movimentos que exige, tendo desenvolvido tais aptidões.

Pese embora a curta duração do estágio em contexto de Neonatologia, desde cedo identifiquei como problema os poucos conhecimentos dos pais acerca

dos sistemas de retenção e da sua adaptabilidade ao recém-nascido, atendendo ao déficit de informação que apresentavam aquando do regresso a casa, pelo que senti a necessidade de os instruir. Deste modo, pareceu-me importante realizar uma AES aos pais, subordinada ao tema “Transporte seguro do recém-nascido”, uma vez que *“as enfermeiras devem estar cientes das possíveis causas de lesões em cada faixa etária, para planejar ações educativas antecipatórias e preventivas”* (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 382), tanto pela sua indiscutível importância, como pela lacuna existente no serviço relativamente a este aspeto, uma vez que não era prática habitual proceder-se ao teste do sistema de retenção. Assim, espero ter contribuído para a melhoria dos seus conhecimentos e para a promoção da segurança dos recém-nascidos.

O realizar da AES em contexto de Neonatologia, permitiu um maior contacto com os pais, tanto no convite e sensibilização para o tema e sua pertinência, bem como durante a formação, na exposição da temática e no esclarecimento de dúvidas. Constituiu, indubitavelmente, um momento privilegiado e que me possibilitou desenvolver competências comunicacionais e atitudinais, assim como estabelecer e fortalecer uma relação empática que me pareceu refletir-se ao longo dos restantes turnos em que permaneci no serviço, sendo notório pela maior proximidade e à vontade destes para comigo.

A sessão (Apêndice V) em si superou fortemente as minhas expectativas, uma vez que o público-alvo, apesar de em reduzido número (cinco pessoas), esteve bastante participativo, demonstrando interesse e motivação. A avaliação da sessão (Apêndice VI) foi efetuada ao nível do conteúdo, através de um teste de verdadeiro e falso, obtendo 80% de respostas corretas e, ao nível da forma com a classificação de cinco aspetos com uma escala numérica, alcançando a pontuação máxima em todos os parâmetros. De forma a sistematizar a informação, facultei dois panfletos (Anexo I) de autoria da APSI acerca da temática abordada.

Em contexto de urgência pediátrica e atendendo à experiência profissional prévia no serviço de Pediatria Médica, desde logo fui incitada a assumir os cuidados a recém-nascidos/crianças/jovens, o que aumentou a minha autonomia, ficando responsável por diferentes situações, inclusive com níveis de complexidade diferentes, constituindo esta circunstância um especial desafio para este módulo de estágio. O auxílio da Enf.^a tutora no sentido de procurar situações

de aprendizagem que pudessem ir de encontro aos objetivos por mim traçados, sinalizando alguns casos que necessitariam de mais cuidados, revelou-se da maior importância, além de que procurei estar atenta às prescrições eletrônicas que iam sendo efetuadas, de modo a aproveitar o máximo de oportunidades que fossem surgindo. Estas experiências possibilitaram-me prestar assistência a recém-nascidos/crianças/jovens de todas as idades que a pediatria abarca, o que me fez apropriar o conhecimento científico, ao contexto da prática, para conseguir relacionar-me de forma adequada com cada um dos recém-nascidos/crianças/jovens a quem prestei cuidados.

No tocante ao aleitamento materno, sabe-se que *“Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estada da mãe e do bebê no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno”* (Bértolo & Levy, 2012, p. 12). Partindo deste pressuposto, o apoio na amamentação, o incentivo ao aleitamento materno, a instrução para a extração de leite materno e a transmissão de conhecimentos acerca da importância da higienização das mãos, bem como do toque e das medidas de conforto adequadas a cada recém-nascido estiveram no centro da minha intervenção, consoante as questões que me iam sendo colocadas pelos pais ou as necessidades de ensino por mim identificadas, durante o internamento.

O facto de considerar a amamentação como um momento crucial para o estabelecimento da vinculação do recém-nascido e da ligação mãe-filho e, para evitar que as mães deixassem de produzir leite, quando os recém-nascidos não possuíam os reflexos de sucção e deglutição, levou a que trabalhasse o Método Canguru, no qual *“há o favorecimento do aleitamento materno, evidenciado (...) pela facilidade do bebê em buscar o seio por meio da posição do método, tornando-o efetivo graças à proximidade”* (Neves, Ravelli, & Lemos, 2010, p. 53). Em contexto de Neonatologia, tive a oportunidade de o realizar com duas famílias, o que demonstrou desde logo resultados muito positivos, quanto à estabilidade do recém-nascido e à serenidade que os pais deixaram transparecer, mostrando-se mais confiantes em relação ao recém-nascido e às suas competências. Através do contacto pele-a-pele, contínuo e prolongado, verifiquei os benefícios do método no estabelecer da relação entre pais e filho, diminuindo os medos que pudessem sentir e envolvendo tanto a mãe, como o pai nos cuidados ao recém-

nascido, o que corrobora os *“seus benefícios ao nível do stresse materno, na diminuição da dor e choro durante os procedimentos clínicos prestados ao infante; ao nível da autoconfiança dos pais e também em relação à amamentação materna. (...) em termos fisiológicos, comportamentais e emocionais (no desenvolvimento neurocomportamental, na temperatura, capacidade cardíaca, respiratória e saturação de oxigénio; na satisfação e preferência materna; no peso, desenvolvimento motor e relaxamento); assim como em termos relacionais (entre pais e filho prematuro).”* (Feliciano, 2007, p. 17).

No decorrer do Módulo I, sob o mote da Semana Mundial do Aleitamento Materno, integrei a “UCC Feira Mostra – 2014” como formadora no workshop “Nutrição, Saúde e Fertilidade da Mulher” (Apêndice VII), juntamente com a Enf.^a tutora e a Coordenadora da USF, ambas Conselheiras da Amamentação. Atendendo aos meus objetivos de estágio, optei por ficar responsável pela construção e apresentação da sessão no que se relacionou com a nutrição e saúde durante o puerpério, focando os aspetos essenciais para o apoio e promoção da parentalidade.

Ao longo do Estágio, procurei explorar ao máximo a autonomia na prestação de cuidados, a interação com os pais e, principalmente, a promoção da parceria de cuidados, uma vez que *“as relações da criança com a sua família e os efeitos do ambiente, podem influenciar o crescimento e desenvolvimento assim como a capacidade para o agir social, emocional e fisicamente”* (Casey, 1988, p. 67), premissa defendida por Anne Casey no modelo de parceria de cuidados, por si elaborado em 1988. Reconhecendo os pais como parceiros e valorizando as suas capacidades como prestadores de cuidados ao recém-nascido/criança/jovem, de forma gradual fui-me integrando mais e melhor nas dinâmicas dos serviços, gerindo os cuidados prestados de forma autónoma e eficiente, o que me conferiu segurança para desenvolver a minha capacidade de tomada de decisão.

No Serviço de Neonatologia, a prestação de cuidados de higiene e conforto constituiu um dos meus enfoques, principalmente nos turnos da manhã, momento em que, por organização da equipa de enfermagem, se procedia ao banho do recém-nascido. Porém, o facto de na maioria dos casos, os pais não se encontrarem no serviço no horário em que se procede a esta dinâmica, pois muitas das vezes não existia uma agilização prévia dos cuidados entre estes e a

equipa de enfermagem, não deu lugar a que pudesse explorar melhor a parceria neste cuidado. Tal fez com que não desenvolvesse todas as competências que desejava, considerando um aspeto a refletir, devido às diversas oportunidades de avaliação de necessidades de ensino que deste momento poderiam decorrer. Destarte, sempre que estes se encontravam no serviço, aproveitava para apoiar na amamentação e negociar os cuidados parciais de higiene, de conforto e de alimentação, incentivando o colocar de questões, fazendo por desvanecer o conceito negativo da hospitalização, através do envolvimento destes nos cuidados, procurando que perspetivassem o internamento como uma oportunidade de aprendizagem. Assim, *“Apesar da hospitalização, em geral, representar um período estressante para a criança e para a família, também é uma oportunidade facilitadora de mudanças positivas para a criança e entre os membros da família. Para algumas famílias, o estresse da criança causado pela doença, a hospitalização ou ambos, podem levar ao fortalecimento da família pelo comportamento de enfrentamento e pelo surgimento de novas estratégias de enfrentamento.”* (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 692), pelo que procurei trabalhar aspetos da relação recém-nascido/família, como a vinculação e a ligação mãe-filho.

Em contexto de Urgência Pediátrica o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido/criança/jovem parecia de antemão um objetivo difícil de alcançar, tendo em conta que muitas vezes os procedimentos preparatórios, como a apresentação da equipa e da estrutura física, não são possíveis de efetuar, devido ao carácter urgente das intervenções. Contudo, foi possível em alguns dos casos negociar com os pais a ordem dos procedimentos a realizar, bem como ter em atenção sugestões por si efetuadas, como o recurso a outras medidas de tratamento, as quais foram ponderadas e providenciadas, quando pertinentes. A instrução dos pais acerca dos cuidados a prestar aos seus filhos foi uma constante, nomeadamente no que toca à hidratação oral fracionada e ao arrefecimento natural.

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, *“O modelo conceptual de cuidados dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família. Compete a estes enfermeiros especialistas a gestão*

diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 9). Deste modo, os cuidados de conforto e a utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor constituíram um dos meus principais enfoques, atendendo ao fâcies de dor, acompanhado de agitação e irritabilidade, por vezes apresentado pelos recém-nascidos, o que me permitiu desenvolver competências nestas áreas. Com este fim, coloquei em prática algumas medidas já minhas conhecidas, como a redução da incidência de luzes sobre o recém-nascido e do ruído ambiente, a massagem terapêutica, a sucção não nutritiva e a utilização de sacarose a 24% durante a punção venosa e desenvolvi novas técnicas, como o uso de contenção em “ninhos”, de modo a posicionar adequadamente o recém-nascido e a promover a sua organização comportamental e a concentração de manipulações, preservando os períodos mais prolongados de sono e repouso. No Serviço de Urgência Pediátrica, o início de procedimentos de avaliação e tratamento da dor, está contemplado pelo protocolo de Triagem, pelo que as intervenções a este nível iniciam-se desde logo, o que me permitiu explorar a utilização de diferentes instrumentos de avaliação da dor, consoante a idade, e realizar a história de dor, dando prioridade ao tratamento, em detrimento da sua avaliação, caso a dor fosse intensa.

A visitação domiciliária é considerada *“elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade”* (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 7), pelo que tive a oportunidade de efetuar quatro visitas domiciliárias à puérpera e ao recém-nascido, realizando a colheita de sangue capilar para diagnóstico precoce em três delas. Nesta visita, realizada nos primeiros quinze dias pós-parto, procurei obter informação sobre o meio físico e familiar, detetar precocemente fatores de risco, promover a higiene e prevenir infeções, favorecer a vinculação, promover o aleitamento materno, incentivar a expressão de emoções e informar sobre os recursos existentes na USF para a mãe e o bebé. Sempre que possível, observei a mamada, apoiando na pega e avaliando a necessidade de ensinamentos, com o objetivo de *“incentivar o aleitamento materno por meio do empoderamento das mulheres em relação às suas próprias decisões sobre a amamentação”* (Maroja, Silva, & Carvalho, 2014, p. 8), sendo notória a diminuição da ansiedade materna, nos casos em que tal se verificava.

Outro dos contextos de visitação domiciliária que pude experienciar prendeu-se com a necessidade de averiguar o motivo das sucessivas faltas a consultas e do não cumprimento do PNV, por parte de uma das crianças inscritas na USF. Após a tentativa de contacto telef nico e envio de carta registada, não se obtendo qualquer resposta, partimos para visita domiciliária, onde fomos informadas pela vizinhança de que a família teria emigrado, o que nos permitiu efetuar o requerimento para exclusão de utentes. A execução destas medidas revela o empenho do Enfermeiro de Família em zelar pelo cumprimento do PNV, perspetivando a promoção da saúde e a prevenção da doença.

De modo a organizar o meu estudo durante as horas de trabalho individual e, com vista   reflexão crítica e sistemática acerca das situações vivenciadas, realizei ao longo deste estágio um "Diário de Bordo" em que descrevi o trabalho desenvolvido diariamente, de forma a contribuir para a melhoria da minha capacidade de refletir sobre a ação. Através da retrospectiva efetuada foi-me possível ponderar as intervenções futuras, procurando potenciar os aspetos positivos e minimizar aqueles em que considere não ter atingido os objetivos.

Um dos aspetos que suscitou a minha necessidade de reflexão, prendeu-se com o facto de no Serviço de Neonatologia a presença dos pais ser permitida somente entre as 08h e as 24h, sendo que apesar do já diminuido tempo de convivência entre pais e filhos, é ainda prática da Unidade pedir aos pais para se ausentarem durante os procedimentos invasivos, seja para intervir junto do seu filho ou de qualquer um dos outros recém-nascidos internados, o que constituiu um dos assuntos de diálogo e discussão de ideias com a tutora, atendendo às vantagens que identifiquei na presença dos pais junto dos seus filhos, mesmo em situações mais complexas. No entanto, pude verificar que durante a permanência do recém-nascido/criança/jovem no Serviço de Urgência Pediátrica,   reforçado o direito   presença de um familiar/pessoa significativa, o qual pode ser revezado quando necessitar, sendo toda e qualquer intervenção efetuada na sua presença, mesmo durante a atuação na Sala de Emergência. Presenciei ainda, algumas solicitações por parte dos pais presentes na Sala de Observações, para que ambos os progenitores pudessem estar presentes por breves períodos, assim como os irmãos, devido à preocupação que apresentavam, pedidos estes que foram atendidos e devidamente assistidos pela equipa de enfermagem, o que me deixou bastante satisfeita por verificar a envolvência que mesmo em contexto de

urgência se pode conceder à família, o que sem dúvida se revelou benéfico para o recém-nascido/criança/jovem internado. Deste modo, o cuidado centrado na família fez-se presente, uma vez que, *“A filosofia do cuidado centrado na família reconhece que a família é a constante na vida de uma criança e que os sistemas de serviços e os profissionais devem apoiar, respeitar e destacar as potencialidades e a competência da família.”* (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 19).

Outra das situações que suscitou a minha necessidade de análise e reflexão surgiu na sequência da possibilidade de proceder à mobilização de cateteres epicutâneos no Serviço de Neonatologia, o que não se apresentou totalmente novo, uma vez que já me encontrava familiarizada com estes materiais no que respeita à administração de terapêutica e à realização do tratamento ao local de inserção. Porém, nunca tinha presenciado a mobilização do mesmo, bem como o procedimento que envolve a sua colocação, no qual fui sendo esclarecida, uma vez que nesta Unidade são os enfermeiros, e não os médicos, os responsáveis pela sua inserção, o que me levou a pesquisar acerca do parecer da Ordem dos Enfermeiros, o qual conclui que *“a técnica de inserção de Cateteres Centrais de Inserção Periférica pode ser efetuada por enfermeiros desde que possuam os necessários conhecimentos e as adequadas capacidades técnicas, competindo ao enfermeiro a tomada de decisão sobre a sua execução, tendo sempre em atenção o superior interesse da criança.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 3).

O período de estágio no Serviço de Urgência Pediátrica superou em muito as minhas expectativas, proporcionando-me diversas oportunidades de aprendizagem nos diferentes domínios de atuação do enfermeiro especialista. Neste contexto, ao proceder a um momento formal de avaliação intercalar, aproveitei para exprimir quais as dificuldades que sentia, os objetivos que ainda pretendia atingir e as necessidades de aprendizagem que gostava de ver colmatadas, ouvindo o parecer da Enf.^a tutora quanto à minha prestação e os seus conselhos relativamente aos pontos que devia melhorar. Deste diálogo resultou a decisão conjunta de que os restantes turnos, caso a Enf.^a responsável não se opusesse, seriam realizados no “Open Space”, local em que não estava tão à vontade como na Triagem e na Sala de Observações, onde consegui atingir os objetivos propostos, com alguma facilidade, sobretudo na aquisição de competências comunicacionais, essenciais à técnica de entrevista.

Uma das áreas que desde início demonstrei interesse em explorar foi a saúde escolar, tendo partilhado na UCC o desejo de participar em intervenções neste âmbito. Porém, uma vez que o ano letivo estava a começar, os projetos de atuação ainda não estavam definidos, pelo que apenas se proporcionou estar presente numa reunião entre enfermeiros da Unidade, na qual se debateu a organização das sessões do PRESSE, elaborando o cronograma de atividades, o que não me permitiu desenvolver competências nesta área, ficando a experiência aquém das minhas expectativas.

Competência
<ul style="list-style-type: none">• Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

➤ Objetivos Específicos

- Desenvolver competências comunicacionais com o recém-nascido, criança, jovem e família nos diferentes contextos assistenciais;
- Atender às necessidades individuais de cada criança/família, com respeito pelos seus valores, costumes e crenças, prestando cuidados culturalmente sensíveis e adequados;
- Desenvolver competências de comunicação e transmissão de informação para grupos.

✓ Atividades

- Adequar a linguagem à etapa de desenvolvimento do recém-nascido/criança/jovem;
- Realizar escuta ativa;
- Utilizar estratégias motivacionais;
- Transmitir informação em AES a grupos.

Tendo em conta a amplitude da faixa etária que atualmente a saúde infantil e pediátrica compreende, o leque de experiências torna-se vasto, assim como a

diversidade da relação desenvolvida com o recém-nascido/criança/jovem e família, sem dúvida bem distinta, quer a nível comunicacional, quer na prestação de cuidados. Assim sendo, torna-se essencial ter em atenção as características da etapa do desenvolvimento em que a criança/jovem se encontra e a sua singularidade, de modo a adequar o discurso, com vista a estabelecer uma comunicação eficaz. Com esta finalidade, fui de encontro a alguns fatores resultantes do auto-conhecimento que traçam o meu perfil profissional, nomeadamente a nível relacional e comunicacional, os quais trabalhei agora na perspetiva de futura especialista, atendendo a que esta condição implica que este demonstre *“em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8).

Em contexto de consulta e, uma vez que não conhecia as famílias, procurei questionar acerca de possíveis dúvidas que tivessem surgido desde a última vinda à USF, de modo a ir ao encontro das suas preocupações, o que por vezes dificultou a gestão de tempo, mas se mostrou importante para gerar empatia e realizar uma boa colheita de dados.

No momento de admissão no serviço de Neonatologia, deparei-me com a fragilidade emocional demonstrada pelos pais, o que fez com que de imediato tivesse de mobilizar conhecimentos e estratégias comunicacionais, de modo a desenvolver a relação mais adequada à reação apresentada por cada um dos progenitores. De igual forma, a situação de urgência, na maioria dos casos, provoca alguma ansiedade e preocupação nos pais, pelo que a relação estabelecida com o enfermeiro, mesmo que por um curto período, parece-me de extrema importância, tendo em vista a gestão de emoções e a serenidade transmitida ao recém-nascido/criança/jovem.

Durante o contacto que fui estabelecendo com os pais dos recém-nascidos/crianças/jovens que assisti, procurei concentrar os meus esforços no estabelecer de uma relação terapêutica, praticando a escuta ativa e promovendo a expressão de emoções, quando identificada essa necessidade, dado que *“A atividade verbal mínima com escuta ativa facilita o envolvimento dos pais. É tentador reservar tempo para explicar, descrever e interpretar informação de*

saúde quando a própria oportunidade se apresenta. Entretanto, é possível fornecer educação efetiva sobre saúde dando informação no momento apropriado e apresentando-a apenas da forma necessária ao momento.” (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 104).

Principalmente no Serviço de Urgência Pediátrica, várias foram as situações em que tive necessidade de utilizar estratégias comunicacionais e relacionais com vista à diminuição do estado de ansiedade em que muitos dos familiares se encontram, tanto pela imprevisibilidade do contexto de urgência, como pelo tempo de espera no atendimento. O tumulto e o conflito que cheguei a presenciar por casos como a incredibilidade dos pais face a resultados analíticos dos filhos, o desespero perante a possibilidade de eventos de crise se repetirem, a agressividade demonstrada pelo resultado da classificação utilizada na triagem não ser prioritária, entres outros, constituem uma dificuldade acrescida para o enfermeiro que trabalha neste contexto, pelo que a temática da agressividade para com profissionais de saúde faz parte do plano de formação em serviço.

Relativamente à criança, privilegiei a comunicação não-verbal, utilizando estratégias diferentes consoante a idade e o estágio de desenvolvimento, nomeadamente a de manter o diálogo com os pais e, progressivamente, direccionar-me para a criança, descendo ao seu nível visual. Após estabelecer o contacto, recorria à utilização de um boneco, uma vez que *“A enfermagem deve utilizar os brinquedos para, por meio deles, auxiliar a criança hospitalizada a compreender a situação de mudança e também avaliar a compreensão desta sobre este acontecimento.”* (Jansen, Santos, & Favero, 2010, p. 252).

A promoção da privacidade do recém-nascido/criança/jovem e família, sendo transversal a toda e qualquer intervenção, teve de ser ainda mais cuidada na situação de abuso sexual com a qual tive contacto na Urgência Pediátrica, o que constituiu um desafio, bem como a atenção aos possíveis juízos de valor formulados, dado que o presumível abusador era o meio-irmão. Motivo pelo qual, após realizar a triagem, de imediato encaminhei a criança e os seus pais para um gabinete médico, de modo a preservar a sua intimidade e a expressão das suas emoções, comunicando o sucedido à Enf.^a destacada para o local, uma vez que não me foi possível dar continuidade à assistência, devido ao número elevado de recém-nascidos/crianças/jovens em espera para a triagem.

A comunicação ao nível da mensagem escrita foi trabalhada através da execução de um cartaz (Apêndice VIII), alusivo ao Dia Mundial para a Prevenção do Abuso contra as Crianças, com vista à sensibilização da população para a importância da sinalização de situações de maus-tratos infantis, pois a *“problemática relacionada com os maus-tratos é uma realidade com dimensões e implicações gigantescas para a sociedade, à qual não se pode mostrar indiferença.”* (Oliveira & Simões, 2014, p. 83).

Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada; • Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP; • Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de EESIP.

➤ Objetivos Específicos

- Adquirir aptidões na assistência ao recém-nascido, criança e jovem em risco e/ou com necessidades especiais;
- Reconhecer e antecipar situações de eventual complexidade, identificando os focos de instabilidade;
- Compreender as competências do enfermeiro especialista na assistência ao recém-nascido/criança/jovem e família em situações complexas.

✓ Atividades

- Participar em reuniões da ELI e do NACJR;
- Realizar visita domiciliária no âmbito da ELI e do NACJR;
- Articular com os recursos existentes na comunidade;
- Compreender o funcionamento e manipular os diferentes tipos de incubadoras do serviço;

- Conhecer e manusear os modelos de aparelhos de ventilação assistida existentes nos serviços;
- Realizar triagem ao recém-nascido/criança/jovem em contexto de Urgência Pediátrica;
- Documentar a assistência de enfermagem nos sistemas em vigor nos diferentes contextos assistenciais.

No decorrer do Módulo I, participei numa reunião da ELI, em duas reuniões do NACJR, realizei quinze visitas domiciliárias ou à IPSS frequentada pela criança no âmbito da ELI e cinco visitas domiciliárias no âmbito do NACJR.

A ELI reúne-se quinzenalmente, estando presentes todos os membros da equipa pluridisciplinar, composta por representantes dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação. Na ordem de trabalhos da reunião em que estive presente, a apresentação e avaliação das novas situações referenciadas ocupou lugar de destaque, verificando-se os critérios de elegibilidade que reuniam para integrarem o SNIPI, sendo de imediato distribuídos pelos diferentes profissionais envolvidos, com base nas necessidades apresentadas e na área geográfica em que se encontram. Seguiu-se o debate acerca das melhores estratégias a adotar em algumas das situações que já vêm sendo acompanhadas pela ELI, mas que necessitam de particular atenção, devido à sua complexidade. De modo a aproveitar ao máximo a oportunidade que me foi concedida de participar nesta reunião, procurei estar com a maior atenção, com vista a assimilar toda a informação pertinente ao desenvolvimento de competências no trabalho com crianças que necessitam de intervenção precoce.

O NACJR Feira é constituído por uma equipa multiprofissional, que integra psicóloga, técnicas superiores de serviço social e Enf.^a especialista em SIP, sendo esta a responsável pela equipa. Devido a incompatibilidade de agendas e à envolvimento de todos os profissionais em diversos projetos, as reuniões em que participei contaram somente com a presença da Enf.^a e de uma das técnicas superiores de serviço social. Nestas foram apresentados os novos casos sinalizados e, discutidos um a um, todos os processos acompanhados pelo núcleo, tendo possibilidade de participar no delineamento das estratégias a adotar e de quais os contactos a estabelecer.

As visitas no âmbito da ELI realizam-se maioritariamente à IPSS que a criança frequenta, atendendo à necessidade de observar o seu comportamento em grupo e de usufruir também da presença e do parecer da educadora de infância da instituição, envolvendo-a no processo. Estas deslocações têm como objetivo reunir com pais e profissionais, de modo a elaborar o PIIP ou reformulá-lo e proceder à avaliação do desenvolvimento da criança. Esta é realizada pelos membros da ELI (Educadora de Infância e Enf.^a), tendo por base a aplicação do “Teste de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor” (adaptado de “Schedule of Growing Skills II”, de M. Bellman, S. Lingam e A. Aukett) utilizado na Consulta de Desenvolvimento do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE e adotado pela ELI nas suas intervenções. A escala em causa permite identificar o nível de desenvolvimento da criança nas seguintes áreas: controlo postural passivo; controlo postural ativo; competências locomotoras; competências manipulativas; competências visuais; audição e linguagem; fala e linguagem; interação social; autonomia pessoal; permitindo ainda obter um resultado na área cognitiva. Pelo atraso de desenvolvimento da maioria das crianças às quais apliquei a escala, as dificuldades foram imensas, pois a interação conseguida foi praticamente inexistente, dadas as limitações comunicacionais, cognitivas e relacionais que apresentavam.

Nas primeiras abordagens aos pais de crianças com necessidades especiais, reunimos com estes e com a educadora de infância, procedendo à apresentação da ELI e do trabalho que desenvolve, dando-lhes a conhecer a legislação pela qual se rege, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 281/2009, de 06 de Outubro e explicando-lhes o processo de referenciação da criança, o qual na maioria dos casos já havia sido realizado pelo médico assistente ou pela IPSS que frequentam. Partindo deste ponto, clarificamos o modo como se procede à caracterização da família e à elaboração do PIIP, aproveitando para realizar o levantamento dos antecedentes pessoais e familiares, obtendo os dados do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Nas reuniões em que participei, relativas a crianças já seguidas pela ELI, realizou-se a avaliação dos objetivos traçados para o PIIP em meses anteriores, em consonância com a evolução desenvolvimental apresentada, quer em casa, quer na escola. Assim, reformulamos alguns dos itens conferindo-lhe maior grau de complexidade, mantendo aqueles que a criança ainda não conseguiu atingir,

redefinindo estratégias de atuação para alcançar o sucesso. Importa ressaltar que a avaliação do PIIP é sempre realizada em parceria com os pais, tendo em conta que *“A filosofia do cuidado centrado na família reconhece que a família é a constante na vida de uma criança e que os sistemas de serviços e os profissionais devem apoiar, respeitar e destacar as potencialidades e a competência da família.”* (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 19).

No âmbito do NACJR as visitas domiciliares surgem após as situações sinalizadas serem discutidas em equipa e avaliada a sua gravidade, com o intuito de conhecer os casos referenciados e seus intervenientes. Entre os diversos tipos de mau trato, a negligência esteve na base de praticamente todas as situações em que pude intervir. Porém, visitas houve em que vários fatores de risco, tais como a violência física e psicológica, o abuso sexual, entre outros, se encontravam associados, sendo que em alguns casos os ânimos por parte das famílias se mostraram bastante exaltados, chegando mesmo a ameaçar a nossa integridade física. Com isto, tive a real perceção do risco e exposição que se corre com estas intervenções, bem como da importância de manter sempre um discurso assertivo e sereno, de modo a não fomentar atitudes de violência.

Tanto no âmbito da ELI, como do NACJR, a articulação com parceiros e recursos existentes na comunidade torna-se fundamental, atendendo à necessidade de procura de informação e busca de apoio para estas situações. Assim, os contactos com Enfermeiro e Médico de Família, agrupamentos de escolas e CPCJ foram alguns dos que tive oportunidade de estabelecer, permitindo-me compreender melhor as sinergias institucionais.

No serviço de Neonatologia, apesar de muitas das vezes não existir uma distribuição formal de recém-nascidos por Enf.^a, logo compreendi que a Enf.^a Especialista em SIP assume os cuidados ao recém-nascido que se encontra mais instável e com maior necessidade de cuidados, uma vez que, faz parte das competências desta profissional cuidar *“da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8654). Devido à instabilidade clínica de alguns dos recém-nascidos internados, pelas alterações analíticas, tive a oportunidade de proceder à perfusão de aminos, o que exigiu o máximo de rigor na vigilância, assim como uma mobilização de conhecimentos teóricos que me permitisse identificar antecipadamente eventuais complicações. Também *“A manutenção da temperatura corporal deve ser uma das metas*

prioritárias da enfermagem responsável pela assistência ao recém-nascido, devendo esta ter amplo conhecimento dos mecanismos de controle térmico, perda de calor e os riscos que a instabilidade térmica pode acarretar para estes pacientes.” (Tamez & Silva, 1999, p. 27), pelo que a necessidade de termorregulação de alguns dos recém-nascidos internados permitiu que aprofundasse conhecimentos acerca dos diferentes tipos de incubadoras existentes na Unidade, uma vez que se encontravam várias em utilização, tomando conhecimento do seu funcionamento e das suas potencialidades. Com isto, pude também aprimorar a destreza de movimentos, bem como a minúcia necessária à manipulação de recém-nascidos de baixo peso em incubadora fechada.

Uma vez que, nenhum dos recém-nascidos/crianças/jovens necessitou de ventilação invasiva e, de modo a colmatar esta lacuna, explorei o funcionamento de todos os ventiladores existentes nos serviços, procedi à preparação da Unidade para uma eventual admissão de urgência e treinei a utilização de auto-insufladores manuais, bem como a sua montagem.

Na Sala de Emergência do Serviço de Urgência Pediátrica, pude ainda proceder ao teste do desfibrilhador, do ventilador, do laringoscópio e das rampas de oxigénio e de aspiração, atitudes tomadas diariamente, de modo a assegurar o bom funcionamento dos recursos disponíveis e que devem ser aproveitadas para lembrar os locais onde se encontram os materiais mais utilizados em situação de emergência.

No decorrer deste estágio presenciei algumas situações de emergência, sendo que em duas delas além de triar, acompanhei as crianças até “Open Space”, auxiliando na prestação da primeira assistência. Deste modo, tive oportunidade de assistir um adolescente de catorze anos, vítima de traumatismo crânio-encefálico, após queda em piscina; uma criança de quatro anos, trazida por intoxicação devido a ingestão medicamentosa; um recém-nascido de onze dias transportado pela VMER, após um episódio de engasgamento e; uma criança de vinte meses que desencadeou uma convulsão febril. Em todas estas situações, a minha intervenção teve como enfoque o apoio aos pais, que se encontravam extremamente ansiosos. Assim, pude deparar-me com algumas das dificuldades que perspetivava encontrar num serviço de cuidados intensivos/urgência, principalmente perante uma situação de maior gravidade, o

que fez com que pudesse atingir alguns dos objetivos a que me propus ao longo do Módulo III.

A Triagem constitui um dos momentos privilegiados para desenvolver competências ao nível do reconhecimento e antecipação de situações de eventual complexidade, uma vez que se pretende avaliar rapidamente o recém-nascido/criança/jovem e atribuir-lhe uma prioridade de acordo com os critérios de gravidade. Neste sentido, o Serviço de Urgência Pediátrica, segue um protocolo interno, o qual obedece a um sistema classificativo por cores, semelhante à triagem de Manchester utilizada no Serviço de Urgência Geral, porém sem fluxograma. O protocolo em vigor segue os critérios do modelo replicado de outro hospital, tendo sempre em consideração o triângulo de avaliação pediátrica, o qual constitui a primeira etapa do processo de classificação de utentes em função das suas queixas/gravidade, atendendo à aparência, respiração e circulação.

Inicialmente, deparei-me com algumas dificuldades, relacionadas com o facto de não possuir experiência na realização de triagem e com a elevada afluência ao serviço, o que impôs uma maior perspicácia e rapidez de intervenção. A utilização do sistema informático constitui um obstáculo adicional, dado que eram quatro as plataformas necessárias para efetuar a triagem, o que exigia ainda mais destreza e perícia do profissional que estava a triar. Assim, no que se pretendia uma avaliação rápida e precisa, a tarefa tornava-se algo complexa com a utilização do sistema SClinic para tomar conhecimento dos recém-nascidos/crianças/jovens admitidos administrativamente, do Sistema de Apoio à Triagem para registar a mesma, do sistema SONHO para atribuir a prioridade através de uma numeração correspondente a uma cor e do sistema GHAF, de modo a verificar se o procedimento foi concluído com sucesso e se se encontra disponível para consulta pela equipa médica. Porém, após algumas triagens, a prática conferiu-me uma maior rapidez na sua utilização.

As experiências na realização de triagem foram vastas, sendo a febre e os vómitos as principais queixas proferidas à chegada ao Serviço de Urgência Pediátrica. As vítimas de trauma, as descompensações do foro psiquiátrico e um caso de suspeita de abuso sexual, permitiram-me perceber o encaminhamento das diferentes situações e os profissionais que envolvem, sendo o contacto com as especialidades de Ortopedia e Cirurgia o mais frequente. Apesar da minha inexperiência em contexto de urgência, os cerca de cento e quinze casos triados,

dos quais dois foram emergentes, assim como a sua variedade fez com que desenvolvesse autonomia e competência na tomada de decisão nesta área de atuação.

No que toca aos registos de enfermagem das intervenções realizadas no âmbito da ELI e do NACJR, mantém-se o suporte de papel com os modelos e impressos próprios para o efeito, uma vez que os conteúdos registados em sistema informático são poucos, decisão tomada pela Enf.^a Especialista em SIP da UCC, devido a situações delicadas vivenciadas anteriormente, pela má utilização da informação por parte dos profissionais que têm acesso ao SAPE, não respeitando o sigilo e a confidencialidade a que estão sujeitos. De modo a resolver esta situação, possibilitando a utilização dos suportes informáticos de forma adequada e conscienciosa, sugeri o estabelecimento de contacto telefónico com o Enfermeiro de Família do recém-nascido/criança/jovem em acompanhamento pela UCC, fomentando o trabalho em equipa e alertando para as normas deontológicas inerentes a uma boa prática profissional.

Tanto no Serviço de Neonatologia, como na Urgência Pediátrica não existe a utilização de uma linguagem classificada, pelo que não há qualquer parametrização ao nível da documentação da assistência de enfermagem. No Serviço de Neonatologia mantém-se o suporte de papel com os modelos próprios da instituição, tendo presenciado uma grande renitência a qualquer possível alteração neste sentido, apesar de ter deixado algumas sugestões acerca das mais-valias da utilização de sistema informático, nomeadamente ao nível da gestão da terapêutica, uma vez que o uso de cartões de medicação ainda impera. No Serviço de Urgência Pediátrica o programa informático utilizado denomina-se GHAF, o qual desconhecia por completo, uma vez que foi criado pelos informáticos do próprio hospital, com vista à gestão de armazém e farmácia. Porém, devido às restrições orçamentais, terá sido modificado, de modo a abarcar também os registos de enfermagem, o que levou a prescindir do Alert®, programa anteriormente utilizado.

Dado que na USF é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, sendo os registos realizados no SAPE, a cada consulta procurei discutir com a Enf.^a tutora sobre quais os focos de enfermagem a levantar, diagnósticos a formular e respetivas intervenções, pelo que melhorei bastante a

qualidade dos meus registos, assim como a sua exatidão, tendo em conta a exploração dos termos mais corretos a utilizar.

Conclusão

Consciente da constante necessidade de desenvolvimento e motivada para o aprofundar de novos conhecimentos, elaborei este relatório de estágio, que contribuiu para avaliar e desenvolver a minha capacidade de descrição e reflexão, de forma crítica e sistemática, sobre as situações vivenciadas.

Com este trabalho, considero atingidos os objetivos inicialmente propostos, embora tenha encontrado dificuldades durante a sua elaboração, nomeadamente o facto de atualmente não exercer funções no contexto assistencial que conferiu creditação ao Módulo II, o que se revelou merecedor de maior esforço na realização de anamnese. A perceção de que o curto espaço de tempo conferido a estágio, nomeadamente no contexto de Neonatologia e de Urgência Pediátrica impossibilitou um maior desenvolvimento de competências, principalmente no âmbito dos domínios da Gestão de Cuidados e da Investigação em Enfermagem, constituiu um obstáculo à execução de um relatório mais completo. Porém, ressalvo a ideia de que este documento representa a globalidade de um caminho percorrido a nível pessoal e profissional, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A análise acerca do Estágio incentivou a aprendizagem de novos conhecimentos e a necessidade de consolidação dos já existentes, o que se revelou fundamental para a maturação do carácter reflexivo, crítico e deontológico-profissional. Foram aprofundados conhecimentos no âmbito do planeamento de cuidados referente aos diversos contextos, fomentando o confronto e a capacidade de gestão dos fundamentos teóricos apreendidos.

Na firme certeza de que *“É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional.”* (Collière, 1999, p. 260), considero ter alcançado ao longo do Estágio, a realização dos objetivos específicos que deram resposta às competências elencadas nos respetivos domínios de atuação dos enfermeiros, de modo a contribuir não só para o meu desenvolvimento, mas também para a evolução da Enfermagem enquanto ciência.

Bibliografia

- Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau;
- ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca. (2014). *Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira (UCC Feira)*. Obtido em 29 de Outubro de 2014, de ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca: <http://acesfa.wix.com/home#!ucc-feira/c3q0>;
- Afonso, J. (2013). *Mensagem do Presidente*. Obtido em 21 de Junho de 2014, de Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE: <http://www.hip.min-saude.pt/Paginas/MensagemdoPresidente.aspx>;
- Apolinário, M. I. (Julho de 2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 7*, pp. 83-92;
- Bértolo, H., & Levy, L. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés;
- Braga, N., Moreira, M. E., & Morsch, D. (2003). *Quando a Vida Começa Diferente: O Bebê e sua Família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Fiocruz;
- Carvalhais, M., Couto, A., & Matos, T. (2012). *Manual de Acolhimento*. Aveiro: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE;
- Casey, A. (Novembro de 1988). Partnership in Practice. *Nursing Times*, 84, pp. 67-68;
- Castro, R., Cordeiro, M., & Neves, E. (2014). *Plano de Formação em Serviço: Enfermeiros*. Aveiro: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE;
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE. (2014). *Apresentação Hospital de São Sebastião*. Obtido em 21 de Junho de 2014, de Centro

- Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE: http://www.hospitalfeira.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=374;
- Centro Hospitalar de São João, EPE. (2014). *Pediatria Médica*. Obtido em 20 de Janeiro de 2015, de Centro Hospitalar de São João, EPE: <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/263>;
 - Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel;
 - Costa, A. M., Sá, A., Fraga, J., Dias, F., & Serafino, M. J. (2011). Prevenção de Acidentes: o que sabem os pais. *Nascer e Crescer - revista do hospital de crianças maria pia*, 20(4), pp. 244-247;
 - Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS;
 - Feliciano, F. (2007). *Método Canguru: o prosseguir da vinculação pais - bebé prematuro*. Coimbra: Edições Almedina;
 - Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8.^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier;
 - Jansen, M. F., Santos, R. M., & Favero, L. (Junho de 2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 31(2), pp. 247-253;
 - Maroja, M. C., Silva, A. T., & Carvalho, A. T. (Janeiro/Junho de 2014). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma análise a partir das concepções de profissionais quanto às suas práticas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), pp. 3-9;
 - Mendes, M. G., & Martins, M. M. (Março de 2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 6*;

- Ministério da Saúde. (04 de Setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República, n.º 205 - I Série A*;
- Ministério da Saúde. (05 de Junho de 1998). Decreto-Lei n.º 151/98. *Diário da República, n.º 130 - I Série A*;
- Ministério da Saúde. (27 de Janeiro de 2009). Decreto-Lei n.º 27/2009. *Diário da República, n.º 18 - 1.ª Série*;
- Ministério da Saúde. (06 de Outubro de 2009). Decreto-Lei n.º 281/2009. *Diário da República, n.º 193 - 1.ª Série*;
- Ministério da Saúde. (02 de Março de 2011). Decreto-Lei n.º 30/2011. *Diário da República, n.º 43 - 1.ª Série*;
- Ministério da Saúde. (05 de Agosto de 2014). Decreto-Lei n.º 118/2014. *Diário da República, n.º 149 - 1.ª Série*;
- Neves, P. N., Ravelli, A. P., & Lemos, J. R. (Março de 2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método Mãe Canguru): percepções de puérperas. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 31(1), pp. 48-54;
- Nosich, G. (2011). *Aprender a Pensar Criticamente*. Porto: Universidade Católica Portuguesa;
- Oliveira, P. S., & Simões, A. (Abril de 2014). Maus-tratos à infância: As referências dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (Ed. Esp. 1)*, pp. 82-89;
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (Abril de 2006). Tomada de Posição - Investigação em Enfermagem. *Em conjunto pela saúde, n.º 21*, pp. 34-35;

- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Parecer n.º 161/2009 - Inserção de Cateter Epicutâneo*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República, n.º 35 - 2.ª Série*;
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento n.º 123/2011. *Diário da República, n.º 35 - 2.ª Série*;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (Março de 2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 3*, pp. 113-122;
- Tamez, R., & Silva, M. J. (1999). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- USF Terras de Santa Maria. (2012). *Plano de Ação 2012-2014*. Obtido em 01 de Novembro de 2014, de USF Terras de Santa Maria: http://usferrasantamaria.com/documentos/gerais/PA_2012-2014_nova_versao.pdf;
- USF Terras de Santa Maria. (2013). *Manual de Acolhimento*. Obtido em 05 de Novembro de 2014, de USF Terras de Santa Maria: http://usferrasantamaria.com/documentos/gerais/Manual_Acolhimento_Final.pdf.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização dos locais de Estágio

Caracterização dos locais de Estágio

A Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria realizou-se entre 28 de Abril de 2014 e 21 de Janeiro de 2015, encontrando-se o estágio dividido em três módulos, nomeadamente: Saúde Infantil, Assistência à criança/família doente e Neonatologia e Urgência Pediátrica. Perfazendo um total de 30 ECTS, com 540 horas de contacto e 210 horas de trabalho individual.

O Módulo I – Saúde Infantil, foi realizado entre 15 de Setembro e 29 de Outubro de 2014 na UCC de Santa Maria da Feira e na USF Terras de Santa Maria, pertencentes ao AceS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca, em 181 horas de contacto e cerca de 70 horas de trabalho individual. O Módulo III – Neonatologia e Urgência Pediátrica, decorreu entre 28 de Abril e 26 de Maio de 2014 no serviço de Neonatologia do Hospital de São Sebastião, pertencente ao Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, em 90 horas de contacto e, de 28 de Maio a 18 de Junho de 2014 no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Infante D. Pedro, o qual integra o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, com 91,5 horas de contacto, num total de 181,5 horas de contacto e cerca de 70 horas de trabalho individual.

Serviço de Neonatologia

O Hospital de São Sebastião, EPE, localizado no concelho de Santa Maria da Feira e em funcionamento desde 04 de Janeiro de 1999, por deliberação do Decreto-Lei n.º 151/98, de 05 de Junho, integra desde 2009, em sequência do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro, o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, do qual fazem parte também o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel – Oliveira de Azeméis. A sua área de abrangência compreende os concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e algumas das freguesias de Castelo de Paiva, prestando assistência a uma população de cerca de 340.000 habitantes.

O Serviço de Neonatologia, situado nas instalações do Hospital de São Sebastião, EPE, apresenta uma lotação composta por quatro unidades destinadas a cuidados intensivos, seis unidades para cuidados intermédios e um quarto de isolamento. Recebe desde bebés prematuros, independentemente da

idade gestacional, a recém-nascidos de termo até aos vinte e oito dias de vida. O Núcleo de Partos, a Obstetrícia e até mesmo a Urgência Pediátrica são os serviços dos quais provêm as crianças que necessitam de cuidados diferenciados e especializados do âmbito da neonatologia. O serviço de Pediatria e os Cuidados de Saúde Primários apresentam-se como parceiros nos cuidados aquando da alta clínica da criança e família.

A equipa de enfermagem é composta por vinte elementos, dos quais cinco são especialistas em saúde infantil e pediátrica. A distribuição de enfermeiros por turno compreende quatro elementos no turno da manhã e três no da tarde e noite.

O modelo de organização para a prestação de cuidados é o método individual, sendo o plano de distribuição dos recém-nascidos por enfermeiro realizado pela responsável do turno da manhã.

Serviço de Urgência Pediátrica

O Hospital Infante D. Pedro, EPE, localizado no concelho de Aveiro e em funcionamento desde 1914, embora com anteriores designações, integra desde 2011, em sequência do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 02 de Março, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, do qual fazem parte também o Hospital Distrital de Águeda e o Hospital Visconde de Salreu de Estarreja. A sua área de influência compreende os concelhos de Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos, prestando cuidados a uma população que ascende os 300.000 habitantes.

O serviço de urgência pediátrica existe desde 2007, altura em que a Urgência Geral sofreu uma completa remodelação, deixando este serviço de a integrar. Até ao ano de 2013, a faixa etária abrangida compreendia apenas as crianças e adolescentes até aos 14 anos e 364 dias, sendo que atualmente abraça toda a idade pediátrica. Está organizado de modo a atender em tempo útil recém-nascidos, crianças e jovens em situação de doença aguda, em risco de falência das funções vitais ou com falência instalada e risco de vida, estando vocacionado para uma assistência não programada das mais variadas situações. Os recém-nascidos/crianças/jovens recorrem a este serviço provenientes do seu domicílio, dos cuidados de saúde primários ou de um dos outros hospitais que compõe este centro hospitalar.

Quanto à estrutura física o serviço divide-se em oito áreas funcionais, a saber: Admissão de Doentes, Triagem, Observação Médica, Emergência, Tratamentos/Observação (Open Space) e Inaloterapia, Coordenação e Estar, Sala de Observações, e Apoio. Na sala de Triagem existem dois postos de atendimento, funcionando o segundo em situação de maior afluência. O Open Space é composto por cinco boxes, incluindo uma para a especialidade de cirurgia e, a Sala de Observações tem uma capacidade de seis camas, das quais duas são destinadas a adolescentes/jovens.

A equipa de enfermagem é formada por vinte e um elementos, sendo que seis deles são especialistas em saúde infantil e pediátrica. A prestação de cuidados de enfermagem é assegurada de acordo com o plano diário de trabalho, elaborado pela enfermeira responsável do turno da manhã, com distribuição por três áreas, nomeadamente: triagem; “open space”, o qual inclui as salas de inaloterapia e a de emergência e sala de observações. Nos turnos da tarde, noite e fins-de-semana, um dos elementos mais diferenciados que estiver de serviço assume a função de coordenação. A equipa diária de enfermagem é constituída por quatro enfermeiros no turno da manhã (exceto ao fim-de-semana em que há redução de um elemento), quatro enfermeiros no turno da tarde e três no da noite. Durante alguns meses de Inverno a equipa é reforçada com um elemento no turno da tarde, uma vez que a afluência é maior nesta altura do ano, assim como após as 16 horas, provavelmente devido ao término das atividades letivas e laborais.

Quando existe necessidade de internamento inferior a 24 horas e desde que não haja qualquer patologia infecto-contagiosa, o mesmo ocorre na sala de observações; caso exceda esse período de tempo e o recém-nascido tenha menos de vinte e oito dias é encaminhado para a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, crianças com idade compreendida entre os vinte e nove dias e os três anos são recebidas pelo serviço de Pediatria I e crianças/jovens com quatro ou mais anos pela Pediatria II. Excecionalmente o internamento na Sala de Observações pode ser prolongado no máximo até às 36 horas, caso aguarde vaga no serviço de Pediatria.

O método de trabalho por tarefa aliado a uma boa comunicação entre os membros da equipa de enfermagem constituem o modelo de organização para a prestação de cuidados em vigor neste serviço.

UCC

A UCC de Santa Maria da Feira, localizada no concelho de Santa Maria da Feira e em funcionamento desde 31 de Maio de 2011, de acordo com o artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, integra enquanto Unidade Funcional, o ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca. Desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa, garante intercooperação com as restantes unidades funcionais do ACeS e articula com múltiplas instituições indispensáveis ao cumprimento do seu trabalho, intervindo no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional. A sua área de abrangência compreende as freguesias de Arrifana, Escapães, Espargo, Fornos, Milheirós de Poiares, Mosteirô, Romariz, Sanfins, Santa Maria da Feira, Souto e Travanca.

Apresenta como seu objetivo primordial contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Assim sendo, 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 de dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e, atua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Deste modo, apresenta na sua carteira de serviços os seguintes programas e projetos: Programa Nacional de Saúde Escolar, o qual engloba Projeto em saúde oral: “Um sorriso brilhante”, PASSE, Projeto de Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes – “Prevenir”, PRESSE e Gabinete de Apoio e Informação ao Aluno; Programa Nacional de Promoção da Saúde em Crianças e Jovens, do qual fazem parte as atuações no âmbito do NACJR e da ELI; Programa Nacional de Saúde Reprodutiva/Preparação para a Parentalidade, constituído por Preparação Psicoprofilática para o Parto, Curso de Recuperação Pós-Parto e Educação Parental, Curso de Massagem Infantil e Projeto Cegonha & Companhia; Programa de Promoção da Saúde à Pessoa Ostomizada – “Viver Bem com Ostomia”; Projeto Rede Social; Projeto do Rendimento Social de Inserção e; Projeto de Intervenção Domiciliária com Indivíduos Dependentes e Famílias Cuidadoras, incorporando a intervenção psicoeducativa “Cuidar de Quem Cuida” e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

A equipa é composta por dezoito elementos, sendo nove dos profissionais enfermeiros, dos quais um é especialista em saúde infantil e pediátrica.

USF

A USF Terras de Santa Maria, localizada no concelho de Santa Maria da Feira e em funcionamento desde 21 de Dezembro de 2007, de acordo com o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, compreende na sua área de influência as freguesias de Feira, Travanca, Mosteirô e Espargo. No entanto, os clientes da USF são oriundos de todo o concelho, prestando cuidados a uma população que ascende os 11.200 habitantes, sendo a média de utentes por médico e enfermeiro cerca de 1.855. Constitui uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca.

Apresenta como seu objetivo primordial vigiar a saúde, cuidar a vida de modo que se reduza a vulnerabilidade em adoecer, reduzir o aparecimento da incapacidade, do sofrimento crónico e da morte prematura de indivíduos e da população. Para tal, a sua carteira básica de serviços engloba Cuidados em Situação de Doença Aguda, Cuidados em Saúde do Adulto e do Idoso, Cuidados no Domicílio, Diabetes, Hipertensão, Programa de Prevenção Oncológica, Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Saúde Infantil e Juvenil, Programa de Saúde Materna e Programa de Vacinação. A sua atividade é ainda orientada para a complementaridade com outros serviços do Centro de Saúde e com o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE.

A equipa multiprofissional é composta por seis médicos, quatro administrativos e seis enfermeiros, dos quais dois são especialistas em saúde infantil e pediátrica.

APÊNDICE II – Convite e Plano da Ação de Formação a Pares

 agrupamento
centros de saúde
entre douro e vouga
feira | orougo

 USF
TERRAS DE SANTA MARIA

 UCFeira
Faculdade de Engenharia
da Universidade de Coimbra

AÇÃO DE FORMAÇÃO
«SONO E REPOUSO DO BEBÊ»



Local: UCC Sta. Maria da Feira
Data: 10 de Outubro de 2014
Hora: 14h30
Formadora: Enf.^a Maria João R. Bilelo, estudante do MESIP da UCP
Orientação: XXX

CONTO COM A SUA PRESENÇA!



PLANO DA SESSÃO

Tema: Sono e Repouso do Bebê

Âmbito: Formação a Pares

Público-Alvo: Enfermeiros da USF Terras de Santa Maria e da UCC de Sta. Maria da Feira

Formadora: Enf.^a Maria João R. Bilelo, estudante do MESIP da UCP

Orientação: XXX

Local: UCC de Sta. Maria da Feira

Data: 10 de Outubro de 2014

Horário: 14h30

Duração: 60 minutos

Objetivo Geral da Sessão:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da sua atuação na regulação do sono e repouso do bebé.

Objetivos específicos:

- Transmitir conhecimentos sobre o desenvolvimento dos padrões de sono do bebé;
- Ensinar acerca das possíveis estratégias a adotar perante distúrbios do sono;
- Promover a partilha de saberes e a troca de experiências profissionais.

Fase	Conteúdos	Estratégias	Metodologias	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação do tema e dos objetivos da sessão; Avaliação dos conhecimentos acerca da temática a abordar.	Distribuição do questionário de avaliação prévia de conhecimentos;	Expositiva e Interrogativa.	Computador; Projeter; Canetas; Questionários.	10 minutos
Desenvolvimento	Definição de conceitos; Organização Estrutural; Funções do sono; Ritmos Biológicos; Importância dos Estímulos; O bebé e o sono; Os pais e o sono do bebé; Touchpoints VS	Solicitação de partilha de experiências e saberes.	Expositiva e Participação Ativa.	Computador; Projeter.	30 minutos

	Método Estivill; Distúrbios do sono – Estratégias de atuação.				
Conclusão	Súmula dos principais pontos; Esclarecimento de dúvidas; Avaliação da sessão; Sugestões.	Incentivo à colocação de questões; Distribuição do questionário de avaliação da sessão; Apelo ao parecer crítico.	Interrogativa e Participação Ativa.	Computador; Projetor; Canetas; Questionários.	20 minutos

APÊNDICE III – Diapositivos da Ação de Formação a Pares


CATÓLICA PORTO
 CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sono e Repouso do bebé

Ação de Formação



Formadora: Enf.ª Maria João R. Bilelo, estudante do MESIP
 Orientação: Enf.ª XXX

10 de Outubro de 2014

Sumário

- Definição de Conceitos
- Organização Estrutural do Sono
- Funções do Sono
- Ritmos Biológicos
- Importância dos Estímulos
- O bebé e o sono
- Os pais e o sono do bebé
- Touchpoints VS Método Estivil
- Distúrbios do Sono – Estratégias de atuação
- Considerações Finais

Slide nº 2 / Autor: Maria João R. Bilelo

Definição de Conceitos

➤ Repouso: redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.

(CIPE, versão 2, 2011)



Slide nº3 / Autor: Maria João R. Bilelo

Organização Estrutural

➤ Sono REM (Rapid Eyes Movements) – sono leve, imprescindível para o desenvolvimento sensorial, organização e maturação cerebral.

➤ Sono NREM (Non Rapid Eyes Movements) – sono profundo, relacionado com a recuperação dos tecidos e do estado de doença; período em que é libertada a hormona do crescimento; essencial para a aprendizagem e criação de memória a longo prazo.


Cada ciclo de sono é composto por cinco fases distintas: uma REM e quatro NREM, classificadas de I a IV pela lentificação crescente que se regista.

Slide nº4 / Autor: Maria João R. Bilelo

Organização Estrutural (cont.)

➤ Os períodos de sono REM estão envolvidos no aumento da plasticidade do córtex visual e na integração das experiências adquiridas durante os períodos de vigília.

➤ A duração do sono REM vai diminuindo com a idade. É a fase em que ocorre a maior parte dos sonhos.



Slide nº5 / Autor: Maria João R. Bilelo

Funções

➤ O sono e os ciclos de sono são essenciais para:

- O desenvolvimento dos sistemas neuro-sensorial e motor do recém-nascido;
- A criação de circuitos de memória e da memória a longo prazo;
- A manutenção da plasticidade cerebral ao longo da vida.

➤ O controlo do ruído ambiente onde o bebé se encontra, a correta estimulação através da voz ou da música e a promoção do sono, em especial do sono REM, são essenciais para o desenvolvimento adequado do sistema auditivo.

Slide nº6 / Autor: Maria João R. Bilelo

Funções (cont.)

- O sono é uma função protetora de todos os organismos, que permite a recuperação e a reparação dos tecidos após atividade.
- Esta função de reparação está muito dependente de fatores exógenos e endógenos diferentes (ambiente, características maternas, características do bebê e privações de ordem física ou emocional), o sono tem um desenvolvimento próprio ao longo da vida, acompanhando a maturação do sistema nervoso nos primeiros meses da criança.

Ritmos Biológicos

- A duração do sono, os seus ritmos e a sua organização modificam-se consideravelmente entre o nascimento e a idade adulta.
- No lactente e na primeira infância, a alternância vigília-sono é natural e evolui progressivamente para um ritmo de vigília diurna – sono noturno característico da criança mais velha e do adulto.
- O sono do recém-nascido até ao primeiro mês dura entre 3-4 horas.
- A partir do terceiro ou quarto mês de vida, começa a alargar o seu ritmo biológico, sendo o primeiro sono da noite cerca de 6 horas seguidas.

Ritmos Biológicos (cont.)

➤ Ao completar os 6 meses, o sono noturno deveria atingir já as 12 horas seguidas. A este descanso somam-se mais duas ou três sestas:

- 1ª sesta – das 09h às 10h;
- 2ª sesta - entre as 12h e as 13h ou as 15h e as 16h;
- 3ª sesta - depois do lanche (opcional).

Ritmos Biológicos (cont.)

Um recém-nascido saudável e de termo passa cerca de 20h/dia a dormir.

- Uma semana – 16-17 horas
- 3 meses – 15 horas
- 6 meses – 14 horas
- 12 meses – 13 ¼ horas
- 18 meses – 13 ½ horas
- 2 anos – 13 ½ horas
- 3 anos – 12 horas
- 4 anos – 11 ½ horas
- 5 anos – 11 horas.



Ritmos Biológicos (cont.)

O sono da criança evolui na estrutura e duração desde o período fetal à adolescência.

➤ Os ritmos circadianos, ou o ciclo sono-vigília, são regulados pela luz e pela escuridão e até esses ritmos terem tempo para se desenvolver, resultam em horários irregulares de sono de recém-nascidos. Os ritmos começam a desenvolver-se em cerca de seis semanas, e por três a seis meses a maioria dos bebês têm um ciclo de sono-vigília regular.

➤ Um ritmo sincronizador de vigília-sono surge nas primeiras semanas de vida, sendo que as principais características do sono do adulto são estabelecidas nos primeiros dois anos de vida.

Ritmos Biológicos (Cont.)

➤ O padrão de sono é muito mais que o número de horas de sono, mas também o modo como o bebê controla e organiza os seus estádios de sono e vigília. (Regulação que permite a um bebê de um mês dormir seis a sete horas e a partir dos três meses nove horas ou mais em cada noite).

➤ Aos dois anos, a maioria das crianças passou mais tempo a dormir do que acordada e, no geral a criança vai passar cerca de 40% da sua infância a dormir. O sono é especialmente importante para as crianças, pois influencia diretamente o desenvolvimento físico e mental.

Estímulos

- As informações recebidas do exterior influenciam o desenvolvimento do cérebro e do Sistema Nervoso Central.
- Grande intensidade de informações e estímulos conduz a grande crescimento e diferenciação cerebral.
- As estruturas mentais das crianças vão sendo construídas através das possibilidades de interação com o meio e das solicitações do ambiente.
- A estimulação realizada influencia o seu desenvolvimento motor, social e interfere na regulação do sono da criança.

Estímulos (cont.)

- Importante: proporcionar estímulos visuais durante o dia, optando sobretudo por cores fortes, que são mais facilmente captadas pelo lactente.
- Retirar esses estímulos nas horas de dormir, diminuindo a iluminação do quarto e o ruído, facilitando o sono do bebé.



O Bebê e o Sono

- Cada bebé é único e como tal, tem uma personalidade diferente.
- O bebé deve ser ensinado desde que nasce a ter hábitos regulares de sono, mas a organização necessária varia com a idade.
- Ensinar um bebé a dormir consiste em ensinar-lhe um hábito, tal como se aprende a comer, a ler ou a ir à casa de banho.
- O sono do bebé pode ser um indicador relevante do seu desenvolvimento, da sua maturação e do seu estado de saúde.

Os pais e o sono do bebé

- A resposta de como lidar com o sono vai depender de como os pais vão querer ajudar os filhos neste processo, o que significa que cada um deve encontrar uma solução possível para si, havendo diferentes perspetivas da parentalidade a este respeito.
- É importante dizer aos pais que eles são os especialistas dos próprios filhos e devem ouvir o que instintivamente sentem, e o que os filhos lhes transmitem com o seu comportamento.
- Com o progressivo conhecimento das competências e da identidade do bebé, os pais vão percebendo que sensações agradam o seu filho e poderão repeti-las ou promovê-las.

Os pais e o sono do bebé (cont.)

- O sentimento de segurança desenvolvido pelo bebé nos primeiros meses de vida é fundamental para uma boa regulação do sono e do repouso do bebé.
- Os pais ao ensinar o bebé a dormir, ao serem capazes de se separarem dele e de se distanciarem, estão a dar a oportunidade ao bebé de aprender a tornar-se independente durante a noite.
- O objetivo é que os pais percebam a importância da interação e estímulo afetivo e ambiental desde o nascimento, e que desenvolvam estratégias ajustadas ao seu filho, de modo a ajudá-lo a organizar o seu sono em diferentes estádios de desenvolvimento.

Os pais e o sono do bebé (cont.)

- A família é o primeiro sistema do bebé, responsável pela sua socialização primária e pelas suas primeiras aprendizagens, incluindo-se nestas o aprender a dormir e a regular os seus períodos de sono e vigília, adaptando-se às rotinas e necessidades da família.



Os pais e o sono do bebé (cont.)

➤ A privação de sono do bebé, nos pais pode causar:

- Cansaço;
- Insegurança;
- Sentimentos de culpa;
- Má relação no casal (acusações mútuas);
- Frustração perante a situação;
- Reações agressivas;
- Sensação de impotência.



“Touchpoints” VS Método Estivill

➤ No Modelo touchpoints o desenvolvimento infantil é perspectivado em torno de momentos-chave.

➤ É enfatizada a prevenção através de cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais.

➤ Considera períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil que podem perturbar as relações familiares.

- 4M amadurecimento da visão e aumento da consciência cognitiva do ambiente.
- 12M novas aquisições motoras.

“Touchpoints” VS Método Estivill (cont.)

➤ O Método Estivill encara o sono como um hábito que se pode ensinar às crianças, passando por uma série de rotinas.

➤ Proíbe os pais de tocarem no bebé depois de o deitarem e define de quanto em quanto tempo estes podem entrar no quarto do bebé.

➤ Ponto divergente: Para Estivill uma semana para aprender a dormir, Brazellon considera o processo longo e moroso.

➤ Ponto convergente do método: a criança tem de ultrapassar as situações de insónia e sono irregular sozinha.

Distúrbios do sono

➤ As dificuldades de sono no bebé são, por vezes, um alerta para a intranquilidade da família.

➤ Quando os pais estão muito ansiosos ou stressados é difícil transmitirem essa tranquilidade para os filhos.

➤ Por vezes o bebé é tido como difícil, quando o importante, antes de tudo é que os pais reconheçam os seus limites.

➤ É importante aceitar que o problema poderá ser seu e não da criança.

Distúrbios do sono (cont.)

➤ Para melhor perceber a situação, de modo a detetar possíveis distúrbios, torna-se fundamental colocar questões como:

- Deita-se sem chorar e com alegria?
- Concilia o sono sozinho?
- Dorme no seu berço e com a luz apagada?
- Dorme entre 11 e 12 horas seguidas?
- Apresenta múltiplos despertares noturnos?
- O sono superficial é superficial (acorda ao mínimo ruído)?



Distúrbios do sono (cont.)

➤ Uma vez reconhecido o problema, tentar superar a situação, e aplicar no momento a estratégia mais adequada.

➤ O sono desregulado pode manifestar-se através de distúrbios fisiológicos (gastrointestinais, como cólicas) ou distúrbios na interação pais-bebé (ausência de estímulos ou hiper-estimulação).

➤ A privação de sono em recém-nascidos e crianças pequenas provoca:

- Irritabilidade;
- Choro frequente;
- Dependência de quem cuida (não sabem estar sozinhos);
- Possíveis problemas de crescimento.

Distúrbios do sono (cont.)

Alimentação Noturna

- Necessidade prolongada de ser amamentado durante a noite;
- Adormece na mama ou enquanto é alimentado por biberão;
- Desperta frequentemente (hora a hora);
- Volta a adormecer depois de ser alimentado, independentemente de outras medidas prévias de conforto/consolo.

Como atuar?



Distúrbios do sono (cont.)

Alimentação Noturna – Estratégias

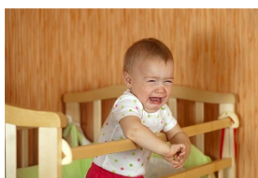
- Aumentar, de forma gradual, para quatro horas os intervalos de tempo entre as refeições.
- Oferecer a última mamada do dia o mais tarde possível.
- Não alimentar o bebé com o biberão deitado no berço.
- Colocar a criança ainda acordada na sua cama.
- Quando o bebé chora, responder em intervalos cada vez mais espaçados, não pegar nele ao colo, não levar para a cama dos pais, nem dar refeição.

Distúrbios do sono (cont.)

Choro Noturno Desenvolvidor

- Entre os 6 a 12 meses, sem distúrbios do sono durante a noite, começa a acordar abruptamente;
- Possivelmente acompanhado de pesadelos.

Como atuar?



Distúrbios do sono (cont.)

Choro Noturno Desenvolvidor – Estratégias

- Assegurar aos pais que esta fase é temporária.
- Entrar no quarto imediatamente para vigiar o lactente.
- Evitar alimentar, pegar ao colo, levá-lo para a cama dos pais ou qualquer outro comportamento rotineiro.

Distúrbios do sono (cont.)

Recusa a Dormir

- Resiste a ir para a cama, saindo do quarto repentinamente;
- Pode apresentar sono noturno contínuo, porém com frequentes despertares e recusa em voltar a dormir;
- Possivelmente problemático, se os pais permitirem que se desvie do seu padrão habitual de sono.

Como atuar?



Distúrbios do sono (cont.)

Recusa a Dormir – Estratégias

- Avaliar se a hora de dormir não é demasiado cedo, pois pode resistir ao sono se não estiver cansado.
- Auxiliar os pais a estabelecerem uma rotina consistente antes da hora de dormir.
- Se insistir em deixar o quarto, fechar a porta por períodos cada vez maiores.
- Utilizar um sistema de recompensas para promover a motivação da criança.

Distúrbios do sono (cont.)

Choro Noturno Treinado

- O bebé adormece normalmente em locais que não a sua cama (colo, cama dos pais,...), sendo levado para o berço a dormir.
- Ao despertar na sua cama, chora até que a rotina habitual seja instituída.

Como atuar?



Distúrbios do sono (cont.)

Choro Noturno Treinado – Estratégias

- Colocar o bebé, ainda acordado, no seu próprio berço.
- Se possível, o local onde a criança dorme deve ser separado dos outros membros da família.
- Responder em intervalos cada vez maiores, conferindo-lhe segurança, mas evitar alimentar, pegar ao colo, levá-lo para a cama dos pais ou qualquer outro comportamento rotineiro.

Distúrbios do sono (cont.)

Medo de Pesadelos

- O lactente recusa ir para a cama ou acorda durante a noite por causa do medo;
- Procura pela presença física dos pais e adormece facilmente com estes por perto, a não ser que se trate de um medo incontrolável.

Como atuar?



Distúrbios do sono (cont.)

Medo de Pesadelos – Estratégias

- Avaliar se a hora de dormir não é demasiado cedo, pois pode fantasiar enquanto não adormece na sua cama.
- Acalmá-lo, transmitindo-lhe segurança.
- Manter uma luz noturna acesa.
- Evitar comportamentos que possam levar a problemas adicionais (dormir com o bebé ou levá-lo para o quarto dos pais).
- Se o medo for insuportável, considerar a dessensibilização (ficar sozinho por períodos cada vez maiores ou procurar ajuda profissional para os medos prolongados).
- Distinguir entre pesadelos e terrores noturnos (despertares confusos parciais).

Considerações Finais

“Não há nada na vida do bebé que não se repercute no sono, do mesmo modo que não há nada no sono que não se repercute na vida do bebé.”



Gomes-Pedro

Bibliografia

- Amaral, J. M. (2008). *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Vol. 1) Amadora: Laboratórios ABBOTT.
- Brazelton, T. (2010). *O grande livro da criança*. (12.ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Cassandra, K. & Oppeman, C. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Challamel, M. J. & Thirion, M. (1999). *Le sommeil, le rêve et l'enfant: de la naissance à l'adolescence*. (2.ª ed.) Paris: Albin Michel.
- Gomes, C. (2009). Cuidar do sono do bebé. *Revista Referência*, 9 (II), 69-77.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8.ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mendes, R. M. (2005). *A Criança, o Sono e a Escola*. Coimbra: Formasau.

Grata pela atenção!



APÊNDICE IV – Avaliação da Ação de Formação a Pares

Avaliação da Ação de Formação

Conteúdo

Classifique as seguintes afirmações como V (verdadeira) ou F (falsa).

1. Até ao 4º mês, o sono do recém-nascido dura entre 3-4 horas. _____
2. O sono da criança evolui na estrutura e duração desde o período fetal até ao pré-escolar. _____
3. Ao completar os 6 meses, o sono noturno deveria atingir já as 12 horas seguidas, somando-se mais duas ou três sesta diurnas. _____
4. O bebé deve ser ensinado desde que nasce a ter hábitos regulares de sono, mas a organização necessária varia com a idade. _____
5. O modelo de “touchpoints” encara o sono como um hábito que se pode ensinar às crianças, passando por uma série de rotinas. _____
6. O modelo de Estivill diverge do modelo de Brazelton por considerar que a criança tem de ultrapassar as situações de insónia e sono irregular sozinha. _____
7. O sono desregulado pode manifestar-se através de distúrbios fisiológicos, nomeadamente gastrointestinais, como cólicas. _____
8. Colocar a criança ainda acordada na sua cama, constitui uma das estratégias de atuação face aos distúrbios do sono. _____

Forma

Classifique os seguintes aspetos como 1 (insuficiente), 2 (suficiente), 3 (bom) ou 4 (excelente).

1. A organização da sessão. _____
2. Os conteúdos abordados na sessão. _____
3. A clareza e objetividade da exposição. _____
4. Os recursos utilizados. _____
5. O esclarecimento de dúvidas. _____

Sugestões de melhoria:

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE V – Convite e Diapositivos da AES: “Transporte seguro do recém-nascido”

Convite

Sessão de Educação para a Saúde: Transporte seguro do recém-nascido

Data: 23/05/2014

Hora: 14h00

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria

Papás, apareçam, o vosso filho agradece!

Formadora: Enf.ª Maria João Rocha Bilelo, aluna do MESIP da UCP
Orientadora: XXX



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Transporte seguro do recém-nascido

Sessão de Educação para a Saúde

Formadora: Enf.ª Maria João Rocha Bilelo, aluna do MESIP
Orientadora: Enf.ª XXX

Sumário

- Acidentes Rodoviários
- Características da criança
- Critérios de escolha do SRC
- Tipos de cadeiras
- Sistema ISOFIX
- Erros frequentes
- Recomendações
- Demonstração



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 2 / Autor: Maria João R. Bilelo

Acidentes Rodoviários

- Os acidentes rodoviários são a maior causa de morte em Portugal em crianças e jovens, como peões ou passageiros;
- É possível prevenir muitos acidentes rodoviários ao adotarmos simples medidas, como o uso do cinto de segurança e de sistema de retenção nas crianças;
- Segundo dados estatísticos da APSI, 60% das crianças continuam a viajar sem nenhuma proteção;
- A eficácia da utilização do cinto de segurança na prevenção de mortes e ferimentos graves, é cerca de 80%.

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº3 / Autor: Maria João R. Bilelo

Acidentes Rodoviários (cont.)

Os recém-nascidos e as crianças

- Devem ser **SEMPRE** transportados num dispositivo de retenção homologado, adequado à idade, estatura e peso. (APSI, 2008)
- A utilização de um sistema de retenção para crianças (vulgo "cadeirinhas") adequado e bem instalado reduz a morte ou ferimentos graves em 90 a 95% dos acidentes (com a cadeira virada para trás) e de 60% a 75% (com a cadeira virada para o sentido do trânsito).

Viagem de automóvel segura!

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº 4 / Autor: Maria João R. Bilelo

Caraterísticas da criança

Segundo a DGS (2009)

"As crianças e os jovens são utilizadores do ambiente rodoviário especialmente vulneráveis."

- São mais pequenas e mais leves;
- São mais facilmente projetadas, quer no interior do carro quer para fora dele;
- Os músculos do pescoço e da coluna são mais fracos;
- As costelas e os ossos da bacia não estão completamente desenvolvidos;
- Alguns órgãos estão mais expostos do que outros;
- A cabeça é maior e mais pesada que o resto do corpo, o que provoca o chamado "Efeito – Bala".

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº5 / Autor: Maria João R. Bilelo

Critérios de Escolha do SRC

Possuir a Etiqueta "E"

- Categoria a que pertence a cadeira;
- Grupo de peso;
- "E" seguido de um número.



A cadeira deve ser experimentada no automóvel para confirmar se é possível utilizá-la de acordo com as instruções do fabricante. É fundamental confirmar se não há incompatibilidades entre o veículo e a cadeirinha escolhida;

A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Slide nº6 / Autor: Maria João R. Bilelo

Critérios de Escolha do SRC (cont.)

Universal

0-13 Kg

E_x

03XXXX

04XXXX

Todas as cadeirinhas deverão ter uma etiqueta de homologação. O número de homologação começado por 04 indica que respeita a versão mais recente das normas internacionais. Também podem ser utilizadas cadeiras com o número de homologação começado por 03.

Preferencialmente, as cadeiras devem ser compradas novas para cada criança. Caso deseje utilizar uma cadeira emprestada, tenha garantia de que a cadeira nunca esteve envolvida num acidente. Deverá, obrigatoriamente, ter a etiqueta de homologação, livro de instruções e indicações mínimas de instalação e utilização coladas na própria cadeira.

Tipos de Cadeiras

Grupo 0+ - "ovo" ou babycoque

- Indicado para crianças até 13 kg (até 12 /18 meses).
- As cadeirinhas devem ser utilizadas **SEMPRE** voltadas para trás.
- Os pés podem tocar no banco e as pernas podem estar dobradas.
- Deve ser instalada com uma inclinação de 45°.



Tipos de Cadeiras (cont.)



Tipos de Cadeiras (cont.)

Alcofa

- Não é aconselhada!
 - A criança viaja deitada;
 - A maioria dos embates é transformada em choques laterais, mais perigosos para o cérebro.

➤ Exceções:

- Hipotonia severa;
- Problemas respiratórios em semi-sentado;
- Cirurgia à coluna;
- Aparelhos que impeçam colocação no "ovo";
- Colar cervical ou outros devidamente avaliados.



Tipos de Cadeiras (cont.)

Grupo 0+/I – Cadeira de Segurança

- A criança já viaja mais sentada, pelo que não são adequadas a bebés com menos de 8 a 9 meses;

- Peso 0 - 18 kg, voltada para trás.

- Indicada para crianças até 18 a 24 meses.

- O bebé tem a cabeça muito frágil e pesada;

- Num acidente ou travagem brusca, o pescoço pode ser puxado com demasiada força, podendo resultar em lesões da espinal medula.



Tipos de Cadeiras (cont.)

Grupo I ou I/II (9 - 18 Kg ou 9 - 25 Kg)

- Permite viajar voltado para trás até aos 3 ou 4 anos (18 ou 25 kg),

- protegendo melhor o pescoço das crianças;


- São cadeiras maiores;

- Podem ser usadas de costas até aos 25 kg;

- Por serem cadeiras semiuniversais podem não se adaptar a todos os automóveis.



Imagem no retrovisor



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE ENFERMAGEM DA ALUPE

Slide nº 13 / Autor: Maria João R. Bilelo

Sistema ISOFIX

➤ Permite instalar cadeiras que encaixam em dois pontos inferiores e se fixam num terceiro ponto superior ou apoiam no chão do carro;



➤ A existência destes três pontos de apoio é fundamental para evitar a rotação da cadeira em caso de acidente.

Vantagens:

- Aumenta a segurança das crianças;
- Facilita a instalação das cadeiras;
- Reduz os erros de colocação.

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE ENFERMAGEM DA ALUPE

Slide nº 14 / Autor: Maria João R. Bilelo

Erros Frequentes

Crianças

- Transportadas no banco da frente (com airbag ativado) e/ou ao uso inadequado dos dispositivos de segurança;
- Com idade inferior a 1 ano transportados em cadeirinhas instaladas de frente para o painel do veículo;
- Sentadas no banco traseiro sem dispositivos de segurança;

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE ENFERMAGEM DA ALUPE

Slide nº 15 / Autor: Maria João R. Bilelo

Erros Frequentes (cont.)

Crianças

- Transportadas presas apenas pelo cinto de segurança do veículo sem que tenham atingido altura suficiente para utilizá-lo (135 cm);
- Em pé, no assoalho ou nos bancos, independentemente da localização do assento;
- Viajarem no porta-bagagens.

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE ENFERMAGEM DA ALUPE

Slide nº 16 / Autor: Maria João R. Bilelo

Erros Frequentes (cont.)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE ENFERMAGEM DA ALUPE

Slide nº 17 / Autor: Maria João R. Bilelo

Recomendações

- Transporte-o sempre numa cadeirinha própria para o automóvel, voltada de costas para o trânsito e corretamente instalada. Se o seu carro tiver airbag frontal, nunca instale a cadeira no banco da frente! Aperte sempre o amês (cinto interno).
- Se usar uma espreguiçadeira ou a cadeirinha do carro em casa (o que é de evitar), coloque-a sempre no chão e aperte os cintos.
- Nunca tire a criança da cadeira com o carro em andamento. Se for necessário acalmar o bebé ou alimentá-lo pare o carro num local seguro.

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE ENFERMAGEM DA ALUPE

Slide nº 18 / Autor: Maria João R. Bilelo

Demonstração



A Segurança das nossas Crianças está nas VOSSAS mãos !!!



Bibliografia

- > Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Vale a pena crescer em segurança. Evitar os acidentes no primeiro ano de vida. Manual para Profissionais de Saúde*. Lisboa.
- > Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2012). *Crianças no Automóvel a escolha da Cadeira Adequada dos 0 aos 12 anos*. Lisboa.
- > Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2014). *APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil*. Consultada em 19 de Maio de 2014, disponível em <http://www.facebook.com/lapsi.org.pt>
- > Lei nº 72/2013, de 3 de Setembro. *Diário da República nº 169/2013 – 1 Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- > Menezes, H., et al. (2008). *Vale a pena crescer em segurança: Evitar os acidentes no primeiro ano de vida*. Lisboa: APSI.
- > Orientação n.º 005/2013 de 10/04/2013. *Orientação da Direção-Geral de Saúde*. Direção-Geral de Saúde. Lisboa.
- > Orientação n.º 001/2010 de 16/09/2010. *Orientação da Direção-Geral de Saúde*. Direção-Geral de Saúde. Lisboa.
- > Sociedade Portuguesa de Pediatria (2008). *Secção de Neonatologia SPP. O transporte em automóvel – Como levar o prematuro*. Consultada em 20 de Maio de 2014, disponível em <http://www.lusoneonatalogia.com/site/upload/File/0%20transporte%20em%20auto%20move%20-%20Como%20levar%20o%20prematuro.pdf>

Grata pela atenção!

APÊNDICE VI – Avaliação da AES: “Transporte seguro do recém-nascido”

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Conteúdo

Classifique as seguintes afirmações como V (verdadeira) ou F (falsa).

1. Os recém-nascidos devem ser transportados num dispositivo de retenção homologado, adequado à idade e ao sexo. _____
2. A percentagem de mortes ou ferimentos graves é menor com a cadeira virada para o sentido do trânsito, comparativamente com a cadeira voltada para trás. _____
3. A cadeira deve ser experimentada no automóvel para verificar a sua completa adequação. _____
4. A garantia de que a cadeira nunca esteve envolvida num acidente, não é relevante para a sua eficácia. _____
5. As cadeiras do Grupo I ou I/II, permitem viajar voltado para trás até aos **8 ou 9 meses**, protegendo melhor o pescoço das crianças. _____
6. O sistema ISOFIX, permite instalar cadeiras que encaixam em dois pontos inferiores e se fixam num terceiro ponto superior ou apoiam no chão do carro. _____
7. Transportar crianças **no banco da frente** (com airbag ativado) e/ou o uso inapropriado dos dispositivos de segurança, é um erro frequente. _____
8. Se usar uma espreguiçadeira ou a cadeirinha do carro em casa (o que é de evitar), deve colocá-la sempre no chão e apertar os cintos. _____

Forma

Classifique os seguintes aspetos como 1 (insuficiente), 2 (suficiente), 3 (bom) ou 4 (excelente).

1. Os conteúdos abordados na sessão. _____
2. A clareza e objetividade da exposição. _____
3. Os recursos utilizados. _____
4. A coordenação da sessão. _____
5. O esclarecimento de dúvidas. _____

Sugestões de melhoria:

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE VII – Diapositivos da AES: “Nutrição, Saúde e Fertilidade da Mulher”



Nutrição, Saúde e Fertilidade da Mulher

Semana Mundial do Aleitamento Materno

DRA. XXX (CONSELHEIRA DA AMAMENTAÇÃO)
ENF. XXX (CONSELHEIRA DA AMAMENTAÇÃO)
ENF. MARIA JOÃO BILELO (ENF. ESPECIALIDADE ESP)
DRA. XXX (INTERNA DE MGF)
OUTUBRO DE 2014

Introdução

- A amamentação é uma prática milenar com reconhecidas vantagens nutricionais, imunológicas, cognitivas, econômicas e sociais para a mãe e para o bebê, principalmente quando praticada até aos 6 meses em exclusivo.
- Na História da Humanidade, a prevalência do aleitamento materno tem variado por influência de fatores como
 - a moda
 - revolução industrial
 - crenças e mitos

Introdução

- Atualmente, o aleitamento materno tem despertado interesse em investigadores e cientistas porque implica:
 - vantagens na saúde da criança,
 - vantagens na saúde materna,
 - bem-estar familiar,
 - melhoria da sociedade,
 - melhoria do meio ambiente.

Objetivos

- Desmistificar conceitos menos corretos sobre a amamentação;
- Transmitir conhecimentos científicos e baseados em evidência clínica que mostram os benefícios da amamentação;
- Promover a saúde da mulher no pós-parto.



Nutrição, Saúde e Fertilidade

Nutrição

- Durante a lactação, as necessidades energéticas da mulher aumentam em 330 Kcal nos primeiros 6 meses e 400 Kcal nos restantes 6 meses de aleitamento (comparativamente à mulher não grávida).
- Mulheres obesas e com excesso de peso podem não necessitar de aumentar o aporte calórico, já que as reservas de gordura acumuladas na gravidez, asseguram fornecimento de 100 a 150 Kcal nos primeiros meses de lactação.
- Mulheres saudáveis que amamentam, geralmente perdem o equivalente a 450 g/semana e ainda produzem leite suficiente para o seu bebê crescer de forma adequada.
- É aconselhável que as mulheres a amamentar mantenham um consumo energético mínimo de 1800 Kcal/dia.
- Desaconselham-se restrições energéticas drásticas com o objetivo de perder peso rapidamente.

Nutrição

- A mulher a amamentar deverá ter uma alimentação equilibrada, variada e completa, de acordo com os princípios da Roda dos Alimentos.
- Fazer **6 a 7 refeições por dia** (pequeno-almoço, 1 ou 2 lanches da manhã, almoço, 1 ou 2 lanches da tarde, jantar, ceia).
- O pequeno-almoço é uma das refeições mais importantes! Após 8h de jejum noturno, é fundamental fornecer ao organismo todos os nutrientes que ele necessita para o começar de um novo dia. Tomar o pequeno-almoço previne hipoglicémias!



Nutrição

- A mulher a amamentar deve evitar estar mais de 3 a 3,5 h sem comer, para que ao longo do dia, o organismo tenha o aporte de nutrientes e energia necessários.
- Comer calmamente e mastigar muito bem os alimentos.
- Evitar o consumo de alimentos açucarados, salgados ou com muita gordura. Para além de prejudicarem a saúde da mãe, podem interferir com a produção de leite.
- Variar os métodos de confeção de refeições, optando pelos mais saudáveis (estufados e assados em pouca gordura, grelhados, cozidos a vapor, cozidos).
- Iniciar as refeições principais com um prato de sopa e acompanhá-las com saladas ou legumes, assegurando, desta forma, a quantidade ideal de vitaminas, minerais e fibras.



Nutrição

- Comer diariamente carne, peixe ou ovos, para manter o aporte adequado de proteínas.
- Limitar o consumo de carnes gordas (vaca e porco), preferindo carnes magras (frango, peru ou coelho), retirando a pele e a gordura visível.
- Controlar a ingestão de gordura na confeção e tempero dos alimentos, preferindo azeite e óleos polinsaturados.
- Reduzir o sal e a gordura para temperar, usando maior quantidade de cebola, alho, tomate, pimento e ervas aromáticas.



Nutrição

- Hidratar-se é fundamental para a sua saúde e para garantir a produção de leite! **Beba cerca de 2 litros de água por dia.**
- Reduzir o consumo de refrigerantes e sumos de fruta (contêm muito açúcar e não matam a sede).
- Não consumir bebidas alcoólicas nem bebidas com cafeína.
- Praticar **atividade física moderada.**



Mais saúde para a mãe

Amamentar é saúde!

- Diminui as hemorragias pós-parto, dado que a sucção do bebé durante a mamada estimula a produção de oxitocina.
- Diminui o risco de aparecimento de cancro da mama
 - Quanto mais prolongado o período de amamentação, mais protetor será.
 - Protege a mãe que amamenta e a criança que é amamentada.
- Diminui o risco de aparecimento de cancro do ovário!
- Ajuda na recuperação do peso.
- Diminui o risco de osteoporose em 4x, comparativamente às mulheres que não amamentam.
- Saúde psicológica: a ligação com o bebé é importante pela interiorização do seu papel, para manutenção do equilíbrio emocional; É importante valorizar o cansaço, que é real!

Mais saúde para o bebé

Amamentar é saúde!

- O contacto com a mãe aumenta a segurança do bebé, diminui o choro e a ansiedade;
- O leite materno é o melhor alimento para o intestino! Amamentar reduz as cólicas;
- Fortalece a imunidade do bebé;
- Diminui o risco de alergias;
- Ajuda no desenvolvimento cognitivo;
- Desenvolve a arcada dentária;
- Ajuda o crescimento dos bebés prematuros;
- Previne doenças futuras (obesidade, HTA, Diabetes mellitus tipo 2, etc)

O Bebê Amamentado

Sistema Nervoso
Desenvolve-se rapidamente, sendo capaz de reconhecer e aprender com o ambiente. Desenvolve-se durante o período neonatal.

Orelhas
Bebês amamentados têm menos infecções de ouvido.

Olhos
Bebês amamentados têm menos infecções de olhos.

Sistema Endócrino
Regula o crescimento e o desenvolvimento.

Boca
Bebês amamentados têm menos infecções de boca e garganta.

Sistema Muscular
Bebês amamentados têm mais força muscular e são mais ativos.

Sistema Circulatório
Bebês amamentados têm menos infecções de sangue.

Sistema Digestivo
Bebês amamentados têm menos infecções gastrointestinais e são mais saudáveis.

Trato Urinário
Bebês amamentados têm menos infecções urinárias.

Apêndices
Bebês amamentados têm menos infecções de apêndices.

Trabalho
Bebês amamentados têm menos problemas de saúde.

AMÉSTICA

Fertilidade

- Se após o parto a mulher não amamentar, a fertilidade retorna normalmente por volta das 6 semanas;
- Em geral, as mães que amamentam ficam menos férteis, **mas não são inférteis**.
- Quando a mulher amamenta o seu bebê (aleitamento materno exclusivo) e não menstrua, a probabilidade de não engravidar é de 98%, nos primeiros 6 meses.
- Quanto mais o bebê mama, mais pode demorar para que o ciclo menstrual regularize.
- A amamentação mantém a produção de prolactina, que inibe a ovulação.
- Embora a menstruação não apareça nos meses seguintes após o parto, o corpo geralmente liberta o primeiro óvulo pós-natal **antes** da primeira menstruação. Daí que exista risco de gravidez...

Fertilidade

- É normal não querer pensar em sexo depois do parto?**
 - Sim, é normal que o desejo sexual da mulher diminua depois do bebê nascer.
 - Em alguns casos, a falta de desejo pode chegar a ser uma verdadeira aversão e durar meses.
- Porque é que isso acontece?**
 - O período pós-parto implica grande cansaço físico e emocional. A criança exige atenção constante e o contato físico também é permanente: ela está sempre no colo ou então a mamar;
 - O organismo ainda está a recuperar da gravidez e do parto;
 - Existe medo (consciente ou inconsciente) de voltar engravidar.

Fertilidade

- Quando se pode recomeçar a atividade sexual após o parto?**
 - Depende da vontade do casal. Normalmente aconselham-se 30 a 40 dias de abstinência após o parto.
 - Podese aproveitar a oportunidade de, na consulta de revisão do puerpério, falar sobre o assunto (preparar o momento e antecipar questões/problemas se ainda não foi reiniciada a atividade sexual, ou perceber se algo correu mal).
- Algumas dicas para minorar o desconforto:**
 - Relação sexual completa pode não ser logo na primeira tentativa;
 - Utilizar uma posição de maior conforto, ou que não permita a penetração profunda;
 - Lubrificantes à base de água;
 - Exercícios para reforço da musculatura do pavimento pélvico.

Fertilidade

- Quanto tempo se deve esperar até uma nova gravidez?**
- Sabe-se que uma nova gravidez com menos de 12 meses de intervalo tem maior risco de:
 - Prematuridade
 - Baixo peso à nascença
 - Placenta prévia
 - Descolamento de placenta
- Apesar de não haver consenso, sugere-se que deva existir um intervalo de **18 a 24 meses** entre uma gravidez e a seguinte.

Mitos da Amamentação

Amamentação - Mitos -

1. Muitas mulheres não produzem leite suficiente.

FALSO!

A grande maioria das mulheres consegue produzir leite suficiente para alimentar o seu bebé!

Na realidade, o excesso de leite é bastante comum.



Amamentação - Mitos -

2. É normal que dar de mamar provoque sempre dor.

FALSO!

Dar de mamar não deve doer, exceto nos primeiros instantes após a pega e nos primeiros dias.

Se a dor persistir, provavelmente existe um mau posicionamento do bebé, o que pode originar lesões nos mamilos se não for corrigido.

A dor no mamilo que não melhora em 3 a 4 dias ou que persiste mais de 6 dias não deve ignorada! Limitar o tempo da amamentação não ajudará a prevenir a dor!



Amamentação - Mitos -

3. Algumas mães têm leite "fraco", que parece água.

FALSO!

Não existem leites maternos fracos!

A composição do leite e o seu aspeto vão mudando, de acordo com as necessidades do bebé.

Varia ao longo do tempo, de acordo com o crescimento do bebé, e varia também do início para o final da mamada.

Amamentação - Mitos -

- O primeiro leite que a mãe produz (colostró) é amarelado e mais espesso. O leite maduro é mais aquoso e começa a ser produzido depois de 4 a 10 dias.
- No início da mamada, o leite é rico em proteínas e açúcares. O leite produzido na fase final é menos abundante e mais rico em calorias, tem mais gordura e vitaminas lipossolúveis.



Amamentação - Mitos -

4. Um bebé deve mamar 20 minutos em cada mama.

FALSO!

O que importa é a frequência e não a duração de cada mamada.

É importante que dê as duas mamas se o bebé quiser e não se preocupe muito com a duração das mamadas nos primeiros dias.

Cada criança é única e não existem regras rígidas e iguais para todos.

Amamentação - Mitos -

5. É mais difícil amamentar do que dar leite de fórmula.



NÃO DEVERÁ SER VERDADE...

Por vezes faz-se da amamentação algo difícil, quando na realidade não o é!

A amamentação poderá ser difícil no início, mas com a informação, ajuda e acompanhamento adequados, rapidamente se tornará algo fácil e agradável.

Amamentação - Mitos -

6. Os leites de fórmula modernos são quase iguais ao leite materno.

FALSO!

O leite materno é o alimento ideal para o bebé e é muito diferente dos leites existentes no mercado.

O leite materno contém todos os nutrientes necessários e em proporções adequadas.

Os leites de fórmula são semelhantes ao leite materno em alguns aspetos, mas não são iguais! Não contém os nutrientes nas mesmas proporções, não contém os anticorpos nem os fatores de crescimento fornecidos pelo leite materno!



Amamentação - Mitos -

7. Quando está calor, o bebé necessita de beber água para além do leite materno.

FALSO!

O leite materno contém toda a água que o bebé necessita!



Amamentação - Mitos -

8. Se a mãe tem uma doença crónica e toma medicamentos, não pode amamentar.

FALSO!

Existem poucos medicamentos que a mãe não pode tomar durante a amamentação. Há quase sempre uma alternativa compatível!

Muitos medicamentos não passam para o leite materno ou passam em quantidades muito pequenas e não afetam o bebé.

Aconselhe-se com o seu médico.



Amamentação - Mitos -

9. A mãe que amamenta não pode ingerir couve, leguminosas, chocolate, café, citrinos, morangos ou tomate porque estes alimentos provocam cólicas no bebé.

FALSO!

A mãe deve fazer uma alimentação equilibrada, com todos os tipos de alimentos.

Só se notar que o bebé reage mal a determinado alimento (chora mais, tem diarreia, tem alterações na pele), então evite comer esse alimento durante uma semana e observe a reação no bebé.

As bebidas com álcool não devem ser ingeridas durante a amamentação.



Amamentação - Mitos -

10. Uma mãe a amamentar deve beber muito leite para produzir mais leite.

FALSO!

A mãe deve sobretudo preocupar-se em ter uma alimentação equilibrada e adequada.

O consumo de leite em nada influencia a produção ou a qualidade do leite materno.



Amamentação - Mitos -

11. As mulheres que têm mamas pequenas não vão produzir leite suficiente.

FALSO!

O tamanho da mama não interfere com o aleitamento materno. A produção de leite é sobretudo influenciada pela frequência com que o bebé mama.

Quanto mais o bebé mama, mais leite a mãe produz!



Amamentação - Mitos -

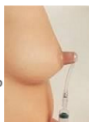
12. As mulheres com mamilos invertidos ou planos não podem amamentar.

FALSO!

Com um pouco de paciência, uma mulher com mamilos invertidos ou planos consegue amamentar. É importante que a mãe tente logo após o parto.

Existem vários truques que podem ser úteis: usar escudos de plástico no sutiã, puxar o mamilo para fora com uma bomba manual ou elétrica antes da mamada.

Peça ajuda a um profissional de saúde!



Amamentação - Mitos -

13. As mulheres que fizeram um piercing no mamilo não podem amamentar.

FALSO!

É importante que a mulher retire o piercing, de preferência durante o último trimestre de gravidez e que não volte a colocá-lo enquanto estiver a amamentar.

Amamentação - Mitos -

14. Se a mãe tem uma mastite e necessita de tomar antibiótico, deve parar de amamentar.

FALSO!

Quando a mãe desenvolve uma mastite (febre, mal-estar, dor e rubor localizado da mama), deve continuar a amamentar porque a mama precisa de ser esvaziada.

Só se houver um agravamento da situação e formação de um abscesso na mama é que não deve dar essa mama ao bebé, mas pode amamentar com a mama que está saudável.



Amamentação - Mitos -

15. Não se deve amamentar quando o bebé está com icterícia.

FALSO!

Antigamente recomendava-se a suspensão da amamentação durante uns dias enquanto o bebé estava com icterícia.

Atualmente sabe-se que essa atitude não tem qualquer utilidade!

A mãe deve continuar a amamentar e, de preferência, muitas mamadas em intervalos curtos.



Amamentação - Mitos -

16. Se o bebé vomita ou tem diarreia, a mãe deve parar de amamentar.

FALSO!

Pelo contrário, nestas situações o melhor tratamento é a amamentação.

O leite materno é o melhor líquido para o bebé em situação de vômitos ou diarreia.

Amamentação - Mitos -

17. Devo deixar de amamentar aos 12 meses para não viciar ou criar maus hábitos no meu bebé.

FALSO!

A mãe pode e deve amamentar enquanto ela e o bebé quiserem.

Geralmente os bebés fazem o seu próprio desmame, de uma forma natural, à medida que forem sendo introduzidos novos alimentos sólidos na sua alimentação.



Amamentação - Mitos -

18. Tirar leite com a bomba é uma forma de saber quanto leite a mãe tem.

FALSO!

A quantidade de leite que a mãe consegue retirar com a bomba depende de inúmeros fatores.

Quanto mais o bebé mama, mais leite a mãe tem!



10 Factos sobre a Amamentação

10 Factos sobre a Amamentação

1. Segundo a Organização Mundial da Saúde, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida.

A amamentação deve começar na primeira hora após o nascimento e deve ser *ad libitum*, ou seja, a pedido do bebé, tão frequentemente quanto ele queira.

2. O leite materno é o melhor alimento para o bebé!

Fornece-lhe todos os nutrientes que ele necessita para o seu desenvolvimento saudável.

Contém ainda os anticorpos que ajudam a proteger o bebé durante os primeiros meses de vida.

10 Factos sobre a Amamentação

3. O aleitamento materno também tem benefícios para a mãe!

Ajuda a mãe a recuperar o peso inicial;

Diminui o risco da mulher vir a desenvolver cancro de mama e do ovário.

4. A amamentação contribui para uma vida saudável!

Os adultos que foram amamentados frequentemente têm valores mais baixos de tensão arterial, de colesterol e um risco mais baixo de desenvolver excesso de peso ou obesidade.

10 Factos sobre a Amamentação

5. Os leites de fórmula não contêm os anticorpos presentes no leite materno e estão ligados a alguns riscos.

O aleitamento materno frequente mantém o suprimento de leite necessário ao bebé.

6. Apenas em algumas situações muito específicas, como as mães com infeção pelo VIH, o aleitamento materno deve ser evitado.

10 Factos sobre a Amamentação

7. A Organização Mundial da Saúde recomenda que a mulher deve ter pelo menos 16 semanas de ausência do trabalho após o parto, para poder descansar e amamentar o seu bebé.

8. Pelos 6 meses de idade, deve ser iniciada a diversificação alimentar para além do leite materno. Contudo, a amamentação não deve diminuir quando a criança começa a comer outros alimentos.

10 Factos sobre a Amamentação

9. Em 1981 foi adotado um código internacional que regula o mercado dos leites de fórmula.
- Todos os leites de fórmula têm informações e rótulos onde se afirmam os benefícios da amamentação e os riscos para a saúde da mãe e do bebé da substituição do leite materno.
10. A amamentação pode ser difícil ao início, mas pode facilmente ser aprendida!
- Para promover a amamentação e melhorar os cuidados às mães e aos recém-nascidos, existem no mundo mais de 20 000 instituições "Amigas do Bebê".

Bibliografia

- APN, Associação Portuguesa de Nutricionistas, Aleitamento materno, promover a saúde
- Brazelton, T.B.Sparrow 2007- A criança e a alimentação
- Caetano, D.M.G. 2008 Plano de ação para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em Portugal. Comité Unicef Português
- DGS, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013
- DGS, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, 2007
- Gonzalez, Carlos- Manual pratico de Aleitamento materno
- Pereira, M. Adriana- 2007- Aleitamento materno, importância da correção da pega no sucesso da amamentação
- Saraiva, Helena- 2010- Aleitamento materno: Promoção e Manutenção
- UNICEF, Manual de Aleitamento Materno, 2012.

Obrigada pela vossa atenção!



APÊNDICE VIII – Programa/Cartaz: Dia Mundial para a Prevenção do Abuso Contra as Crianças



DIA MUNDIAL PARA A PREVENÇÃO DO ABUSO CONTRA AS CRIANÇAS

ENQUADRAMENTO:

A 19 de Novembro de 2014, comemora-se o Dia Mundial para a Prevenção do Abuso contra as Crianças.

Com o objetivo de contribuir para a criação de uma cultura de prevenção de abuso e violência contra as crianças, a UCC de Santa Maria da Feira trabalha para sensibilizar e mobilizar a população em geral através do apelo à defesa, promoção e respeito pelos Direitos da Criança, alertando para a importância de denunciar situações de maus tratos infantis.

Deste modo, no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a Enf.^a Maria João R. Bilelo, sob a tutoria da Enf.^a XXX e com a sugestão e orientação da Enf.^a XXX, decidiu elaborar um cartaz alusivo à efeméride.

ATIVIDADE	Comemoração do Dia Mundial para a Prevenção do Abuso contra as Crianças.
OBJETIVO	Sensibilizar a população para a importância da sinalização de situações de maus tratos infantis.
QUEM	Enf. ^a Maria João R. Bilelo, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a tutoria da Enf. ^a XXX e com orientação da Enf. ^a XXX.
POPULAÇÃO	Utentes da UCC e profissionais de saúde.
COMO	Elaboração de cartaz alusivo ao acontecimento.
ONDE	UCC de Santa Maria da Feira.

QUANDO	Dia 19 de Novembro de 2014.
AVALIAÇÃO	Número de sinalizações recebidas na Unidade.
TEMPO	Planeamento: 16 horas. Execução: 48 horas.

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE	
---------------------------------------	--

Dia Mundial para a Prevenção do Abuso contra as Crianças

– 19 de Novembro de 2014 –



Existem cerca de 190 milhões de crianças menores de 18 anos na região europeia da OMS

- 18 milhões foram vítimas de abuso sexual
- 44 milhões foram vítimas de abuso físico
- 55 milhões foram vítimas de abuso psicológico

90% de todos os abusos não são sinalizados!

Vai ficar indiferente?!

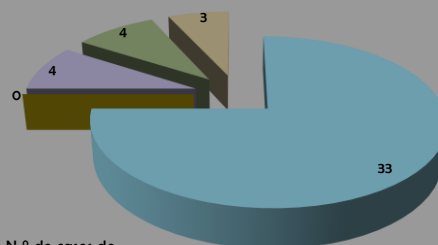
Denuncie!

Pode fazê-lo anonimamente.

Contacte a sua Unidade de Saúde!

Bem perto de si:

Fonte: NACJR Feira, 2013



N.º de casos de:

- Negligência (inclui abandono)
- Mau trato físico
- Abuso Sexual
- Mau trato psicológico (abuso emocional)
- Outros (Intoxicação alcoólica do adolescente, ideação suicida adolescente, perturbação alimentar do adolescente)

Bibliografia

World Health Organization – Regional Office for Europe (2014). *Child Maltreatment Report*. Consultada em 21 de Outubro de 2014, disponível em: <http://www.euro.who.int/child-maltreatment-report>.
 NACJR Feira (2014). *Relatório NACJR 2013*. Santa Maria da Feira: ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca.



Autora: BILELO, M. J., estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa – Porto

ANEXOS

ANEXO I – Panfletos da APSI facultados na AES:
“Transporte seguro do recém-nascido”



Antes de comprar experimente sempre a cadeira no automóvel. Tenha particular atenção aos modelos semiuniversais e Isofix, nos quais a probabilidade de incompatibilidades é maior.

A cadeira tem que estar aprovada pelas normas internacionais mais recentes. Deve ter uma "etiqueta E" e o número de homologação deve começar por 03 ou 04.

A etiqueta indica também o tipo de cadeira (Universal / Semiuniversal / Específica) e o intervalo de pesos a que se destina. O peso da criança não deve ser o único fator na escolha. Há que considerar também a idade e o tamanho da criança, bem como as informações deste folheto.



by www.nogueiradesign.com

Crianças no Automóvel

a escolha da Cadeirinha Adequada dos 0 aos 12 anos



Associação para a Promoção da Segurança Infantil



Associação para a Promoção da Segurança Infantil

Apoio Financeiro:



A APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil é uma associação privada, sem fins lucrativos, fundada em 1992, com estatuto de Utilidade Pública, Instituição Particular de Solidariedade Social e Associação de Família. Tem por objetivo a união e o desenvolvimento de esforços para a redução do número e da gravidade dos acidentes nas crianças e jovens.

A informação contida neste folheto informativo é de carácter geral e não exaustivo pelo que poderá ser necessária informação particular e mais detalhada para cada caso.

© Copyright APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil – Março, 2012. Tiragem: 126.000
Ilustrações técnicas: Jorge Domingues; Design: Nuno Nogueira

Associação para a Promoção da Segurança Infantil – Vila Berta, 7 – R/C Esq.
1170-400 Lisboa. Tel.: 218 844 100 – Fax: 218 844 109

www.apsi.org.pt  www.facebook.com/apsi.org.pt



até aos 3 ou 4 anos



Cadeira Grupo 0+ (0 - 13 Kg)

É a cadeira mais indicada para recém nascidos e crianças pequenas e só pode ser instalada voltada para trás. Deve ser utilizada desde a primeira viagem do bebé, da maternidade para casa, até o mais tarde possível. Enquanto a criança pesar menos de 13 Kg, se o arnês (cinto interno da cadeira) estiver à altura do ombro ou ligeiramente abaixo e a cabeça bem apoiada, esta é a cadeirinha mais adequada, mesmo que os pés batam nas costas do banco ou que as pernas fiquem dobradas ou encolhidas.

Estas cadeiras devem ser instaladas com uma inclinação de 45 graus, e nunca num lugar com airbag frontal ativo.

A alcofa, onde a criança viaja deitada, não é aconselhada, pois a maioria dos embates é transformada em choques laterais, mais perigosos para o cérebro.

Cadeira Grupo I ou I/II (9 - 18 Kg ou 9 - 25 Kg) - voltada para trás

Estas cadeiras permitem viajar voltado para trás até aos 3 ou 4 anos, protegendo melhor o pescoço das crianças. São cadeiras maiores, e com mais espaço para as pernas, que podem ser usadas de costas até aos 18 Kg ou 25 Kg, dependendo da homologação.

Geralmente têm um pé que apoia no chão do automóvel, existindo modelos com e sem sistema Isofix. Por serem cadeiras semiuniversais podem não se adaptar a todos os automóveis.



As crianças têm o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, devem viajar em cadeirinhas voltadas para trás até aos 3 ou 4 anos. Só assim, numa colisão frontal (as mais frequentes e, regra geral, mais graves), as suas costas, a cabeça e o pescoço serão amparados uniformemente. As cadeiras voltadas para trás são as que protegem de forma mais eficaz - em caso de acidente, podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças.

É preferível a sua instalação nos lugares de trás do automóvel. Nunca podem ser instaladas no lugar da frente se houver um airbag frontal ativo.

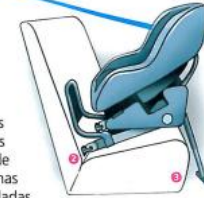


Cadeira Grupo 0+/I (0 - 18 Kg) - voltada para trás

As cadeiras do grupo 0+/I também permitem transportar a criança de costas, mas apenas até cerca dos 18 meses ou 2 anos: são homologadas voltadas para trás até aos 13 Kg e têm menos espaço para as pernas. Nunca devem ser utilizadas antes dos 8 ou 9 meses.

Cadeiras com Isofix

O sistema Isofix facilita a colocação e reduz os erros de instalação das cadeirinhas, mas só os automóveis mais recentes vêm equipados de origem com este sistema. É mais importante nas cadeiras com arnês (cintos internos) que são instaladas voltadas para a frente porque reduz as folgas na fixação, muito perigosas em caso de travagem ou acidente. As cadeiras com Isofix encaixam em dois pontos inferiores, na base das costas do banco do automóvel, e fixam-se num terceiro ponto (atrás das costas do banco, na bagageira, ou apoiam no chão do carro). A existência de 3 pontos de apoio evita a rotação da cadeira em caso de acidente.



A PARTIR DOS 4 ANOS

Depois dos 4 anos e quando pesam mais de 15 Kg, as crianças podem viajar viradas para a frente, numa cadeira de apoio, ou banco elevatório com costas. Nestas cadeiras o cinto de segurança do automóvel, colocado como no adulto, prende a criança em simultâneo com a cadeira.

Cadeira Grupo II/III (15 - 36 Kg)

Esta cadeira, sem arnês (cinto interno), pode ser utilizada a partir dos 3 ou 4 anos, quando a criança pesa mais de 15 Kg. Adaptam o cinto de segurança do automóvel ao corpo pequeno da criança, prendendo ambos em simultâneo. Aumentam o conforto e dão apoio lateral para a cabeça e o tronco quando a criança adormece e em caso de colisão lateral. O cinto deve passar nas guias existentes (ao nível da bacia e ombro) e ficar justo sobre o corpo, sem folgas.

São cadeiras muito leves, fáceis de instalar e de mudar de um automóvel para outro. São preferíveis os modelos que têm costas reguláveis em altura.

Os modelos com costas destacáveis (transformam-se num banco elevatório) podem ser utilizados enquanto a criança não atingir 1,50 m de altura.



Banco elevatório Grupo II/III ou III (15 - 36 Kg ou 22 - 36 Kg)

O banco elevatório poderá ser utilizado a partir dos 8 ou 9 anos caso a criança tenha altura suficiente para o cinto de segurança não incomodar no pescoço e se o carro tiver encostos de cabeça nos lugares de trás.

A criança pode continuar a utilizar a cadeira de apoio até mais tarde, se esta for suficientemente alta, pois oferece maior proteção lateral e mais conforto. É obrigatório usar pelo menos um banco elevatório até aos 12 anos e 1,50 m de altura.



depois dos 3 ou 4 anos

Ry

EVITAR OS ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA Do nascimento aos 4 meses

Nome: _____ Idade: _____

Apesar de ser ainda muito pequeno, o seu bebé pode sofrer um acidente logo após o nascimento!

- Transporte-o sempre numa cadeirinha própria para o automóvel, voltada de costas para o trânsito e corretamente instalada. Se o seu carro tiver airbag frontal, nunca instale a cadeira no banco da frente! Aperte sempre o arnés (cinto interno).
- Se usar uma espreguiçadeira ou a cadeirinha do carro em casa (o que é de evitar), coloque-a sempre no chão e aperte os cintos.
- Nunca deixe o seu bebé sozinho em cima de uma mesa, de uma cama ou de um sofá, nem mesmo "apenas por um segundo". Até um bebé muito pequeno pode rebolar e cair.
- Para dormir, deite o bebé de costas, salvo indicação em contrário do profissional de saúde, e não coloque almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama, para evitar a asfixia e o estrangulamento.
- Escolha uma cama estável e sólida, com grades com um mínimo de 60 cm de altura e aberturas inferiores a 6 cm, que obedeça às normas de segurança. Opte por um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades.
- Antes de começar o banho, verifique sempre a temperatura da água – comece por deitar a fria e só depois a quente, para evitar queimaduras.
- Não transporte ou ingira líquidos quentes (como água, café, chá ou sopa) com o bebé ao colo.
- Antes de dar o biberão, verifique a temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso.
- Não leve o bebé à praia ou a outros locais muito expostos ao sol. Passeie com ele de manhã (até às 11h) e ao fim da tarde (a partir das 17h). Coloque chapéu e protetor solar de grau elevado.

Mais informações: 21 884 41 00 ou apsi@apsi.org.pt ou www.apsi.org.pt

Assinatura _____

Data _____



APSI
Associação para a Promoção
da Segurança Infantil

Com o apoio de:


Alto Comissariado
da Saúde