



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Andreia Filipa Ramos Lopes

Lisboa, junho de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Andreia Filipa Ramos Lopes

Sob orientação da Professora Margarida Lourenço

Lisboa, junho de 2013

Resumo:

O relatório foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica.

No momento em que a criança/jovem é submetida a cuidados de saúde, quer cuidados de saúde primários ou no âmbito de uma hospitalização, vivencia um elevado grau de ansiedade e diversos medos e quanto maior a distância do seu ambiente seguro e habitual, como uma hospitalização, maior a intensificação desses sintomas. Os enfermeiros, por serem os profissionais de saúde com maior proximidade da criança, devem tentar quebrar as barreiras inerentes aos cuidados de saúde, tornando as suas intervenções e abordagem o menos traumáticos possível.

Como principal objetivo deste relatório delinee: descrever e analisar as actividades desenvolvidas ao longo do Estágio para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e sua, conseqüente, reflexão crítica.

A Unidade Curricular Estágio decorreu em locais de assistência à criança / família (centro de saúde, serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados neonatais e serviço de pediatria) que integraram três módulos distintos, com o intuito de aquisição e desenvolvimento de competências. Os objetivos gerais do Estágio foram: sensibilizar os profissionais de saúde, crianças, família e educadores no âmbito da pertinência dos cuidados atraumáticos; desenvolver competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito das diversas valências dos cuidados à criança/jovem e família. Para cada módulo foram identificadas intervenções de enfermagem, no âmbito da promoção de cuidados atraumáticos, desenvolvidas pelos profissionais nos distintos locais, assim como a implementação de estratégias de melhoria dos cuidados baseado no diagnóstico de situação efetuado. De entre as atividades realizadas destaco a realização de um *role playing*, ações de formação, elaboração de cartazes informativos, realização de guias de acolhimento para a criança, implementação da musicoterapia e de um “kit sem dor” e a mudança do ambiente de um quarto de isolamento.

Assim, foram realizados objetivos que me proporcionaram a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, indispensáveis à minha formação como futura enfermeira especialista.

Palavras-chave: Cuidados atraumáticos, crianças, enfermeiro, medidas não farmacológicas de alívio da dor.

Abstract:

The report was developed under the Master Course of Nature Professional Nursing Specialization in Child Health and Pediatrics.

By the time the child / young person is subject to care primary care or within a hospital, experiencing a high degree of anxiety and many fears and the bigger the distance of your environment safe and habitual, as a hospitalization greater intensification of these symptoms. Nurses, because they are health professionals with main proximity of the child should try to break the barriers inherent to health care, making their interventions and the least traumatic possible approach.

The main objective of this report is: describe and analyzing the activities undertaken during the Stage for the acquisition of skills inherent Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health and their, consequential, critical reflection.

The Training Course held in local child care / family (health center, pediatric emergency department, neonatal care unit and pediatric service) that integrated three distinct modules, in order to acquire and develop skills. The general objectives of the stage were: awareness among health professionals, children, families and educators within the relevance of atraumatic care, developing skills of the Nurse Specialist Pediatric and Child Health under the different services of care to the child / young person and family. For each module were identified nursing interventions in the promotion of atraumatic care, developed by professionals in different locations, as well as implementation strategies for improving care based on diagnosis of the situation made. Among the activities highlight the achievement of a role playing, training, preparation of informative posters, achievement guides for child care, implementation of music therapy and a "kit without pain" and change the ambience of a room insulation.

Thus, targets were performed that provided me the skills acquisition inherent Nurse Specialist Pediatric and Child Health, essential to my training as a future nurse specialist.

Keywords: Care atraumatic, children, nurses, non-pharmacological pain relief.

Agradecimentos

Todo este percurso só se tornou possível pelo apoio de múltiplos intervenientes, aos quais manifesto o meu mais intenso apreço.

Ao André, por manter o ânimo.

Aos meus pais pelo apoio incondicional.

À Ana Maria, Mariana e Andreia, pela amizade e boa disposição.

À Professora Margarida Lourenço pela orientação e estímulo dispensados.

Aos Enfermeiros Elsa Ramos, Rita Carneiro, António Gonçalves, Hugo Pécurto, Luísa Tavares e Teresa Vidal que me enriqueceram com os seus ensinamentos.

E a todos os colegas do serviço pelo apoio e palavras amigas.

A todos vós, o meu **MUITO OBRIGADA!**

A Enfermagem é uma arte e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado com tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

Lista de abreviaturas

CMR - Centro de Medicina e Reabilitação

CPCJ – Comissão de Proteção da Criança e Jovem

DGS – Direção Geral de Saúde

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

HFF - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIPP – Premature Infant Pain Profile

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

RN – Recém-nascido

RN's – Recém-nascidos

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SO – Serviço de Observação

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCN – Unidade de Cuidados Neonatais

SUMÁRIO

0- INTRODUÇÃO	22
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1.1.Revisão Sistemática da Literatura	25
1.2. Modelo Concetual	37
2. MÓDULOS DE ESTÁGIO	
2.1.Módulo I	
2.1.1 Observação da consulta	40
2.1.2 USF Abraçar Queluz	43
2.2.Módulo II – Serviço de Pediatria	51
2.3. Módulo III	
2.3.1. Serviço de Urgência Pediátrica	59
2.3.2. Unidade de Cuidados Neonatais	65
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	
Anexo I: Relatório do póster e folheto	77
Anexo II: Relatório da acção de formação do aleitamento materno	103
Anexo III: Relatório da formação às educadoras	153
Anexo IV: Relatório do <i>role playing</i>	203
Anexo V: Reflexão da formação da CPCJ	233
Anexo VI: Reflexão (Banca da Saúde)	255
Anexo VII: Reflexão (Curso Preparação para a Parentalidade)	261
Anexo VIII: Relatório dos pósteres e “kit sem dor”	267
Anexo IX: Relatório do acolhimento	299
Anexo X: Relatório do quarto	325
Anexo XI: Relatório relativo à contribuição para o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente à dor da criança/jovem e as medidas mais eficazes de alívio da dor da mesma	337
Anexo XII: Relatório guias de acolhimento	357

Anexo XIII: Relatório da dinamização da sala de espera	387
Anexo XIV: Relatório da musicoterapia	409
Anexo XV: Jornal de Aprendizagem	431
Anexo XVI: Relatório do póster e protocolo da massagem anti-cólica	449
Anexo XVII: Relatório do póster da amamentação	483
Anexo XIII: Jornal de Aprendizagem	511

ÍNDICE DE QUADROS

1. Protocolo de revisão segundo a matriz PI[C]OS	25
2. Identificação dos artigos	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Protocolo de Pesquisa

27

0- INTRODUÇÃO

O presente relatório, insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, no ano letivo de 2012/2013, com a orientação da Professora Margarida Lourenço. Tem como principal objetivo descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e consequente, reflexão crítica.

Segundo o REPE, a enfermagem assinalou no decurso dos últimos anos, uma evolução relativamente à complexidade e dignidade do seu exercício profissional, reconhecendo como significativo o valor do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, no que diz respeito à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

A Ordem do Enfermeiros (2010 b), considera que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 b)

Uma preocupação constante que considero enquanto enfermeira, está relacionada com a dor e desconforto da criança, por isso como futura enfermeira especialista é importante a aquisição de competências neste âmbito. Assim, pretendo desenvolver a temática dos cuidados atraumáticos, motivando os profissionais de saúde, família e pessoas significativas da criança/jovem na promoção desta prática. A Teoria do Conforto de Kataharine Kolcaba contribuiu para orientar os meus objetivos e atividades propostas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados a nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria

com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011)

O Estágio promove uma consolidação de conhecimentos, desenvolvendo saberes e transpondo competências da teoria para a prática. As diferentes situações vivenciadas no período de estágio, levam a uma melhoria contínua dos cuidados prestados e conseqüentemente um crescimento profissional. Assim, a Unidade Curricular Estágio foi dividida em 3 Módulos, designadamente: o Módulo I em Cuidados de Saúde Primários; o Módulo II em Serviços de Medicina e Cirurgia Pediátricos e o Módulo III em Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia.

Tendo em conta a temática dos cuidados atraumáticos, defini os seguintes objetivos gerais de estágio: sensibilizar os profissionais de saúde, crianças, família e educadores no âmbito da pertinência dos cuidados atraumáticos; desenvolver competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito das diversas valências dos cuidados à criança/jovem e família.

Durante o percurso académico, delineei os locais que favoreciam o meu desenvolvimento enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O Módulo I foi composto por: três dias como observação das consultas do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão e posteriormente na Unidade de Saúde Familiar Abraçar Queluz, no qual permaneci 180 horas. O CMR de Alcoitão foi escolhido pela curiosidade relativamente ao funcionamento das consultas e a função e competências do enfermeiro neste âmbito, tendo em conta a particularidade dos clientes. Relativamente à escolha da USF, foi pelo facto de já conhecer previamente as suas valências e por poder presenciar os cuidados prestados na Saúde Escolar, área que desconhecia e que considero pertinente adquirir competências, obtendo momentos de aprendizagem e reflexão.

O Módulo II decorreu em contexto de trabalho, no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca – Serviço de Pediatria com 180 h de contato. O local foi escolhido tendo em conta o conhecimento relativamente a este serviço e por abranger uma grande diversidade de patologias e faixas etárias, contribuindo para a prática de cuidados atraumáticos.

O Módulo III foi subdividido em dois serviços, o primeiro no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e o segundo na

Unidade de Neonatologia do Hospital Espírito Santo Saúde (Hospital da Luz), cada um com 90 horas de contato. O SU foi escolhido, tendo em conta a minha curiosidade relativamente ao funcionamento do mesmo, visto ser um local onde recebem crianças/jovens que ficam posteriormente internadas no serviço onde trabalho e assim compreendo o percurso da criança/jovem. A proximidade com o meu local de trabalho e da minha área de residência foi também um fator importante para a respetiva seleção, sendo um fator proveitoso para a conjugação de horários, obtendo conseqüentemente mais tempo útil para o planeamento e elaboração de projetos/ações de educação para a saúde. Na Unidade de Neonatologia pretendi conhecer uma realidade diferente e reflectir relativamente à prestação de cuidados numa área que para mim é desconhecida.

Para cada Módulo, foi elaborado um portfólio, que foi um elemento fulcral no meu desenvolvimento enquanto aluna de especialidade, pois permitiu a constante reflexão e avaliação das atividades realizadas.

O relatório é iniciado com uma RSL e um enquadramento teórico, no qual é realizada uma abordagem à temática dos cuidados atraumáticos e ao modelo concetual com as teóricas de maior relevância. No capítulo seguinte, exponho o meu percurso durante os estágios, tendo em conta a descrição dos serviços, diagnóstico de situação, objetivos específicos com as respetivas atividades, fundamentação teórica e realização de uma análise crítica com alusão às competências adquiridas e desenvolvidas nos 3 módulos. Termina o relatório com alguns aspetos que considere fundamentais para a minha evolução durante o percurso académico. Este relatório também inclui referências bibliográficas e anexos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Revisão Sistemática da Literatura

Fundamentando a pertinência da temática escolhida, foi realizado uma revisão sistemática da literatura .

“As revisões sistemáticas constituem instrumentos valiosos para o clínico permitindo uma abordagem crítica integrada do conhecimento científico orientada para a resposta a uma questão clínica relevante baseada na melhor evidência científica disponível” (MARQUES, et al, 2008:171)

Metodologia:

Esta revisão sistemática da literatura tem como objetivo identificar estudos científicos orientadores para o papel do enfermeiro na prestação de cuidados traumáticos à criança/jovem. Neste âmbito, foi enumerada a seguinte questão: “Quais as vantagens do papel do enfermeiro na prestação de cuidados traumáticos à criança/jovem?”

Esta teve por base a matriz PI[C]OS, tal como se pode verificar na Tabela 1.

Critérios de seleção	
P – Participantes	Crianças e Pais
I – Intervenções	Prestação de cuidados traumáticos
C – Comparação	Não aplicável
O – Outcomes (resultados)	Perceber o papel do enfermeiro na prestação de cuidados traumáticos à criança/ jovem
S – Study (tipo de estudo)	Estudos de natureza qualitativa e quantitativa

Tabela 1 – Protocolo de revisão segundo a matriz PI[C]OS

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos foram: todos os estudos científicos primários encontradas na íntegra, realizados nos últimos 5 anos nas bases de dados EBSCOhost e B-On, com pertinência para a temática; estudos relativos à prestação de cuidados à criança/jovem; com idioma português, inglês ou espanhol.

Como critérios de exclusão: todos os estudos científicos encontrados fora do friso temporal acima referido, escritos em idiomas diferentes aos estabelecidos, estudos científicos que não sejam referentes à criança/jovem e estudos de caso ou revisões da literatura.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOhost e B-On, utilizando os seguintes descritores: *children/* crianças AND *atraumatic /* traumático OR *comfort/* conforto AND *benefit/* benefício AND *nurse /* enfermeiro

Na figura seguinte está descrito o protocolo de pesquisa utilizado com os descritores acima referidos e que respondem à questão proposta.

Figura 1 – Protocolo de Pesquisa

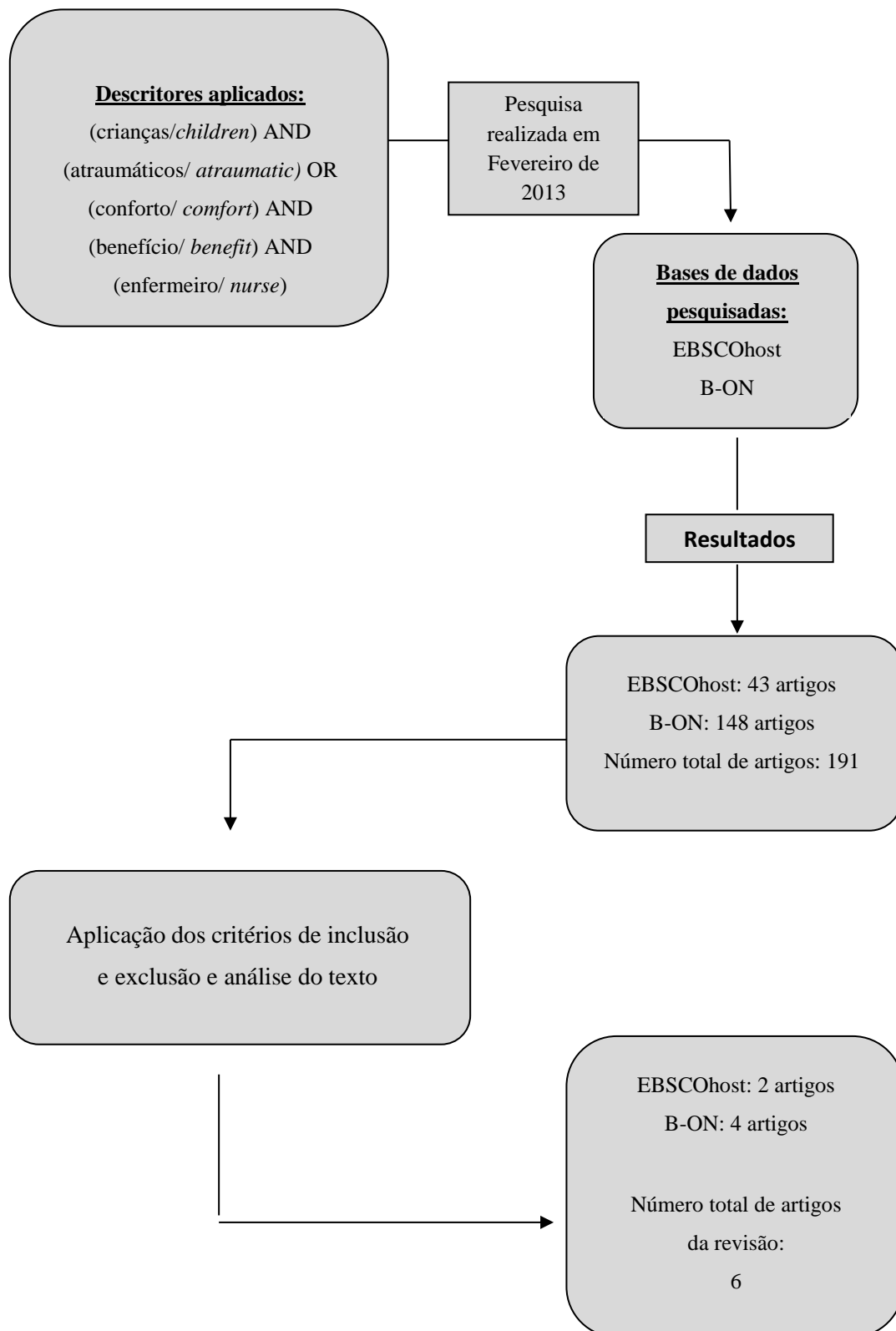


Tabela 2 – Identificação dos artigos

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusão/sugestões
NILSSON Stefan [et al] – Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings. 2012	Estudo randomizado	60 crianças com idades compreendidas entre 5 e 12 anos de idade.	Foram formados 3 grupos (cada um com 20 crianças) no qual utilizaram 3 tipos de cuidados traumáticos e através de uma observação, percebia-se qual o cuidado mais eficaz, quando a enfermeira realizasse o tratamento de uma ferida. O primeiro grupo jogos, o segundo oferta de chupas e um grupo de controle.	A distração ativa, ou seja, o jogo, reduziu as manifestações de dor. Foi observado um maior número de relatos de diminuição da dor durante o jogo do que nos outros grupos.	Os jogos são uma distração ativa, que em comparação com distração passiva, pode levar a uma diminuição na dor e reduzir a ansiedade e medo sentidos pela criança.
LIVESLEY Joan, LONG Tony - Children’s experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. 2012	Estudo etnográfico	A amostra intencional foi composta por 15 crianças (entre os 5 e 15 anos de idade), internadas no serviço de nefrologia na Inglaterra.	O objetivo do estudo foi: desenvolver <i>insight</i> no conhecimento das crianças sobre as suas experiências e interpretações acerca do internamento hospitalar, determinando o que é considerado como voz em trabalho de pesquisa com crianças hospitalizadas. O trabalho de campo, foi realizado em estreita	As ferramentas utilizadas para avaliar e prestar cuidados de enfermagem às crianças não eram os mais adequados, visto que não conseguiram incorporar pontos de vista e competências das crianças. Como resultado, as crianças foram cuidadas pelos enfermeiros como doentes e não indivíduos, sendo consideradas objetos do trabalho do enfermeiro. As crianças que eram menos resistentes e menos capazes de chamar os adultos para	Um modelo de enfermagem mais inclusivo e participativo da prática de enfermagem com crianças é uma necessidade urgente.

			<p>proximidade com as crianças em fases de doença aguda ou angústia, permitindo o reconhecimento de novos insights baseados nas suas experiências.</p> <p>O estudo foi estruturado em duas fases. A primeira foi a fase de reconhecimento, exploração infantil, percepções e retrospectivas sobre a hospitalização. A fase 2, envolveu trabalho de campo em hospital.</p>	<p>ajudar foram mais propensas a receber cuidados mínimos. Apesar de haver um lugar específico para as crianças, havia pouco espaço para as competências das mesmas.</p>	
<p>SOLODIUK Jean C. - Parent described pain responses in nonverbal children with intellectual disability. 2012</p>	<p>Estudo comparativo</p>	<p>Pais de 50 crianças com deficiência intelectual, com idades compreendidas entre os 6 e 18 anos.</p>	<p>O objetivo geral foi observar a avaliação que os pais das crianças com deficiência intelectual, utilizavam para descrever a resposta do seu filho à dor, com o intuito de melhorar a dor, reconhecê-la e preveni-la.</p> <p>Após o preenchimento do consentimento informado, o enfermeiro pediu aos pais para descrever as respostas do seu filho e quer quando não apresentasse</p>	<p>Os resultados deste estudo são congruentes com o modelo social de comunicação da dor. Sete categorias distintas de respostas de dor foram identificados. As respostas de dor relatadas mais frequentemente foram nas categorias de: vocalização (39,4%), social (22,8%) comportamento (21,8%) e as expressões faciais (16%). As crianças com transtornos convulsivos expressam dor através da vocalização. No sexo feminino expressam dor com mais respostas sociais e masculino com mais vocalizações.</p>	<p>A evidência resultados reforçam que os pais podem articular a dor do seu filho. O estudo fornece evidências de uma relação significativa entre o tipo de respostas e gravidade da dor.</p>

			<p>dor aguda, quer quando a criança tinha dor. Os pais eram solicitado a ligar as respostas com um número de 0 a 10 a indicar a gravidade da dor. A colheita de dados incluiu simultânea mas independentes avaliações da dor de pais, enfermeiros e investigador principal ou assistente de pesquisa</p>		
<p>HUFF Lori [et al] – Atraumatic Care: Emla cream and application of heat to facilitate peripheral venous cannulation in children. 2009</p>	<p>Estudo descritivo quantitativo</p>	<p>A amostra é de conveniência e composta por 30 crianças hospitalizadas caucasianas, com idades entre os 8 e 12 anos.</p>	<p>O objetivo deste estudo foi investigar se a aplicação de calor na potencial da zona intravenosa da criança, após a aplicação de creme EMLA™ reduz a vasoconstrição, promovendo um cuidado atraumático Assim, foi realizada uma ecografia vascular medido diretamente a veia antes e 1 hora depois da aplicação do creme EMLA™, bem como 2 minutos após a aplicação de calor.</p>	<p>Após as medições, observou-se que a veia media 0,243 centímetros antes do creme EMLA™, 0,205 centímetros 1 hora após creme EMLA™ e 0,253 centímetros dois minutos depois do calor. Analisou-se uma taxa de sucesso de 80% com a primeira tentativa de inserção IV.</p>	<p>A aplicação de calor, contraria o efeito adverso da vasoconstrição que ocorre com a aplicação do creme EMLA™, aumentando o calibre venoso e as taxas de sucesso na punção.</p>

<p>FESTINI Filippo [et al] – Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. 2008</p>	<p>Estudo quasi-experimental</p>	<p>Foram estudadas 112 crianças e os seus pais</p>	<p>Foram introduzidas fardas multicoloridas em enfermeiras nas duas alas de um hospital pediátrico. Através de questões abertas, foi avaliado o efeito do fardamento não convencional sobre um grupo de crianças hospitalizadas, em comparação com os entrevistados antes da introdução do fardamento. Os pais também foram entrevistados. O objetivo foi testar os efeitos de uma farda colorida, vestuário não convencional, nas crianças admitidas num hospital pediátrico.</p>	<p>A percepção infantil dos enfermeiros com o fardamento não convencional, foi significativamente melhor. Relativamente aos pais, referem uma maior tranquilidade. Para a prática clínica: a utilização de roupas não-convencionais pelos enfermeiros podem contribuir para melhorar a relação criança-enfermeira, que tem o potencial para aliviar o desconforto sentido por crianças devido à hospitalização.</p>	<p>O fardamento não convencional, foi preferido pelas crianças hospitalizadas e seus pais. A sua introdução melhorou a percepção que as crianças têm das enfermeiras. Além disso, os uniformes coloridos melhoraram a percepção dos pais sobre a confiabilidade do enfermeiro.</p>
<p>KORTESLUOMA Riitta-Liisa [et al] – “You Just Have to Make the Pain Go Away”—Children’s Experiences of Pain Managemen. 2008</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Foram estudadas 44 crianças internadas em 4 unidades pediátricas</p>	<p>Os objetivos do estudo foram: descrever as intervenções utilizadas nas crianças e as suas expectativas relativamente à gestão da dor durante o internamento. Identificar as preferências das crianças e expectativas relativamente à</p>	<p>Os resultados indicam que as crianças utilizaram diversas estratégias ao mesmo tempo para lidar com as dores durante a hospitalização. As crianças avaliam a competência e a atenção fornecidas pelos prestadores de cuidados. Ao controlar a dor em crianças hospitalizadas com uma grande diversidade de fontes, a</p>	<p>Espera-se que este estudo proporcione uma melhor compreensão da natureza multidimensional da dor, oferecer-lhes ferramentas para orientar a sua prática.</p>

		<p>ajuda dos cuidadores.</p> <p>Conhecimento dos pontos de vista das crianças e divulgação das suas sugestões sobre resposta à dor.</p> <p>Os dados foram recolhidos através de uma entrevista qualitativa com as crianças. Os dados foram baseados numa análise indutiva de conteúdo.</p>	<p>complexidade da dor é considerada como um fenómeno fisiológico, psicológico, social e cultural que não deve ser negligenciado.</p> <p>Desenvolvimento de uma melhor compreensão das necessidades e expectativas da criança com dor vai ajudar a direccionar intervenções que são eficazes e incorporar cuidados de qualidade na prática de enfermagem.</p>	
--	--	--	---	--

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Uma forma de arte de enfermagem é intitulada de cuidados de conforto que requerem um processo de ações confortantes, bem como o produto de conforto ganho pelos pacientes. (KOLCABA, 1994) Neste sentido, percebe-se que os cuidados atraumáticos destacam-se como uma medida de conforto que o enfermeiro deve prestar e impor na sua prática de cuidados.

Os cuidados atraumáticos têm um grande valor quando a criança tem necessidade de cuidados de saúde (NILSSON, et al, 2012) por isso é fundamental perceber o papel do enfermeiro neste âmbito. Ainda o mesmo autor refere que os jogos são uma distração ativa, que podem não só levar a uma diminuição na dor, como também reduzir o stress da criança. Envolver a criança em brincadeiras, jogos de computador, ouvir música, ver desenhos animados, contar histórias, estimular a criança a ler, brincar com jogos ou conversar com amigos são algumas das atividades que o enfermeiro pode sugerir de forma a aliviar a dor na criança através da distração com a brincadeira. (HOCKENBERRY, 2006)

Hoje em dia, o brincar é um instrumento fundamental para os enfermeiros especialistas na criança, pois além de os aproximar, a criança pode receber informações acerca dos procedimentos e rotinas hospitalares, havendo assim uma promoção do bem estar da criança e sua família. (TAI, 2008)

Por isso é importante que o enfermeiro esteja atento para estes cuidados e mantenha uma actualização constante na sua formação, de forma a conseguir transmitir uma resposta à criança aquando esta tem dor ou está desconfortável. A minimização de dor e ansiedade influenciam futuros medos relativamente aos cuidados de saúde. A distração é uma técnica que desvia a atenção da criança, tornando as experiências menos traumáticas. (NILSSON et al, 2012)

O enfermeiro é o profissional de saúde que passa mais tempo com a criança, mantendo assim uma maior proximidade com esta e com a sua família. Deve ser o primeiro a perceber e a identificar mudanças no comportamento da criança, quando esta tem dor e por isso ter a capacidade de a avaliar corretamente e proporcionar estratégias para o alívio da mesma.(KANAI, 2010)

Os enfermeiros devem estar motivados para compreender a individualidade de cada criança e observá-la personalizando os cuidados de enfermagem. No estudo

realizado por LIVESLEY e LONG (2012), percebe-se que as ferramentas utilizadas para avaliar a prestação de cuidados de enfermagem não eram as mais adequadas e não conseguiram incorporar os pontos de vista e opiniões das crianças ou reconhecer as suas competências. As crianças foram descritas pelos enfermeiros como doentes e não indivíduos e por vezes, os “corpos” das crianças tornaram-se objetos de trabalho do enfermeiro, visto que este não cuida da criança como um ser único e individual. Esta atitude do enfermeiro, leva a um aumento do medo das crianças, tornando o processo de hospitalização mais penoso e doloroso para a criança. Por isso, é fundamental que o enfermeiro avalie a criança/jovem e família como um ser único e individual, proporcionando conforto e bem-estar, tendo em conta todas as suas dimensões.

No que diz respeito a crianças com deficiência cognitiva, também é importante o enfermeiro estar atento às necessidades desta, centrando os seus cuidados em parceria com os familiares da mesma. A evidência do estudo realizado por SOLDUIK (2012), clarifica que os pais podem ser um elemento fundamental na compreensão das crianças. O estudo fornece evidências da presença de uma relação significativa entre o tipo de respostas e da gravidade da dor. Isto leva a uma melhor compreensão da dor da criança e conseqüentemente uma melhor resposta dos profissionais de saúde. Neste sentido, observa-se a importância dos cuidados em parceria, pois assim o enfermeiro tem uma maior aproximação da criança, percebendo as suas necessidades e transmitindo uma resposta adequada.

Outro cuidado atraumático é a utilização de fardamento colorido. Numa investigação realizada por FESTINI, et al (2008) percebeu-se que o fardamento não-convencional foi preferido por crianças hospitalizadas e pelos seus pais. A sua introdução melhorou a percepção que as crianças têm das enfermeiras. Para a prática clínica, a utilização de roupas não-convencionais pelos enfermeiros, podem contribuir para melhorar a relação criança/enfermeiro e tem o potencial para aliviar o desconforto sentido por crianças devido à hospitalização.

As crianças não são exigentes nos métodos de alívio da dor utilizados, mas necessitam que os enfermeiros estejam verdadeiramente interessados no alívio da mesma. Assim, com o desenvolvimento de um melhor e mais informado entendimento das necessidades e expectativas da criança com dor, os enfermeiros irão ajudar a direcionar intervenções que são eficazes e incorporar cuidados de qualidade na prática. O estudo realizado por KORTESLUOMA, et al, (2008), aponta para a importância e vantagens das crianças quando os profissionais de saúde compreendem a sua dor. As

crianças entrevistadas afirmaram que esperavam dos enfermeiros qualidades como a empatia, competência e tempo para aliviar as suas dores. Competência, percebendo a natureza do episódio de dor e incentivando a criança para a seleção de ajudas. Na qualidade de empatia, algumas das crianças não confiam na ajuda dos enfermeiros, por estes não estarem perto o suficiente para fornecer ajuda individualizada, conforme necessário e por vezes os enfermeiros dão explicações teóricas que as crianças não compreendem. A maioria das crianças afirmou ainda que os enfermeiros aliviam a sua dor apenas em caso de emergência e que estavam sempre ocupados. Com este estudo percebe-se as qualidades mais apreciadas pelas crianças e cabe aos profissionais responder às necessidades sentidas para reduzir a ansiedade e medo relativos à hospitalização.

Outra constante preocupação dos profissionais de enfermagem é a dor causada pelas punções venosas. Assim, foi realizado um estudo, com o objetivo de investigar se a aplicação de calor numa potencial zona intravenosa, após a aplicação de creme EMLA™ reduz a vasoconstrição, promovendo assim um cuidado atraumático na criança hospitalizada. Este estudo, visa desenvolver um melhor entendimento acerca das necessidades e expectativas da criança com dor e vai ajudar a direcionar intervenções que são eficazes e incorporar cuidados de qualidade em prática. O autor concluiu que a aplicação de calor contraria o efeito adverso da vasoconstrição que ocorre com a aplicação do creme EMLA™, aumentando o sucesso de punções periféricas. (HUFF, et al, 2009)

A falta de conhecimento dos enfermeiros tem sido relatada como um dos fatores que limitam a utilização das medidas não farmacológicas de alívio da dor na criança e por isso, deve ser adotada uma intervenção educativa de forma a melhorar o conhecimento dos enfermeiros, promovendo a sua prática. (HE, et al, 2010)

Na pesquisa realizada observaram-se as vantagens do papel do enfermeiro no âmbito dos cuidados atraumáticos. Deve haver uma constante investigação desta temática, desenvolvendo novas formas de cuidar da criança/jovem, proporcionando o seu bem estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na revisão sistemática da literatura, observa-se nitidamente o papel fundamental que o enfermeiro desempenha na prestação dos cuidados atraumáticos à criança/jovem. Percebe-se que para haver um completo cuidar da criança, o enfermeiro deve na sua prática olhar para a criança como um todo com necessidades que devem ser satisfeitas e como um membro que pertence a uma família, por isso os cuidados de enfermagem centram-se tanto na família como na criança, um ser com valores, sentimentos, cultura e crenças que devem ser respeitadas e tidas em conta no processo de cuidado.

O enfermeiro é o profissional de saúde que tem um contato mais próximo e prolongado com a criança, por isso, ele desempenha um papel chave na promoção do seu bem-estar. Este deve reconhecer a ansiedade da criança/família causada muitas vezes pelo medo do desconhecido, da possibilidade de separação, dos procedimentos realizados, de modo a promover estratégias de bem-estar que minimizem o sofrimento global da criança/família e, conseqüentemente, o impacto do processo de hospitalização.

Os estudos analisados na RSL demonstram as vantagens do papel do enfermeiro na prestação de cuidados atraumáticos à criança/jovem. Estes métodos interventivos são eficazes e cuidados que as crianças e família beneficiam, proporcionando uma melhor interação e redução dos medos inerentes aos cuidados de saúde.

Neste sentido é importante investigar esta temática e enquanto enfermeira especialista determinar formas de incentivar a equipa para a importância desta prática de cuidados atraumáticos, promovendo cuidados de qualidade.

1.2. Modelo Concetual

Apesar de se valorizar uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumático possível, muitas vezes os cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores e por isso os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, ou seja cuidados atraumáticos. Estes cuidados visam a redução do stress psicológico e físico, com o objetivo de atenuar a dor corporal, para que a criança atinja o bem-estar (TAVARES, 2008). Um dos objetivos dos cuidados atraumáticos é estimular o controlo da criança, reduzindo a angústia psicológica que pode incluir a ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa (HOCKENBERRY, 2006), sentimentos que surgem quando a criança sente algum desconforto (ex.: aquando da hospitalização, quando sente dor, entre outras situações).

Através da medicação adequada a dor da criança é aliviada, no entanto a utilização de medidas não farmacológicas, tem um efeito muito positivo na criança e muitas vezes é apenas necessária uma brincadeira, uma história ou uma canção para a criança reduzir o medo e ansiedade causadas pela hospitalização. (BARROS, 2003) Isto é cuidar da criança de forma única, de acordo com as suas necessidades e capacidades individuais, mobilizando todos os conhecimentos da arte de enfermagem.

As medidas não farmacológicas são seguras, não invasivas, pouco dispendiosas e são intervenções de enfermagem independentes. Os familiares de referência devem ser envolvidos no processo, pois estes podem estar mais familiarizados com as estratégias mais adequadas para a criança. (HOCKENBERRY, 2006)

Para perceber todo o processo inerente aos cuidados atraumáticos, é fundamental fazer uma reflexão em todo o processo de cuidar em enfermagem, tendo em conta todos os seus princípios.

Foram várias as teóricas que contribuíram para os cuidados atraumáticos em enfermagem, como Jean Watson que desenvolveu o conceito de *caring*, reforçando a prestação de cuidados, tendo em conta as várias dimensões da pessoa, Marta Rogers que definiu a enfermagem não só como ciência, mas também como profissão, uma arte e valorizando a pessoa como um ser único. (TOMEY, et al, 2004)

Betty Neumann refere que o enfermeiro deve investigar os comportamentos que geram stress na criança, no intuito de minimizar as variáveis que afetam a mesma. Neuman afirma que a pessoa total tem todas as partes inter-relacionadas e

interdependentes e que a ocorrência de situações de ansiedade provoca reações orgânicas com efeitos fisiológicos, psicológicos, socioculturais e até mesmo ambientais simultâneos. (MARTINS, 2010) A partir do modelo teórico de Neuman, o enfermeiro deve investigar os comportamentos e estímulos que possam gerar ansiedade na criança: fatores interpessoais intrapessoais e extrapessoais e a partir disso propor estratégias de intervenção para manter a linha flexível de defesa da criança e verificar se as intervenções estão a surtir efeito. A realização do cuidado de forma integral e sistematizada, segundo este modelo teórico, pretende minimizar as variáveis que afetam as reações do sistema aos stressores.(MARTINS, 2010)

Todas estas teóricas contribuíram para a evolução dos cuidados atraumáticos cada uma com uma forma diferente de os expressar, mas reforçando que os cuidados atraumáticos variam de indivíduo para indivíduo e que os enfermeiros devem valorizar cada pessoa como um ser único e com necessidades individuais, devendo por isso adequar os seus cuidados individualmente à criança, com o intuito de atenuar o sofrimento desta e promover um desenvolvimento adequado bem como um bem-estar.

Outra teórica com muita relevância para esta temática é Katharine Kolcaba, que desenvolveu o seu estudo sobre a Teoria do Conforto. Esta teórica expôs o conforto através de um diagrama, cujo nome é estrutura taxonómica de conforto e justapôs os três tipos de conforto que são *relief*/ alívio (indica o estado de ter uma necessidade de conforto conhecida), *ease*/ tranquilidade (estado de calma) e *transcendence*/ transcendência (o estado em que cada um consegue superar os problemas ou a dor). Os contextos em que cada conforto ocorre que são o psicológico (mecanismos homeostáticos), psico-espiritual (pertencente à sensibilização interna para auto identificares...), ambiental (pertence aos fatores externos da experiência humana) e sociocultural (pertence às relações familiares...). Ao transpor os três estados de conforto com os quatro contextos em que ele pode ocorrer, obtemos uma grelha de doze células com duas dimensões, designada de estrutura taxonómica do conforto. As doze células da estrutura taxonómica representam os aspectos relevantes do conforto e demonstram a sua natureza holística: qualquer necessidade de conforto de um indivíduo tem um lugar nesta estrutura, e qualquer intervenção de enfermagem direccionada para um aspecto do conforto reflecte-se indirectamente em qualquer outro. (KOLCABA, 2003)

O conforto é assim definido como a experiência imediata de ser fortalecido por apresentar as necessidades de “relief, ease and transcendence” conhecidas dos quatro contextos (psicológico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural). O conforto é um

cuidado holístico e complexo cujo resultado é essencial para os cuidados prestados. (KOLCABA, 2003)

Tendo em conta os fatores acima referidos e o fato da hospitalização ser considerado um fator de grande stress para a criança e família, o conforto torna-se uma medida fundamental para o cuidado pediátrico. (KOLCABA, 2005)

No âmbito do cuidado à criança, a teoria do conforto deve ser direcionada para outro tipo de fatores. No conforto psicológico inclui uma desregulação nos mecanismos psicológicos ou o risco desta acontecer pela doença e pelos procedimentos invasivos e por isso, os enfermeiros devem proporcionar um cuidado o mais atraumático possível, de forma a manter um adequado desenvolvimento da criança. No psico-espiritual inclui a confiança e motivação para a criança e família conseguir ultrapassar o evento de stress. As necessidades ambientais vão de encontro à adaptação da criança e família ao hospital, por isso os enfermeiros devem tentar proporcionar todos os cuidados necessários para atingir o bem-estar da criança e família. Relativamente ao cuidado sociocultural, o enfermeiro deve ter em conta a cultura da criança adequando os seus cuidados de forma a respeitar a criança/jovem e família culturalmente. (KOLCABA, et al, 2005)

Kolcaba acrescenta ainda que existem três tipos de intervenções de conforto: intervenção de conforto padrão para manter a homeostase e o controle da dor; ensino para aliviar a ansiedade, providenciar informação, dar esperança, escutar e ajudar no planeamento da recuperação; e por fim alimentar o conforto da alma que representa todos os cuidados que os enfermeiros prestam que fazem a criança e a família sentirem-se cuidados como uma massagem, imagem guiada. (Kolcaba 2003, citando KOLCABA, 2005)

Embora Kolcaba centre a sua teoria na alteração do estado de conforto, sentida pelo doente após as intervenções de enfermagem, identifica que a arte de enfermagem é o cuidado prestado pelos enfermeiros com criatividade dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar. (APÓSTOLO, 2009)

Tudo isto é o cerne da enfermagem e é esta linha de pensamento e intervenção que pretendo seguir ao longo do relatório, realizando as atividades do estágio, tendo em consideração a teoria do conforto.

2. MÓDULOS DE ESTÁGIO

É imprescindível que os enfermeiros brinquem com as crianças. Estas devem perceber que os profissionais não estão presentes apenas para lhes impor regras e mal-estar (quando estritamente necessário), mas também para sorrir e partilhar as suas alegrias na fase crítica que se encontram. (TAVARES, 2008)

Os cuidados atraumáticos, são uma intervenção independente, com bastante utilidade, é uma área fundamental da enfermagem, que permitem um cuidar eficaz, sem efeitos secundários e que apresenta um grande benefício para a criança, pelo que é imprescindível reforçar a sua relevância aos profissionais de saúde, prestadores de cuidados e educadores. Assim, é importante investir na investigação e formação dos profissionais de saúde nesta área, promovendo a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Tendo em conta o tema da minha pesquisa, os objetivos gerais que delinee para os estágios foram: sensibilizar os profissionais de saúde, crianças, família e educadores no âmbito da pertinência dos cuidados atraumáticos; desenvolver competências em Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito das diversas valências dos cuidados à criança/jovem e família.

2.1. Módulo I

2.1.1. Observação da consulta pediátrica do CMR Alcoitão

No âmbito do módulo I, foi escolhido um local para observar as consultas de enfermagem de saúde infantil, com o objetivo perceber as competências do enfermeiro especialista nesta área. Assim, nos dias 23, 24 e 26 de Abril, tive a oportunidade de perceber o funcionamento das consultas de pediatria do CMR Alcoitão.

Este Centro recebe crianças de Portugal, ilhas e PALOP entre os 3 meses e 18 anos de idade. Apresenta uma equipa multidisciplinar e a consulta de desenvolvimento pediátrico é realizada antes de um provável internamento, para tratamento ambulatorio, após a alta ou para um encaminhamento da criança. A equipa multidisciplinar das consultas é constituída por: 4 médicos, 2 enfermeiros e 1 auxiliar de ação médica.

No primeiro dia, observei uma ação de sensibilização relativamente à prevenção de acidentes rodoviários a 100 adolescentes. Esta formação foi transmitida por uma equipa multidisciplinar e convidaram um cliente do CMR, com 20 anos de idade, que aos 18

anos sofreu um acidente de viação, do qual resultaram sequelas físicas. Os jovens acabaram por se envolver e expor diversas questões relativamente à sua recuperação e causas do acidente, ficando mais sensibilizados e despertados para a segurança rodoviária.

Os restantes dias presenciei as consultas de desenvolvimento da criança. Esta valência apresenta 3 gabinetes médicos, na qual as crianças com alterações de comportamento, de fala, de desenvolvimento, com alterações cerebrais e lesões vertebro-medulares são seguidas. Relativamente aos enfermeiros, têm várias funções fundamentais nas consultas, pois sempre que os pais têm dúvidas vão ter com a enfermeira para serem esclarecidas. São também o elo de ligação entre todos os grupos profissionais, encaminhando a criança e contactando sempre que necessário. Realiza uma avaliação de enfermagem, tendo em conta os sinais vitais, controlo de esfíncteres, observação da pele e uma das atividades mais importantes pela qual a enfermeira é responsável o ensino/reforço de ensinamentos aos pais e criança, sobre diversas áreas como mobilização da criança, cuidados à pele, esvaziamentos vesicais, entre outros. Os enfermeiros apoiam nas ajudas técnicas, ajustando as cadeiras de rodas e talas ao desenvolvimento da criança e realizando ensino quando a criança adquire uma nova ajuda técnica (explicando a função, colocação e cuidados a ter). Outra intervenção desempenhada é de explicar aos pais a realidade em que os filhos vão viver, pois são crianças que muitas vezes têm lesões (congénitas ou adquiridas) irreversíveis e que não irão recuperar, ficando incapacitadas em determinadas atividades e por isso a enfermeira transmite a informação, aconselha, dá alternativas possíveis, dá esperança e trabalha desenvolvendo as capacidades da criança, tornando-a autónoma.

Em 3 dias, percebi o funcionamento das consultas de saúde infantil e a importância do papel do enfermeiro especialista. Este tem a capacidade de mobilizar diversos conhecimentos a nível de gestão, articulando todas as consultas e a equipa multidisciplinar promovendo um cuidado adequado e individual à criança. Promove a esperança, por ser uma referência e alguém que os pais e a criança/jovem conhecem e sentem empatia, possibilitando assim cuidados holísticos e a constante promoção de saúde. Tem em atenção o cuidar em parceria, inculcando sempre a autonomia não só da família como também da criança/jovem, para que esta cresça e desenvolva de uma forma saudável, tornando-se um adulto autónomo e com capacidade de resposta, mesmo com limitações.

Observei também que a enfermeira especialista tem um alargado conhecimento na área de reabilitação, conhecendo e adequando as diferentes ajudas técnicas necessárias.

Constatei ainda, neste curto período de tempo, que o enfermeiro especialista é um elemento fundamental, por ter a capacidade de observar a criança/jovem, perceber as suas necessidades e encaminhá-la para as diferentes valências que necessita (fisioterapia, terapia da fala, entre outros).

Percebo assim, que um enfermeiro especialista nas consultas de saúde infantil deve apresentar um conhecimento teórico e prático alargado, tendo a capacidade de mobilizar saberes de diferentes áreas, refletindo criticamente, ser empático e comunicar com a criança/jovem e família de uma forma realista e promotora de esperança e trabalhando em parceria, promovendo sempre a saúde e bem-estar.

2.1.2. Unidade de Saúde Familiar Abraçar Queluz

O módulo I, continuou posteriormente na Unidade de Saúde Familiar Abraçar Queluz. Esta é constituída por 2 unidades a Mãe de Água e Mactamã, que é o local onde se encontra a sede e estão integradas as direções de enfermagem e clínica e o conselho executivo. À unidade de Mactamã pertencem 5 extensões (Unidade de Cuidados na Comunidade): a de Casal de Cambra (local da minha intervenção), Belas, Queluz, Monte Abrão e Lusíadas.

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de acesso dos cidadãos ao Serviço Nacional de Saúde e assumem importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde e de ligação e articulação com outros serviços para a continuidade de cuidados. (DIÁRIO DA RÉPUBLICA, 2012)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 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, ...), promove 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, 2010)

Uma USF, tem um papel fundamental, por estar próximo da população, permitindo aos profissionais de saúde conhecer a família e de toda a comunidade em geral intervindo sobre ela. Na USF Abraçar Queluz, existe uma vasta equipa de enfermagem que presta cuidados na comunidade. A Enfermeira Especialista que orientou o meu estágio, é uma das 3 enfermeiras responsáveis pelo departamento de Saúde Escolar, sendo responsável pela área de Casal de Cambra. Assim, no âmbito da temática dos cuidados atraumáticos, senti a necessidade de realizar um projeto junto das crianças, família, profissionais de saúde e educadores de forma a promover esta prática.

A dor na idade pediátrica foi durante muito tempo ignorada e ainda hoje tende por vezes a ser desvalorizada pelos profissionais de saúde. Até há pouco tempo era frequente afirmar-se que a criança sentia menos dor que o adulto ou que só numa idade avançada os estímulos dolorosos eram percebidos pela criança, devido à falta de mielinização e imaturidade de conexões sinápticas. Atualmente, sabe-se que existe uma componente afetiva mais associada às queixas álgicas na criança, a ansiedade e o medo.

Estes fatores aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor, uma vez que o desenvolvimento cognitivo é determinado pela forma como a criança tem capacidade para perceber, interpretar e reagir face a situações dolorosas. Hoje em dia atribui-se uma grande importância à dor da criança, valorizando-se as consequências que esta tem para o desenvolvimento e saúde da mesma. (BARROS, 2003) Nesta perspectiva, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, pois são os profissionais de saúde mais próximos e que melhor compreendem e sabem avaliar a criança, percebendo os cuidados de que esta necessita.

Em termos da dimensão física do conforto, no âmbito da vacinação, pode constatar que os profissionais de saúde da USF não dispunham de nenhum procedimento instituído relativamente ao alívio da dor no momento da administração de vacinas. Como não poderemos evitar o desconforto sentido pelo ato de vacinar, podemos recorrer a uma série de estratégias para superar este desconforto e aliviar a dor sentida.

Um aspeto importante é o benefício da promoção de cuidados atraumáticos ao bebé, nomeadamente a utilização de substâncias adocicadas por via oral, a sucção não nutritiva, a amamentação, o contato pele-a-pele, o método Canguru e a diminuição da estimulação tátil. (DOCA, 2010) O conhecimento relativamente ao alívio da dor, é um constante desafio quer para os profissionais de saúde, quer para os prestadores de cuidados da criança. É por isso importante, realizar uma pesquisa aprofundada e dar a conhecer aos cuidadores estas medidas, promovendo o bem-estar da criança. As medidas não farmacológicas de alívio da dor não substituem as farmacológicas, no entanto representam uma grande ajuda no que diz respeito à dor ligeira a moderada. Estas medidas não apresentam efeitos secundários e a criança pode ter uma ação autónoma. (BATALHA, 2010) Para responder a esta problemática, foram realizados os seguintes objetivos e atividades respetivas: implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança e família que implica o conhecimento dos enfermeiros acerca dos cuidados atraumáticos, com a realização de um cartaz informativo acerca dos cuidados atraumáticos à criança, para colocar na sala de vacinação do Centro de Saúde de Casal de Cambra. Promover a adesão de cuidados atraumáticos aos familiares da criança/jovem, através da elaboração de dois folhetos, dando a conhecer aos familiares estratégias de alívio da dor na criança, utilizando medidas atraumáticos; outra atividade estabelecida foi a realização de uma ação de formação acerca do aleitamento materno, expondo os seus benefícios para o bebé, na promoção do bem estar e alívio da dor no curso de preparação para a parentalidade.

Para perceber a pertinência do cartaz informativo e do folheto para colocar na UCC, realizei um questionário à enfermeira responsável pela saúde infantil, identificando assim a aplicação de cuidados atraumáticos aquando dos procedimentos dolorosos. (Anexo I)

O cartaz informativo foi afixado na sala de vacinação e nele estavam descritos os cuidados atraumáticos referentes às diferentes faixas etárias da criança. Como até ao primeiro ano de vida as crianças são expostas à dor, por serem submetidas a um maior número de vacinas e a dor pelas cólicas no primeiro mês de vida, considerei pertinente a realização de folhetos de carácter informativo, para estimular os pais a aliviar a dor no bebé, utilizando métodos não farmacológicos e eficazes. Um aspeto importante é o benefício da promoção de cuidados atraumáticos ao bebé, nomeadamente a utilização de substâncias adocicadas por via oral, a sucção não nutritiva, a amamentação, o contato pele-a-pele, o método Canguru e a diminuição da estimulação tátil. (DOCA, 2010)

Passado cerca de 3 semanas da colocação do cartaz informativo e entrega dos folhetos aos pais, deslocámo-nos novamente ao Centro de Saúde de Casal de Cambra de forma a perceber o impacto dos mesmos. A enfermeira referiu que o cartaz informativo foi do seu agrado e que ficou mais desperta para a prática destes cuidados. Referiu que já praticava algumas medidas, embora outras viessem a ajudar, tendo apresentado algumas mudanças na sua prática. Relativamente à avaliação do folheto: segundo a enfermeira os folhetos levaram a uma maior sensibilização por parte dos cuidadores, promovendo assim o bem estar do latente.

A amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida é um enorme benefício para o bebé, pois previne doenças gastrointestinais, respiratórias; é o alimento com os nutrientes necessários e indispensáveis. (WHO, 2012 a) Pelos inúmeros benefícios do aleitamento materno, é fundamental que o enfermeiro facilite o conhecimento desta prática aos pais, contribuindo para um aumento de competências neste âmbito e promovendo o aleitamento materno como elemento promotor de saúde e bem estar da criança. Assim, foi proposta a realizada uma ação de formação, de 120 minutos, a 6 grávidas, entre os 23 e 38 anos (no curso de preparação para a parentalidade), que pertencem à USF Abraçar Queluz. Foram expostos diversos aspetos inerentes à amamentação, desmistificados mitos e esclarecidas inúmeras dúvidas. Foi uma ação de formação teórico-prática, na qual além de uma apresentação expositiva, as formandas experimentaram os diversos materiais e treinaram este processo, de forma a incentivar

esta prática e delineando estratégias facilitadoras da manutenção da amamentação. (Anexo II)

A formação foi dinâmica e informativa e após a atividade as formandas preencheram uma folha de avaliação relativamente à ação formação. Todas as participantes afirmaram que a formação foi do seu agrado, avaliando no nível 4 (nível de 1 a 4) e que a recomendariam a outras grávidas. Sublinharam que desmistificaram os medos e receios da amamentação; que é uma formação muito útil e necessária; que aumenta o conhecimento e segurança dos pais; e aumentou os conhecimentos na área.

Outra área de intervenção da USF e pela qual a Enfermeira orientadora é responsável, é o Jardim de Infância de Casal de Cambra. Após a visita ao local, percebi a necessidade de intervir, junto das auxiliares de ação educativa, relativamente à temática dos primeiros socorros, visto que estas referiam ter muita dificuldade em agir perante uma situação aguda de saúde da criança. Assim, considerei pertinente realizar o seguinte objetivo e atividade: desenvolver um plano assistencial à criança que envolve a formação das educadoras sobre os primeiros socorros à criança, com a apresentação de uma ação de formação a 6 auxiliares de ação educativa do Jardim de Infância de Casal de Cambra, sobre primeiros socorros, mas apontando os cuidados atraumáticos como foco principal de intervenção. (Anexo III)

A ação de formação foi dividida em 2 dias, com duração de 90 minutos diários e considerei pertinente abordar este tema, demonstrando casos práticos para as formandas responderem, tornando a formação prática e interativa.

Após o preenchimento do questionário de satisfação, considero que a ação de formação foi útil e relevante para a prática. Algumas formandas afirmaram que se sentem mais confiantes por terem sido abordados casos práticos, com os quais elas lidam diariamente, sendo por isso, a formação, uma mais valia para o bem estar da criança. Relativamente às sugestões, duas formandas indicaram a pertinência de realizar uma formação aos pais das crianças.

Foi realizado um estudo, por BLOCH, et al (2008), com o objetivo de examinar os efeitos do "Teddy Bear Hospital" em crianças pré-escolares com o intuito de reduzir medo da hospitalização no futuro. As crianças relatam vários tipos de medo no contexto da hospitalização, como o medo da separação da família, das punções venosas e exames, em permanecer no hospital por um tempo alargado e pelas "más notícias" sobre a sua saúde. O grupo de estudo foi composto por 41 crianças pré-escolares de 3-6,5 anos e 50 crianças pré-escolares, com a mesma idade e de uma área residencial similar, que

serviu como grupo de controle. A avaliação incluiu um simples item de escala visual analógica de ansiedade sobre o internamento. Isto foi avaliado individualmente um dia antes da intervenção e novamente uma semana após a intervenção, em ambos os grupos. Os resultados obtidos revelaram que embora os níveis basais de ansiedade não foram diferentes entre os grupos, as crianças do grupo do "Teddy Bear Hospital", relataram níveis significativamente mais baixos de ansiedade do que o grupo controle. Isto indica que, um encontro sem dor e com um ambiente médico, sob a forma de um "Teddy Bear Hospital", pode-se reduzir a ansiedade da criança sobre a hospitalização.

Ainda o autor acima referido, afirma que o "Teddy Bear Hospital" promove uma preparação sensorial contra situações ameaçadoras para a criança e que esta reduz a ansiedade sobre determinados procedimentos que são imprescindíveis no meio hospitalar, ajudando também os profissionais de saúde a terem melhores resultados. (BLOCH, et al, 2008)

Envolver a criança em brincadeiras, jogos de computador, ouvir música, ver desenhos animados, contar histórias, estimular a criança a ler, brincar com jogos ou conversar com amigos são algumas das atividades que o enfermeiro pode sugerir de forma a aliviar a dor na criança através da distração com a brincadeira. (HOCKENBERRY, 2006)

Hoje em dia o brincar terapêutico, é considerado um instrumento fundamental para os enfermeiros especialistas na criança, pois além ajudar no estabelecimento de uma relação, funciona também como um meio informativo, no qual o enfermeiro pode explicar os procedimentos e rotinas hospitalares, havendo assim uma promoção do bem-estar da criança e sua família. (TAI, 2008)

A brincadeira permite à criança extravasar os seus sentimentos. A presença de bonecos e/ou roupas para se fantasiarem, leva, através da brincadeira, os profissionais de saúde mostrar o que vai acontecer desmistificando procedimentos que se realizam. (TAVARES, 2008)

Tendo em conta estes aspetos, considerei pertinente a realização de um role playing na escola primária de Casal de Cambra. O objetivo e atividade realizados foram: minimizar o impacto da hospitalização da criança, reduzindo o medo e ansiedade da mesma, através da realização de sessões de *role playing*, com a participação de 66 crianças do primeiro ano da escola de Casal de Cambra. (Anexo IV)

Para conseguir responder às necessidades individuais de cada criança, foi efetuada uma turma por dia (24, 25 e 28 de Maio), que era dividida em grupos de 7 a 8 crianças e foi realizado um *role playing* simulando um ambiente hospitalar.

Para avaliar esta atividade, foi preenchida uma grelha de avaliação pelas crianças, na qual colocavam uma x na escala de faces e realizavam um desenho acerca do hospital. Faço um balanço positivo desta ação de formação às crianças. Foi observado, após a análise dos resultados, que o objetivo foi concretizado e que a maioria das 66 crianças que participaram na atividade parece ter reduzido o seu medo e ansiedade após brincar no “Hospital dos Bonecos”, tendo sido apresentada uma diferença significativa da perceção do hospital antes e após o *role playing*.

Tendo em conta o meu desenvolvimento e formação enquanto futura enfermeira especialista, considereei pertinente delinear o seguinte objetivo: apoiar a enfermeira especialista no âmbito da promoção de saúde primária, através da participação em projetos propostos pela enfermeira especialista.

Neste âmbito, juntamente com a enfermeira orientadora, foi elaborado um cartaz informativo sobre os maus tratos à criança, para colocar na USF, com o objetivo de alertar os profissionais de saúde e clientes para esta temática. (Anexo V)

Assisti a uma formação na CPCJ, que se realizou no dia 30 de Maio, e tinha como objetivo informar os enfermeiros que exercem funções na comunidade sobre a temática dos maus tratos de forma a prevenir, proteger e evitar o perigo de crianças e jovens em risco. Após a formação foi realizada uma reflexão sobre a temática. (Anexo V)

Juntamente com alguns alunos de uma Escola Secundária de Casal de Cambra, realizámos uma banca da saúde, na qual foi feito o ensino acerca das avaliações de glicémia capilar e da tensão arterial aos alunos, para estes posteriormente avaliarem aos professores, auxiliares de acção educativa e restantes alunos da escola, promovendo uma adequada alimentação. (Anexo VI)

Particpei ainda numa aula do curso de preparação para a parentalidade relativamente aos ensinamentos dos cuidados de higiene e conforto ao bebé. (Anexo VII)

Nos primeiros dias de Estágio, apresentava sentimentos de insegurança e receio por me encontrar a vivenciar uma realidade profissional completamente diferente da minha actividade laboral, porém, ao longo da primeira semana, esses sentimentos desvaneceram-se gradualmente, com o apoio da enfermeira orientadora e perceção do trabalho realizado. Ao longo dos turnos comecei a perceber o funcionamento da USF e

o papel desempenhado pela enfermeira especialista, que apresenta um papel fundamental junto da comunidade.

O estágio foi muito benéfico e enriquecedor, enquanto futura enfermeira especialista, não só por ter sido uma área que desconhecia, como também por perceber a essência dos cuidados de saúde primários e o envolvimento apresentado pelas enfermeiras que mobilizam saberes e articulam a equipa multidisciplinar e os recursos da comunidade, para promover o bem-estar das crianças/jovens e família.

Assim, seguidamente descrevo as competências enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, que adquiri/desenvolvi durante o estágio, tendo em conta os objectivos e actividades realizadas.

Gestão dos cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, através da intervenção, melhorando a informação para o processo de cuidar com a realização dos cartazes informativos, folhetos e ações de formação. Suportar uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ou seja, após a realização de um diagnóstico de situação, foram elaborados objectivos e actividades, de forma a responder às necessidades sentidas e observadas.

Assistência da criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, através da negociação e participação da criança/jovem e família no processo de cuidar; comunicação com a criança tendo em conta a sua faixa etária, desenvolvimento de treino e ensino especializado e individual à criança/jovem e sua família, facilitando o desenvolvimento para aquisição de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. Estas competências foram desenvolvidas maioritariamente com o *role playing*, actividade que foi adequada ao desenvolvimento das crianças; gestão de programas de saúde escolar, com o benefício que as actividades realizadas podem continuar em vigor, por terem apresentado relevância no âmbito da promoção de saúde e terem sido bem aceites pelas crianças; sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção, com a realização do cartaz informativo dos maus tratos e ter assistido à formação da CPCJ. Prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, através da aplicação de conhecimentos e habilidades de medidas não farmacológicas de alívio da dor. Prestação cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/ jovem através da promoção da amamentação,

envolvimento dos pais no cuidado ao recém-nascido, através da participação do curso de preparação para a parentalidade. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

2.2. Módulo II – Serviço de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

O Serviço Pediatria do HFF tem uma estrutura arquitetónica constituída por duas alas A e B. A ala A apresenta uma sala de adolescentes, uma arrecadação, uma sala da Enfermeira Chefe, uma sala de trabalho, uma sala de tratamentos, 7 quartos e 6 enfermarias com 17 camas. Na ala B estão as casas de banho para os pais e crianças, um refeitório para as crianças, os vestiários dos enfermeiros, uma sala dos médicos, uma sala de trabalho, uma sala de tratamentos, a copa, 5 quartos, 3 enfermarias com 12 camas, uma unidade de cuidados intermédios com 6 camas e uma sala de “sujos” (com os resíduos hospitalares).

O Serviço de Pediatria destina-se ao internamento de crianças, dos 0 aos 17 anos, de diversas especialidades médicas e cirúrgicas, sendo o objetivo deste serviço prestar os melhores cuidados de saúde, tentando preservar o bem estar da criança/jovem e da sua família.

Enquanto enfermeiros devemos atender que a criança não só pela sua condição humana, mas pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável, fato que não deverá impedir o interesse e compreensão da sua vontade, consagrando-se o maior respeito e o dever de lhe proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como os principais promotores desse desenvolvimento. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010)

Como este módulo foi realizado em contexto de trabalho, já havia adquirido algumas competências de Saúde Infantil e Pediátrica, ao longo do meu percurso profissional. No entanto, observei e prestei cuidados de enfermagem, tendo em consideração uma prática reflexiva e transferindo os conhecimentos adquiridos nos módulos anteriores.

Sendo um serviço com uma grande diversidade de diagnósticos, abrangendo diversas especialidades, considerei desde cedo a necessidade de desenvolver conhecimentos relativos às diferentes patologias, bem como ao desenvolvimento da criança, tendo em conta as suas diferentes faixas etárias. Diariamente desenvolvo competências no âmbito da comunicação, relação, promoção de saúde, ensino, promoção de esperança, entre outras. Ainda pela diversidade cultural presente no Hospital em questão, houve uma necessidade de investigar sobre a diversidade cultural, prestando cuidados de saúde multiculturais.

Tendo em conta a Carta da Criança Hospitalizada, deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável e a dor deve ser reduzida ao mínimo.

Segundo KOLCABA, et al (2005), a aplicação da teoria do conforto, fortalece e satisfaz o cuidado pediátrico, por isso é importante como futura enfermeira especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, investir nesta prática de cuidados, incentivando também a restante equipa.

O hospital é encarado como um lugar misterioso e por vezes como fonte de stress. Seja qual for o motivo da hospitalização, exige da criança o estabelecimento de novas relações com os outros e consigo mesma. Por isso, a brincadeira é uma ótima forma de as auxiliar a libertar o stress e medo, evitando assim os efeitos nefastos que a hospitalização pode acarretar. (TAVARES,2008)

Nesta perspetiva delineei uma forma de sensibilizar os enfermeiros e os familiares da criança, para a importância da utilização de cuidados atraumáticos, com o objetivo de contribuir para a adesão dos cuidados atraumáticos à criança/jovem e família. Por isso realizei 2 cartazes informativos e um “kit sem dor”. No primeiro exponho os cuidados atraumáticos que podem ser aplicados à criança/jovem, consoante a sua faixa etária. Este cartaz ficará afixado nas salas de tratamentos, para que durante os procedimentos dolorosos, os enfermeiros fiquem mais atentos para a sua utilização. (Anexo VIII)

A brincadeira não deve findar quando a criança é hospitalizada, pois é essencial ao seu desenvolvimento e bem-estar mental, emocional e social. (ORDEM DOS ENFERMEIROS,2008) Assim, o segundo cartaz, vai ser colocado no corredor da pediatria e nele vão constar as brincadeiras mais adequadas à faixa etária da criança. Isto irá contribuir para o conhecimento dos pais, de forma a promover o brincar e conseqüentemente um favorável desenvolvimento da criança. Através da brincadeira a criança aprende, obtendo conhecimentos sobre o seu mundo e como lidar com o ambiente. A brincadeira é o *trabalho* da criança, e ao brincar ela consegue comunicar e alcançar relacionamentos satisfatórios com outras pessoas. (HOCKENBERRY, 2001) É por isso importante, que os enfermeiros incentivem não só a equipa de saúde, como também os pais das particularidades da criança nas diferentes faixas etárias e das suas brincadeiras, para poderem adequar a sua abordagem e contribuir para um favorável desenvolvimento da criança.

Ainda neste âmbito, irá ser colocado, na sala de tratamentos, um “kit sem dor” com objetos adequados às várias faixas etárias da criança, para os enfermeiros poderem utilizar como forma de distração da criança/jovem, durante os procedimentos.

Para avaliar esta atividade, foram observados os cuidados de enfermagem a 31 crianças/ jovens antes, durante e após os procedimentos dolorosos, sendo 11 recém-nascidos até 1 ano, 7 toddlers e pré-escolares, 7 escolares e 6 adolescentes. Percebe-se que embora os enfermeiros estejam despertos para alguns cuidados atraumáticos, não aplicam muitos deles, por isso os cartazes informativos e o kit são sem dúvida uma mais-valia para a criança.

TAVARES (2011), realça o papel do enfermeiro como fundamental no processo do acolhimento, por ser este profissional que acolhe e recebe a criança aquando a sua chegada ao serviço, pelo que deverá ter conhecimentos que sustentem uma adequada preparação.

O acolhimento, tem como finalidade apoiar a criança e a família na diminuição de quaisquer sentimentos negativos que possam surgir, bem como dar oportunidade à enfermeira para desmistificar questões inerentes ao funcionamento de serviço e da própria instituição, transmitindo assim uma maior segurança. (TAVARES, 2011 citando Ferreira e Valério, 2003) Por isso, delineei como objetivo: contribuir para a promoção de um adequado acolhimento à criança/jovem e família. É fundamental que o enfermeiro determine formas de uniformizar os pontos-chave para um adequado acolhimento ao serviço, promovendo uma diminuição da ansiedade da criança e família devido à hospitalização. Assim a atividade realizada foi um guia para colocar na sala de trabalho, com os aspetos fundamentais e que devem ser abordados pelo enfermeiro durante o acolhimento. Para avaliar este objetivo foi realizado um questionário a 22 enfermeiros do serviço de pediatria. Percebe-se que embora estejam despertos para a realização de um adequado acolhimento, sentem que é fundamental a fixação de um guia para lembrar como proceder. (Anexo IX)

A hospitalização proporciona à criança/jovem e família uma situação desagradável, sendo por isso importante utilizar estratégias que promovam um bem-estar e atenuem as consequências da hospitalização. Atualmente dispomos de conhecimentos suficientes para desenhar um quadro bastante claro sobre as consequências negativas da hospitalização durante a infância e adolescência, porém muitas vezes esta situação não pode ser evitada. (BARROS,2003) Uma das medidas utilizadas para reduzir o desconforto é o ambiente e segundo BATALHA (2010), a prevenção e tratamento da dor passam pela criação de um ambiente de bem-estar para a criança e família. Decoração e mobiliário que conduzam a uma atmosfera mais confortável e orientada para as necessidades da criança e família.

O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponde às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, no aspeto do equipamento, pessoal e segurança. (CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA)

Quando nos imaginamos a entrar num hospital, sentimos o silêncio, calma, o branco, frio, o sofrimento de quem está doente, aparelhos grandes e assustadores e por vezes ruídos que não compreendemos porque acontece. Ao imaginar este retrato aos olhos de uma criança. Para ela, em que tudo é cor, alegria, sorrisos, imaginação, fantasia e brincadeira, pode-se supor o quanto assustador poderá ser. (TAVARES, 2011)

Uma preocupação constante da equipa de enfermagem é o quarto de isolamento da pediatria (quarto 23 – pressão negativa), visto que normalmente as crianças que permanecem nesse quarto têm diagnósticos que levam a uma hospitalização mais prolongada (como tuberculose pulmonar). O objetivo foi contribuir para a promoção de um ambiente terapêutico, no serviço de pediatria, para minimizar os efeitos da hospitalização da criança e família, através da alteração do quarto de isolamento. Assim, adquirei patrocínios, de forma a decorar o quarto, para se tornar um local mais agradável para a criança/jovem e assim reduzir o impacto da hospitalização, tendo em conta a opinião da equipa multidisciplinar. (Anexo X)

Além de uma intervenção direcionada para o conforto social, senti necessidade de atuar ao nível do conforto físico, através da utilização da transformação do ambiente físico do quarto de isolamento. Para Kolcaba (1994), esta dimensão do conforto diz respeito ao cenário externo da experiência humana (luz, ruído, temperatura, ambiente, cor). Assim com esta atividade, proporcionei o conforto da criança/família, humanizando o espaço envolvente aos cuidados de enfermagem com cores e imagens atrativas, visto que o quarto apresentava um ambiente hostil e pouco adaptado a criança/família.

Foi realizado um estudo por JESUS, et al (2010), no qual foi avaliada a opinião de 54 acompanhantes de crianças submetidas a tratamento de quimioterapia (com idade média 6,2 anos), sobre a influência das atividades lúdicas realizadas para as crianças e do ambiente físico colorido e cheio de brinquedos. Assim a opinião dos acompanhantes foi em 50 % que a criança fica mais distraída e esquece o procedimento e o hospital, em 37 % influencia o humor da criança, acalma, tranquiliza, pára de chorar alegre, diminui o stress e diverte-se. Logo de seguida, com 16,7 % os acompanhantes revelaram que aquele ambiente hospitalar ameniza o sofrimento da criança e esta esquece a dor e a

doença. Conclui-se assim que um ambiente colorido e com brincadeira têm uma influência positiva no tratamento da criança e no seu estado de bem-estar.

Segundo a DGS (2010), a dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, atualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças.

O controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada. (DGS, 2010)

Nesta linha de pensamento, outro objetivo é contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente à dor da criança/jovem e as medidas mais eficazes de alívio da dor da mesma. (Anexo XI) A preocupação com a dor das crianças resulta da perceção que estas têm da mesma, pois guardam memória da dor e se esta não é tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários. (DGS, 2010) A dor na criança hospitalizada não pode ser negada pelas inúmeras fontes de dor existentes (como atos terapêuticos e de diagnóstico, doenças). Apesar de se saber pouco acerca da epidemiologia da dor das crianças, estima-se que as taxas de prevalência possam em alguns casos ser superior a 90 %. A necessidade sentida a nível ético, moral, fisiológico, social e até mesmo económico levou a comunidade científica a uma melhor avaliação e controle da dor na criança. Atualmente, o desafio relativo a esta temática é a sensibilização e formação dos profissionais de saúde. Por isso, a formação e a criação de protocolos, melhoram as práticas ao facilitarem a comunicação e consequentemente o planeamento de cuidados. (BATALHA, 2010)

Neste sentido e tendo em conta que é um serviço com especialidade médica e cirúrgica, ou seja, surgem inúmeras situações de dor na criança, pensei em criar um grupo de dor que em conjunto trabalhasse essa área específica, delineando projetos para aplicar no serviço e melhorar os cuidados de enfermagem prestados e o bem-estar da criança e família. O grupo tem como objetivo transmitir informação e perceber as necessidades individuais de cada enfermeiro e as lacunas existentes, para se poderem prestar cuidados de qualidade tendo em conta o adequado desenvolvimento da criança.

No serviço de internamento pediátrico existem inúmeras situações na qual a criança manifesta queixas álgicas e os profissionais de saúde necessitam conhecimentos, selecionando estratégias de prevenção e tratamento da dor, pois só desta forma poderão promover o bem-estar da criança. Por isso, irá ser formado um grupo de enfermeiros responsáveis por esta temática, introduzindo dados a nível informático e realizado um dossier de pesquisa que poderá ser consultado para facilitar e motivar os profissionais a conhecer formas adequadas de avaliar, prevenir e aliviar a dor, consoante o desenvolvimento da criança.

Considerando a dor um evento que gera impacto na qualidade de vida da criança, é extremamente importante a sua avaliação para que o profissional de enfermagem possa além das medidas farmacológicas, utilizar também as medidas não farmacológicas com segurança. É necessário, que os enfermeiros conheçam todos os métodos não farmacológicos disponíveis e os apliquem de forma adequada, reavaliando e registando periodicamente a intensidade da dor, de forma a melhorar a eficácia do manuseio da dor da criança. (FRANCISCHINELLI, 2009)

A aplicabilidade das medidas não farmacológicas de alívio da dor têm estado a ser estudadas e demonstram a sua utilidade. Embora não substituam as intervenções farmacológicas, têm uma ação no tratamento da dor ligeira e moderada e são amplamente reconhecidas pelas crianças. As grandes vantagens destas medidas são de não apresentarem efeitos secundários e a criança ter uma ação autónoma. (BATALHA, 2010) No âmbito desta temática, observei que os enfermeiros apesar de muitas vezes aplicarem medidas não farmacológicas, estas não eram descritas nos registos de enfermagem, sendo esta uma medida fundamental para que toda a equipa perceba a melhor forma de aliviar a dor da criança. Assim foram descritas (através de uma pesquisa bibliográfica) as medidas não farmacológicas de alívio da dor referentes às diferentes faixas etárias para aplicar no sistema informático (*soarian*), lembrando os enfermeiros de completar esse campo, quando pertinente.

Os enfermeiros, não são responsabilizados pelo não registo das medidas não farmacológicas de alívio da dor, por isso a sua utilização na prática é em grande parte desconhecido. (BATALHA, 2010) Neste sentido delineei um objetivo para colmatar esta lacuna: Incentivar os enfermeiros a avaliar, prevenir e aliviar a dor na criança/jovem. (Anexo XVIII)

A atividade que desenvolvi foi criar, a nível informático (*soarian*), um item de avaliação para identificar a dor da criança e as medidas não farmacológicas que são aplicadas.

Para perceber, junto da equipa de enfermagem, o impacto desta atividade, foi realizado um questionário aos enfermeiros. Constatou-se que dão uma grande importância à dor da criança e que utilizam medidas não farmacológicas, no entanto muitos não escrevem nos registos de enfermagem, por isso essa informação não é transmitida entre a equipa. Quanto à pertinência de um grupo da dor, foi unanime a importância do mesmo.

Durante os módulos anteriores adquiri e desenvolvi diversas competências que são fundamentais para a minha prática profissional e considero que tive a capacidade de transpor as competências adquiridas e prestar cuidados de enfermagem de qualidade, tendo em conta a especificidade dos cuidados à criança/jovem e família.

Assim sendo, as competências inerentes a este módulo de estágio foram: Desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção, tendo em conta que a resolução dos problemas são desenvolvidos em parceria com o cliente, pois, apesar de ser um serviço que sempre incutiu uma parceria de cuidados, como aluna de especialidade, considero que possuo uma capacidade de reflexão mais profunda na minha tomada de decisões. Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, protegendo os direitos da criança e jovem, por apresentar um pensamento mais maduro e tendo sempre em conta o benefício da criança e família. Desenvolvimento de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e criação de um ambiente terapêutico e seguro com a participação em estratégias de melhoria da qualidade, tendo em conta as atividades realizadas. Gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Adaptação, liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, através da negociação de recursos adequados à prestação de cuidado de qualidade, como a mudança do quarto de isolamento que proporciona à criança/jovem e família um maior bem-estar. Desenvolvimento de conhecimento e assertividade através da construção de processos de ajuda à criança. Realização de uma prática especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, com a contribuição para o

conhecimento novo e desenvolvimento da prática clínica especializada, tendo em conta uma visão futura no desenvolvimento de um grupo da dor para que cada vez mais, os enfermeiros estejam despertos para a avaliação, prevenção e alívio da mesma.

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica: assistência da criança/jovem com a família na maximização da sua saúde através da negociação e participação da criança/jovem e família no processo de cuidar; comunicação com a criança tendo em conta o seu nível de desenvolvimento, desenvolve treino e ensino especializado e individual à crianças/jovem e sua família, facilitando a aquisição de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, como a promoção da brincadeira. Cuidar da criança/jovem e família em situação de especial complexidade, através da aplicação de conhecimentos e habilidades de medidas não farmacológicas de alívio da dor. Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/ jovem através da promoção da amamentação, envolvimento dos pais no cuidado à criança.

Em suma, o enfermeiro especialista deve ter em atenção o brincar como uma responsabilidade profissional, tendo como linhas orientadoras as seguintes competências: promoção de práticas de cuidados que representem os direitos humanos, sendo o brincar considerado um direito da criança; criação, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; participação na assistência da criança na maximização da sua saúde; prestação de cuidados à criança nas situações de especial complexidade nomeadamente no alívio da dor e por fim prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

2.3. Módulo III

2.3.1. Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

O SUP é constituído por: uma sala de espera, duas salas de triagem, uma sala de tratamentos, uma sala de realização de inaloterapia, três gabinetes médicos, um SO com capacidade de ocupação para seis crianças, uma sala da enfermeira chefe, uma sala da administrativa, uma sala de refeições, arrecadação, três casas-de-banho para profissionais, crianças e pais e sala de “sujos” (com os resíduos hospitalares).

Relativamente aos enfermeiros estão distribuídos da seguinte forma: dois nas salas de triagem, um na sala de tratamentos, um no SO e um enfermeiro fica de apoio. Nas manhãs estão também a Enf.^a Chefe e o Enf.^o Responsável.

APÓSTOLO, 2009, refere que o conforto é um processo contínuo, uma forma de arte de enfermagem, e que transcende a dimensão física da pessoa. A ida a um Serviço de Urgência representa para a criança/adolescente e sua família uma grande ansiedade e embora os enfermeiros deste serviço apresentem uma breve abordagem com os clientes, é importante que os cuidados prestados sejam o menos traumáticos possível, transmitindo um impacto positivo na chegada ao hospital, de forma que a sua ansiedade e medo pelo desconhecido sejam minimizados, havendo assim uma promoção do conforto.

Atualmente são vários os estudos que demonstram as consequências negativas da hospitalização na idade pediátrica. (BARROS, 2003) Muitas vezes, não é possível haver uma preparação prévia da criança/adolescente para recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica, por isso, é importante que os profissionais apresentem disponibilidade para preparar a criança/adolescente e família, explicando todos os fatores inerentes ao serviço. (BARROS, 2003)

O acolhimento de enfermagem com a brincadeira levou a uma quebra da barreira que existia entre o hospital e as crianças, tornando-o mais acessível e acolhedor. Acolher convenientemente a criança e família, em situação de doença e fazendo-as sentir-se acolhidas e importantes na sua unicidade é um dos cuidados atraumáticos que a enfermeira poderá prestar, com o objetivo do bem-estar da criança e sua família, caminhando assim para a verdadeira essência do cuidar. (TAVARES, 2011)

Considereei relevante, elaborar um guia de acolhimento adequado às diferentes faixas etárias da pediatria, possibilitando assim que as crianças compreendam o ambiente

envolvente, sentindo-se mais integradas no tratamento. O objetivo foi: contribuir para a minimização do impacto da hospitalização da criança/jovem, através da realização de guias de acolhimento ao Serviço de Urgência Pediátrica, de acordo com as diferentes faixas de etárias da criança.

Foram realizados 2 guias dirigidos à criança, um indicado até aos 5 anos de idade e outro dos 6 aos 10 anos. Relativamente aos adolescentes, como já havia um guia, não foi efetuado para esta faixa etária. Para avaliar a atividade, realizei, um questionário aos enfermeiros do serviço, de forma a perceber a pertinência e importância dos guias. Ao observar os resultados do instrumento de avaliação, percebi que a equipa foi unânime, considerando que esta atividade irá ser benéfica para a criança, proporcionando cuidados de qualidade. Foram também transmitidas algumas propostas/sugestões pela equipa de enfermagem que foram aplicadas nos guias e posteriormente enviados à Enfermeira Chefe. (Anexo XII)

No âmbito hospitalar, para a criança/ adolescente, é fundamental o acompanhamento de uma pessoa significativa, mas para que o adulto consiga ajudar é necessário uma orientação por parte dos profissionais. (BARROS, 2003) É imprescindível haver informação disponível e dirigida quer às crianças/adolescentes, quer aos familiares, para que estes participem ativamente nos cuidados, reduzindo assim as consequências da ida ao SU.

Na criança até ao primeiro ano de vida o uso da chucha, o contato pele a pele, o leite materno, o falar de forma tranquila, enrolar o bebé contendo os seus movimentos e posicionar confortavelmente, são medidas fundamentais para um alívio da dor nesta faixa etária. Relativamente às crianças dos 3 aos 10 anos, a distração é sem dúvida a forma mais eficaz de os distanciar da dor (como contar uma história e cantar uma canção. O reforço positivo e a preparação prévia são outras medidas com bastante eficácia nestas faixas etárias. Quanto aos adolescentes, ler, ver televisão, ouvir música, conversar, jogar, aplicação de calor, respirar fundo e pensar positivamente são medidas que podem atenuar as queixas algícas. (BATALHA, 2010 e LINHARES, et al, 2010)

Tendo em conta esta preocupação, delineei como objetivo contribuir para a adesão dos cuidados atraumáticos à criança/jovem e família, através da dinamização da informação na sala de espera, com a realização de diapositivos em diaporama. A dinamização da sala de espera é um objetivo que está a ser implementado no serviço e foi proposto à equipa de enfermagem, a minha colaboração na temática das medidas não farmacológicas de alívio da dor. Realizei, com base numa fundamentação teórica, um

slide show, com os cuidados atraumáticos, tendo em atenção as diferentes faixas etárias da criança. Foi utilizado um vocabulário de fácil compreensão e incentivada a utilização de medidas simples e facilmente aplicáveis à criança/jovem na sala de espera, promovendo assim um aumento do bem-estar e redução da ansiedade e trauma sentidos. Esta é uma atividade a ser realizada futuramente, visto que este meio de informação ainda não se encontra disponível. (Anexo XIII)

É a brincar que a criança explora e compreende o mundo que a rodeia, pela curiosidade descobre coisas e situações novas, de um mundo real tão assustador e encantador ao mesmo tempo. Interagindo ludicamente com o mundo real, por meio de desenhos, pinturas, danças, cantos, rabiscos, bagunça, brincadeiras, entre outros, a criança estabelece uma sintonia harmoniosa entre os seus dois mundos, onde consegue adquirir um adequado desenvolvimento. Uma das formas lúdicas importantes no desenvolvimento infantil é a música, sendo esta, parte do ser humano, pois nós somos música perante o nosso ritmo ao caminhar, ao respirar, nas batidas do coração. (RAVELLI, et al, 2005)

Outro aspeto que considero pertinente intervir, é na sala de tratamentos, pois é um local onde são realizados exames complementares de diagnóstico que causam ansiedade e dor à criança/ adolescente, por isso, é importante que o enfermeiro estabeleça estratégias, para tornar os seus cuidados atraumáticos.

Uma das estratégias de distração utilizadas para alívio da dor e stress da criança é a música (BARROS, 2003) A musicoterapia pode ser incluída numa sala de tratamentos, de forma a dispersar o pensamento de dor da criança e distrai-la proporcionando um ambiente menos traumático. O objetivo foi implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança/jovem durante procedimentos dolorosos, através da musicoterapia. (Anexo XIV) A musicoterapia é essencial para o desenvolvimento de uma aproximação da criança, tendo em conta todas as suas dimensões, focando o cuidado no nível de desenvolvimento da criança. É uma terapia com poucos custos, não invasiva e com um significativo benefício psicológico para a criança. (AUSTIN, 2010)

Para perceber os verdadeiros efeitos desta atividade realizei uma tabela de observação, no qual analisei a criança na sala de tratamentos com e sem musicoterapia, tendo em conta os seus sinais de ansiedade. Foram avaliadas 40 crianças, das quais 20 foi utilizada musicoterapia e 20 sem utilização desta terapia. Para isso realizei uma tabela com o sexo e idade da criança, procedimento realizado e os sinais de ansiedade mais frequentes nas diferentes faixas etárias (fundamentados por HOCKENBERRY,

2006). Observou-se assim, que esta atividade foi bem sucedida e que houve uma reação favorável por parte das crianças, apresentando um comportamento mais tranquilo com a musicoterapia do que sem a mesma. Os CD's ficaram no serviço e os enfermeiros foram incentivados a manter esta medida, após terem sido explicados e demonstrados os resultados dos questionários.

Uma das vantagens do estágio foi o fato de poder perceber as particularidades das diferentes áreas da pediatria e participar na prestação de cuidados, adquirindo novas experiências e competências em Saúde Infantil e Pediátrica. A meu ver, isto só é possível através de uma reflexão constante e observação dos colegas com mais experiência na área. Assim sendo, com uma reflexão diária, construí um jornal, no qual descrevo os meus sentimentos e experiências mais marcantes de cada semana de estágio, pois só assim poderei crescer e desenvolver competências enquanto enfermeira especialista. O meu último objetivo foi o de desenvolver um jornal de aprendizagem sobre o Serviço de Urgência Pediátrica e o seu contributo para o meu desenvolvimento, através da realização de uma reflexão por semana expondo a minha visão e desenvolvimento ao longo do estágio. (Anexo XV)

Este estágio permitiu-me, enquanto futura enfermeira especialista, adquirir conhecimentos e competências no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica. Além de ser um módulo de curta duração (90 horas de contacto), percebi o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar.

O enfermeiro no SU é o primeiro profissional a abordar a criança, que muitas vezes é a primeira vez que recorre a um ambiente hospitalar, por isso todos os cuidados prestados são importantes e vão ter consequências na criança. O enfermeiro é também, o elo fundamental da equipa multidisciplinar, pois é este que faz a triagem da criança, o que implica ter experiência e conhecimentos teórico-práticos para agir de imediato perante situações complexas, como por exemplo infeções respiratórias, nas quais por vezes a criança recorre ao serviço já num estado de gravidade ou situações de maus tratos, entre outras.

Assim, durante este percurso observei uma nova realidade e um novo tipo de cuidados e abordagem à criança/adolescente e família. Percebi a interação e dinâmica não só entre a equipa de enfermagem, como equipa multidisciplinar e que o enfermeiro representa uma sólida fonte de conhecimentos e experiência na área com uma grande capacidade de reflexão.

Durante o módulo, considero ter adquirido/desenvolvido diversas competências enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção, tendo em conta que a resolução dos problemas, que são desenvolvidos em parceria com o cliente, isto foi possível com os diapositivos em diaporama e os guias de acolhimento, no qual juntamente com a criança/jovem e família foram transmitidas formas de alívio da ansiedade. Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, protegendo os direitos da criança e jovem, contando com o apoio aos pais e oferecendo-lhes ferramentas para prestar cuidados à criança tendo em conta o seu desenvolvimento. Desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e criação, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e criação de um ambiente terapêutico e seguro com a participação em estratégias de melhoria da qualidade, como os livros de acolhimento, musicoterapia ou os diapositivos. Adaptação, liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, através da negociação de recursos adequados à prestação de cuidado de qualidade. Ter como base da práxis especializada, sólidos e válidos padrões de conhecimentos, com a contribuição para a nova aquisição de conhecimentos e desenvolvimento da prática clínica especializada, pois através de uma fundamentação teórica foram delineadas atividades para dar resposta aos problemas encontrados no serviço.

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica: assistência da criança/jovem com a família na maximização da sua saúde através da negociação e participação da criança/jovem e família no processo de cuidar, comunicação com a criança tendo em conta o seu nível de desenvolvimento, desenvolve treino e ensino especializado e individual à crianças/jovem e sua família, facilitando o desenvolvimento para aquisição de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. Estas competências foram a base de todo o percurso e todas as atividades desenvolvidas, tendo em conta a preocupação constante no âmbito de uma prestação de cuidados centrados na criança/jovem e família. Outra competência desenvolvida foi: Cuidar da criança/jovem e família em situação de especial complexidade, através da aplicação de conhecimentos e habilidades de medidas não farmacológicas de alívio da dor. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

2.3.2. Unidade de Cuidados Neonatais – Espírito Santo Saúde: Hospital da Luz

A UCN destina-se especialmente a recém-nascidos que necessitem de cuidados específicos, devido à prematuridade ou a doença. O objetivo desta unidade é prestar os melhores cuidados de saúde, tentando preservar o bem estar do recém nascido e da sua família. Inclui duas salas, cada uma com quatro incubadoras, a primeira com possibilidade de ventilação assistida e a outra onde o neonato permanece com o intuito de ficar independente de oxigenioterapia e ganhar autonomia alimentar. Além destas salas, existe uma sala reservada especificamente para amamentação e uma sala de enfermagem.

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é especificado a partir da filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe são subjacentes. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011) Na saúde infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010)

Os bebés prematuros necessitam de ser estimulados de uma forma adequada ao seu desenvolvimento e os enfermeiros devem incentivar os pais a comunicar suavemente com o bebé e interagir com o mesmo para criar laços e cuidados contínuos. Existem diversos cuidados atraumáticos que o enfermeiro pode ter em atenção, bem como estimular a família a utilizá-los promovendo o desenvolvimento da criança. (BRINDLE,2006)

A enfermagem pela maior proximidade com os clientes no desempenho das suas atividades assistenciais, destaca-se na implementação de medidas de prevenção, redução ou eliminação do desconforto produzido por estímulos indesejáveis em unidades neonatais. (OLIVEIRA, et al, 2008)

Os poucos estudos que analisaram as consequências a curto e longo prazo, das experiências dolorosas ocorridas no período neonatal verificaram que: estímulos nocivos repetitivos aplicados ao bebé, sendo os procedimentos não dolorosos percebidos como dor pelo recém-nascido, desencadeiam respostas de stress, uma generalização da hipersensibilidade à dor e importantes mudanças comportamentais em crianças na idade pré-escolar. (BATALHA, 2010) Uma das fontes de maior perturbação nos bebés prematuros são as cólicas, que embora possam ter diversos sintomas associados, a causa permanente é um mistério, não existindo um consenso internacional

entre investigadores sobre o que causa as cólicas. Estas são uma condição multi-fatorial que causa choro inconsolável nos bebés por longos períodos de tempo, bem como stress e ansiedade neles e nos pais. (MCCLURE, 2008) Na prestação de cuidados atraumáticos, é fundamental aliviar estes sinais de ansiedade do neonato, promovendo o seu bem-estar. Assim o objetivo delineado foi contribuir para a minimização do impacto da dor no neonato, através da realização de um cartaz informativo, para colocar na zona onde são prestados os cuidados de higiene e conforto ao bebé, para os enfermeiros terem um meio de explicação desta prática aos pais e estes poderem observar e aprender a executar a massagem anticólica, contribuindo para um adequado desenvolvimento do bebé. (Anexo XVI)

A massagem é uma técnica que deveria ser mais divulgada e aplicada. Dada a diversidade de técnicas possíveis, tem sido difícil comprovar cientificamente a sua eficácia, porém a experiência acumulada comprova a sua utilidade, mesmo em prematuros. Está particularmente indicada em cólicas do recém nascido. (BATALHA, 2010)

De um modo geral, percebe-se a eficácia da amamentação no alívio da dor aguda em RNs tanto nos estudos experimentais que a investigaram como intervenção, quanto naqueles que abordaram os aspetos que a congregam (contato, sucção, odor e sabor do leite materno).

Outro objetivo cumprido foi implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada ao bebé no âmbito do alívio da dor, com a realização de um protocolo para o serviço relativamente a esta prática, de forma a ser uniformizada e para que todos os enfermeiros do serviço tenham acesso à mesma e prestem cuidados de qualidade com uma forte base teórica na qual possam basear as suas intervenções. (Anexo XII)

O alívio da dor é potencializado mediante situações de combinação de tratamentos: contato pele a pele e leite ou glicose, sucção não nutritiva e glicose, estímulos multisensoriais e glicose, podendo-se considerar que a amamentação, que congrega todos esses elementos, seria uma intervenção aconselhável em procedimentos de dor aguda em RNs. O fato dos efeitos anti-nociceptivos da amamentação serem menores quando comparados com a sacarose e glicose pode justificar-se pelo uso da amamentação somente antes do procedimento doloroso. Assim, há necessidade de outros estudos que avaliem o efeito analgésico da amamentação cinco minutos antes do procedimento doloroso, até o final da recuperação, tempo suficiente para ser atingido o efeito analgésico pós-absortivo do leite. (LEITE, 2006)

Numa investigação realizada no Brasil (Maternidade Escola Assis Chateaubrian), através de um estudo exploratório, foram identificadas as percepções e vivências das mães de recém-nascidos prematuros que amamentaram exclusivamente do 4º ao 6º mês de vida. Foi revelado, a partir da análise compreensiva dos depoimentos, que cada mãe vivencia a amamentação de maneira única, singular e própria. A amamentação exclusiva é vista como uma responsabilidade da mulher, como mãe, de dar o melhor de si para que seu filho tenha saúde, principalmente por ser prematuro. (BRAGA, et al, 2008) O leite humano, além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos, também pode ser uma potente intervenção para o alívio da dor, mesmo sendo oferecido por sonda nasogástrica. (LINHARES, 2010) Assim sendo, o objetivo delineado foi contribuir para a adesão dos cuidados atraumáticos ao bebê e promoção do aleitamento materno, através da realização de um cartaz informativo para o serviço e formação aos pais, relativamente a esta temática. Foi observado que na UCN há uma sala para extração de leite materno, no entanto não existe qualquer informação acerca dos benefícios do mesmo, pelo que realizei um cartaz informativo para os pais poderem ler e adquirir a informação, ficando sensibilizados para esta prática. (Anexo XVII)

Num estudo realizado, foi analisado que o reconhecimento das vantagens do leite materno para o prematuro foi o principal motivo apresentado pelas entrevistadas para amamentarem exclusivamente, mesmo diante de várias situações de insegurança, incómodo e desconforto. Para promover o aleitamento materno exclusivo de prematuros, sugere-se que o atendimento direto às mães seja realizado por uma equipa de profissionais especializados, treinados nas técnicas de aconselhamento em amamentação, orientando-as e ajudando-as, quando necessário. (BRAGA,et al, 2008) Com isto observa-se a fundamental função, inerente ao papel e competências do enfermeiro especialista que deve, junto das mães realizar uma adequada promoção ao aleitamento materno, tendo em conta todas as suas vantagens e ensinar as mães como manter uma amamentação. O local de fixação do cartaz informativo, foi escolhido de forma a que os pais obtenham uma informação rápida e clara, assim as mães ao extrair leite, conseguem observar o cartaz informativo e perceber os princípios da amamentação, ficando sensibilizadas para esta prática.

Como avaliação destes objetivos realizei um questionário aos enfermeiros do serviço para perceber se a equipa concorda com a aplicação destas medidas. Os enfermeiros avaliaram positivamente esta atividade, sendo estas práticas que trazem benefícios ao bebê e aos pais.

Consegui transferir diversos conhecimentos e competências da minha experiência profissional como o conhecimento técnico, a capacidade de comunicação com os familiares e o fato de estar familiarizada com a prestação de cuidados à criança. Porém, por ser uma área de enfermagem na qual nunca tive oportunidade de prestar cuidados, delineei como objetivos desenvolver um jornal de aprendizagem sobre a UCN, tendo em conta o seu contributo para o meu desenvolvimento e colaborar com o Enfermeiro Especialista no âmbito da prestação de cuidados na UCN. Assim, realizei uma reflexão semanal, na qual descrevo os aspetos mais pertinentes do meu percurso enquanto aluna de especialidade e da prestação de cuidados ao neonato e família, promovendo a minha reflexão crítica enquanto enfermeira especialista e observando e analisando novas formas de cuidar que poderei adequar à minha prática profissional. (Anexo XVIII)

Durante a segunda parte do módulo III, considero ter adquirido/desenvolvido diversas competências enquanto Enfermeira Especialista. Desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção, tendo em conta que a resolução dos problemas são desenvolvidos em parceria com o cliente, como os ensinamentos especializados realizados aos pais do neonato. Percebi que numa UCN o dia-a-dia dos enfermeiros está constantemente em interação com uma componente ética, pois é um serviço no qual existem dilemas constantes acerca da vida e da dignidade da mesma, tendo em conta a fragilidade de vida que os latentes apresentam. Neste âmbito senti muita necessidade de explorar a ética relacionada com as questões da vida e da morte, da eutanásia, do conforto e dignidade da pessoa, para poder prestar melhores cuidados não só aos neonatos, como também às suas famílias que buscam um apoio constante na equipa de enfermagem.

Outra competência foi a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, protegendo os direitos do neonato, como o não sentir dor, a promoção do conforto e os cuidados de qualidade. Desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica com a colaboração em protocolos que contribuem para a qualidade de cuidados. Criação e colaboração de programas de melhoria contínua da qualidade e criação de um ambiente terapêutico e seguro com a participação em estratégias de melhoria da qualidade, como os cartazes informativos e o protocolo implementado. Adaptação, liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, através da negociação de recursos adequados à prestação de cuidado de qualidade. Ter como base uma práxis

especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, com a contribuição para o conhecimento novo e desenvolvimento da prática clínica especializada. Tendo em conta uma fundamentação teórica foram não só realizadas as atividades, como também incentivada a equipa a aplicar estas medidas. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica: assistência da criança com a família na maximização da sua saúde através da negociação e participação da família no processo de cuidar. Apoiar a família no desenvolvimento de treino e ensino especializado e individual facilitando a aquisição de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. Isto porque durante o módulo percebi que o enfermeiro tem um papel fundamental nos ensinamentos aos pais, de forma a que estes fiquem autónomos e com competências para cuidar do neonato no domicílio.

Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/ jovem através da promoção da amamentação, envolvimento dos pais no cuidado ao recém-nascido. Cuidar da criança/jovem e família em situação de especial complexidade, através da aplicação de conhecimentos e habilidades de medidas não farmacológicas de alívio da dor. Nesta competência tive também a capacidade de aplicar conhecimentos e capacidades facilitadoras da dignificação da morte e processos de luto, visto ter falecido um neonato durante o meu período de estágio.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste relatório, relatei a minha vivência nos diferentes módulos da Unidade Curricular Estágio. Expus os objetivos e atividades realizados e que me permitiram desenvolver e adquirir competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. A realização deste relatório promoveu também momentos de discussão sobre a temática em questão, e conseqüentemente, momentos de introspecção sobre a forma como cada enfermeiro preste cuidados traumáticos e só por este fato, já se torna uma mais valia.

Os módulos de estágio permitiram-me observar novas realidades e diferentes cuidados de saúde da criança/jovem e família, por isso, desenvolvi uma prática especializada no âmbito de Saúde Infantil e Pediátrica fundamentando cada atividade com base numa teoria consistente. De um modo global, considero que alcancei todos os objetivos propostos ao longo dos módulos, do relatório e propostos pela instituição académica.

Assim, faço um balanço positivo de todo o percurso realizado ao longo do curso, pois houve uma aprendizagem não só a nível de conhecimentos teóricos, como também na prática, na qual adquiri competências que quero manter enquanto enfermeira. Sinto que desenvolvi a nível pessoal e profissional e me tornei uma enfermeira mais competente e capaz de prestar cuidados de saúde especializados e de qualidade, com conhecimentos e uma maior capacidade de reflexão, prestando assim cuidados de excelência e tal como afirma TAVARES (2011), no cuidar da criança doente, o enfermeiro deve ambicionar atingir a excelência da arte de cuidar, com sentimento, emoção e brincadeira, tal como um artista, que pode ser caracterizado pela capacidade de criar e realizar ações que evoquem o seu sentimento e o dos outros, com a sensibilidade necessária para escolher o instrumento adequado para satisfazer as necessidades do outro.

Considero ter desenvolvido, ao longo de todo o período de estágio, intervenções de enfermagem especializadas na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica apoiadas em pressupostos científicos, sempre em conformidade com as necessidades e as diferentes situações detetadas, assim como, atividades educativas e pedagógicas adequadas às necessidades formativas.

Deste modo, no decurso do Estágio adquiri diversas experiências e momentos de aprendizagem que contribuíram, sem dúvida, para o desenvolvimento de competências

científicas, metodológicas e técnicas na prestação de cuidados e de assistência à criança/família nos diferentes contextos. Por isso, considero que este objetivo foi alcançado com sucesso.

Foram implementados diversos projetos no âmbito da temática dos cuidados traumáticos, consciencializando a equipa de enfermagem e família para a promoção desta prática. É dever dos enfermeiros minimizar o impacto negativo dos cuidados de saúde na criança e família, por isso devem ser formados, de forma a adquirir consciência da sua importância no ato de cuidar, melhorando as intervenções de enfermagem. Assim, deve ser adotada uma postura dinâmica relativamente à relação de ajuda, apostando na comunicação e no estabelecimento de uma relação empática com a criança e família.

Futuramente pretendo prosseguir com a minha vida académica e continuar a investir na minha formação profissional, reconhecendo que o saber nos transforma e nos pode tornar melhores, mais conscientes, sempre com vista à excelência do cuidar em enfermagem. Ser cada vez mais competente e autónoma, centrada em lógicas conceptuais que se concretizam nas relações que estabelecemos no seio da equipa multidisciplinar.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APÓSTOLO João L. A. – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência. Portugal: Coimbra. (2009) 61-67.
- AUSTIN Donna - The psychophysiological effects of music therapy in intensive care units. Pediatric Nursing. (Abril 2010) 14-20 Vol. 22 nº 3.
- BARROS L - **Psicologia pediátrica Perspectiva desenvolvimentista**. 2003, 2ª edição, Lisboa, Climepsi editores ISBN 972-769-081-2
- BATALHA, Luís – **Dor em pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel editores, 2010. ISBN: 978-972-757-593-0.
- BLOCH YH, TOKER A.– Doctor, is my Teddy Bear Okay? The “Teddy Bear Hospital” as a Method to Reduce Children’s Fear of Hospitalization. IMAJ (Set. 2008) p.597-599.
- BATALHA Luís M.C. – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. Revista de Enfermagem Referência. Dez. 2010 III série, nº 2.
- BRAGA D. F.; MACHADO M. M. T.; BOSI M. L.M. - Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. Revista de nutrição. Brasil: Campinas. (Julho 2008) ISSN: 1415-5273
- BRINDLE Linda – The case for play in a neonatal intensive care unit – the work of a hospital play specialist. Journal of Neonatal Nursing. UK: Cliftonville. (2006).
- CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA – Carta de Informação
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª série — N.º 206 — 24 de Outubro de 2012.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Dez. 2010.
- LINHARES Maria B. M.; DOCA Fernanda N. P. – Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Temas em Psicologia. Brasil: Ribeirão Preto. (2010) ISSN: 1413-389x.

- DOCA, Maria B. M. – Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Temas em Psicologia. Brasil: Universidade de São Paulo. ISSN: 1413-389X. (2010) 307-325.
- FESTINI Filippo [et al] – Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. Journal of Clinical Nursing. (2008) 1018 - 1026
- FRANCISCHENELLI, Ana, G. B., MODERNA, Thaita, [et al.]- Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor nos pacientes pediátricos. Revista Dor. USA: Canadá. ISSN 1806-0013. (2009).
- HE Hong – Gu [et al] – Chinese parents' perception of support received and recommendations regarding children's postoperative pain management. International Journal of Nursing Practice. (2010) 254-261.
- HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5
- Instituto de Apoio à Criança – IAC (2008): Carta da criança hospitalizada. Portugal: Amadora.
- HUFF Lori [et al] – Atraumatic Care: Emla cream and application of heat to facilitate peripheral venous cannulation in children. Informa healthcare. Ohio. ISSN: 0146-0862. (2009) 65-75.
- JESUS, Ivone Q. de, [et al.] – Opinião de acompanhantes de crianças em quimioterapia ambulatorial sobre a quimioteca no Município de São Paulo. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. ISSN 0103 – 2100. (2010)
- KANAI, Kenia, Y., FIDELIS, Wania, M. Z. – Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. Revista Dor. São Paulo ISSN 1806-0013. (2010) 20-27
- KICHE, Mariana T, ALMEIDA, Fabiane de A. – Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo ISSN 0103-2100. (2008) 125-130.
- KOLKABA Katharine, DIMARCO Marguerite A. – Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. Pediatric Nursing (Junho 2005) Vol. 31 Nº 3.
- KOLKABA Katharine - **Comfort Theory and Practice**, New York, 2003, ISBN: 0-8261-1663-7.

- KOLCABA, K. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, (1994). p 1178-1184.
- KORTESLU-OMA Riitta-Liisa [et al] – “You Just Have to Make the Pain Go Away”— Children’s Experiences of Pain Management. *Pain Management Nursing*. (2008) 143-149.
- LEITE Adriana M. [et al.] – Pode a amamentação promover alívio da dor aguda no recém-nascido? *Revista Brasileira de Enfermagem* (Maio 2006)
- LIAW Jen-Jiuan, YANG Luke, [et al.] – Non-nutritive sucking and facilitates tucking relieve preterm infant pain during hell-stick procedures: A prospective, randomized controlles crossover trial. *International Journal of Nursing Studies*. (Set. 2009) 300-309.
- LIVESLEY Joan, LONG Tony - Children’s experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*. United Kongdom. (2012) 1-12.
- LINHARES Maria B. M.; DOCA Fernanda N. P. – Dor em neonatos ee crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. Brasil: Ribeirão Preto. (2010) ISSN: 1413-389x.
- MARQUES Joana F., MARQUES Duarte , [et al.] – Revisões Sistemáticas: O que São e para que Servem? *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* (2008) 171-178, Vol. 49, nº 3.
- MARTINS, Tathiana S. de S.; SILVINO, Zenith R. - Um marco conceitual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. Brasil: Universidade Estácio de Sá Rio de Janeiro. ISSN: (Maio 2010) 340-344
- MCCLURE Vimal – **Manual for infant massage instructors**. Portugal. (2008).
- NILSSON Stefan, ENSKÄR Karin, [et al.] – Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings. *Journal of Pediatric Nursing* (2012) 1-9.
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2010 série I, nº 3.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Proposta de projecto de regulamento competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. 2010
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (Dez, 2009): Caderno temático Modelo de Desenvolvimento Profissional.
- RAVELLI Ana P. X., MOTTA Maria da Graça C. – O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005.
- SOLODIUK Jean C. - Parent described pain responses in nonverbal children with intellectual disability. International Journal of Nursing Studies. United Kingdom. (2012) 1-12.
- TAI Norma Jun - Play in hospital. Pediatrics and children health. UK: London. (2008) 233-237.
- TAVARES, PATRÍCIA P. S. – **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-70-7.
- TAVARES, Patrícia P. S.- Ordem dos Enfermeiros. Serviço Regional da R. A. Dos Açores, 2008.
- TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. Portugal: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - 10 facts on breastfeeding. (Julho 2012)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Preterm birth (Maio 2012).

Anexos

Anexo I

Relatório do póster e folheto relativos aos cuidados atraumáticos

Relatório póster e folheto vacinação

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.º Especialista Elsa Ramos

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Junho 2012

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	3
2. DESENVOLVIMENTO	4
3. AVALIAÇÃO	5
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	6
5. ANEXO I	7
6. ANEXO II	8
7. ANEXO III	9

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito do projeto sobre cuidados atraumáticos, com o objetivo de implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança e família que implica o conhecimento dos enfermeiros acerca dos cuidados atraumáticos.

O relatório é iniciado com uma fundamentação teórica da temática em questão, posteriormente exponho a avaliação realizada e no capítulo seguinte realizo umas breves considerações finais. Em anexo ficam os folhetos, póster e questionário de satisfação.

2. DESENVOLVIMENTO

A dor na idade pediátrica foi durante muito tempo ignorada e ainda hoje tende por vezes a ser desvalorizada pelos profissionais de saúde. Até há pouco tempo era frequente afirmar-se que a criança sentia menos dor que o adulto ou que só numa idade avançada os estímulos dolorosos eram percebidos pela criança, devido à falta de mielinização e imaturidade de conexões sinápticas. Atualmente, sabe-se que existe uma componente afetivo mais associado às queixas álgicas na criança, a ansiedade e o medo. Estes fatores aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor, uma vez que o desenvolvimento cognitivo determinado pela forma como a criança tem capacidade para perceber, interpretar e reagir face a situações dolorosas. Hoje em dia atribui-se uma grande importância à dor da criança, valorizando-se as consequências que esta tem para o desenvolvimento e saúde da mesma. (BARROS, 2003) Nesta perspectiva, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, pois são os profissionais de saúde mais próximos e que melhor compreendem e sabem avaliar a criança, percebendo os cuidados de que esta necessita.

Um aspeto importante é o benefício da promoção de cuidados atraumáticos ao bebé, nomeadamente a utilização de substâncias adocicadas por via oral, a sucção não nutritiva, a amamentação, o contato pele-a-pele, o método Canguru e a diminuição da estimulação tátil. (DOCA, 2010) O conhecimento e alívio da dor são um constante desafio quer para os profissionais de saúde, quer para os prestadores de cuidado da criança e muitas vezes não se realizam intervenções adequadas ao perfil da criança. É por isso importante realizar uma pesquisa aprofundada e dar a conhecer aos cuidadores estas medidas, acalmando a criança e promovendo o seu bem estar. As medidas não farmacológicas de alívio da dor não substituem as farmacológicas, no entanto representam uma grande ajuda no que diz respeito à dor ligeira a moderada na criança. Estas medidas não apresentam efeitos secundários e a criança pode ter uma acção autónoma. (BATALHA, 2010)

Para responder a esta problemática, foram realizados os seguintes objetivos e atividades respetivas: implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança e família que implica o conhecimento dos enfermeiros acerca dos cuidados atraumáticos e promover a adesão de cuidados atraumáticos aos familiares da criança/jovem, através da construção de um panfleto, dando a conhecer aos familiares como podem aliviar a dor da criança, utilizando medidas atraumáticas

Como atividade na concretização destes objetivos, propus a realização de um póster para colocar na sala de vacinação, de forma a alertar os enfermeiros para a utilização destes cuidados, no entanto ao aprofundar as necessidades nesta temática achei pertinente realizar também um folheto para entregar aos pais de crianças até 1 ano de idade, na qual exponho os efeitos secundários das vacinas, como se pode avaliar a do bebé e cuidados atraumáticos que os pais podem realizar no domicílio. Assim foi colocado e entregues folhetos aos pais do Centro de Saúde de Casal de Cambra (local da UCC onde há vacinação às crianças).

O benefício da promoção de cuidados atraumáticos ao bebé, nomeadamente a utilização de substâncias adocicadas por via oral, a sucção não nutritiva, a amamentação, o contato pele-a-pele, o método Canguru e a diminuição da estimulação tátil. (DOCA, 2010) O conhecimento e alívio da dor são um constante desafio quer para os profissionais de saúde, quer para os prestadores de cuidado da criança e muitas vezes não se realizam intervenções adequadas ao perfil da criança. É por isso importante realizar uma pesquisa aprofundada e dar a conhecer aos cuidadores estas medidas, acalmando a criança e promovendo o seu bem estar.

Os cuidados atraumáticos, são uma medida independente, com bastante utilidade, é uma área fundamental da enfermagem, que permitem um cuidar eficaz, sem efeitos secundários e que apresenta um grande benefício para a criança, pelo que é imprescindível reforçar a sua relevância aos profissionais de saúde, prestadores de cuidados e educadores. Assim, é importante investir na investigação e formação dos profissionais de saúde nesta área, promovendo a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

No póster foi colocada a definição e os objetivos dos cuidados atraumáticos e de seguida os cuidados que se poderiam aplicar às crianças, dividindo pelas diferentes idades, de forma a ser de fácil consulta.

O folheto foi construído tendo em conta uma linguagem clara e simples de forma que os pais compreendam e tenham acesso à informação e aos cuidados que devem prestar ao seu filho.

3- AVALIAÇÃO

Inicialmente realizei uma breve avaliação, no intuito de perceber se a enfermeira achava pertinente a colocação do póster e folheto tendo respondido afirmativamente. Foi também questionada quais os cuidados atraumáticos que costumava aplicar, tendo respondido que tentava ter em conta a idade da criança e que nos recém nascidos a cerca de 1 ano tentava que o aconchegassem ao colo, nas crianças toddlers a escolares utilizava a conversa e a distração e que nos adolescentes tinha um pouco mais dificuldade pois muitas vezes sobretudo as meninas têm muito receio da vacina do HPV e o que costuma fazer é conversar com elas e tentar que se abstraíam da situação. Relativamente ao folheto referiu que os pais não estão muito despertados para estes cuidados, no entanto são reforçados pela enfermeira estimulando o mimo e o colo.

Passado cerca de 3 semanas da colocação do póster e entrega dos folhetos deslocámo-nos novamente ao Centro de Saúde de Casal de Cambra de forma a perceber o impacto dos mesmos. Do póster foram avaliados os seguintes pontos:

- Constituição do póster: Avaliou como satisfaz bastante todos os itens, excepto o póster está disposto de forma clara que avaliou como suficiente.
- A enfermeira referiu que o póster foi do seu agrado (avaliando como nível 3 de 1-4) e que ficou mais desperta para a prática destes cuidados
- Referiu que já praticava algumas medidas embora outras viessem a ajudar, tendo apresentado algumas mudanças na sua prática.

Relativamente à avaliação do folheto:

- Segundo a enfermeira os folhetos levaram a uma maior sensibilização por parte dos cuidadores.
- Quanto à constituição do folheto avaliou como satisfaz bastante 5 pontos de avaliação e 2 como satisfaz.

Assim sendo pode-se observar que quer o póster, quer o folheto entregue aos pais foi uma medida implementada positiva, visto que os profissionais de saúde e cuidadores estão mais despertados para os cuidados atraumáticos, dando à criança um maior bem estar e conforto.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATALHA, Luís – **Dor em pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel editores, 2010. ISBN: 978-972-757-593-0.
- BARROS L - **Psicologia pediátrica Perspectiva desenvolvimentista**. 2003, 2ª edição, Lisboa, Climepsi ediores ISBN 972-769-081-2
- DOCA, Maria B. M. – Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Temas em Psicologia. Brasil: Universidade de São Paulo. ISSN: 1413-389X. (2010) 307-325.

Anexo I

Póster

Cuidados atraumáticos na vacinação

Os cuidados atraumáticos visam a redução do stress psicológico e físico, com o objetivo de atenuar a dor corporal, para que a criança atinja bem estar. Um dos objetivos dos cuidados atraumáticos é estimular o controle da criança, reduzindo a angústia psicológica que pode incluir a ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa.

RN a 1 ano:

- Diminuição da luz e do barulho
- Utilização da sucção não nutritiva (diminui o choro e o batimento cardíaco do bebê)
- Amamentar durante o procedimento
- Contato pele com pele com a mãe/familiar de referência (utilização do método canguuru)
- Abraçar o bebê
- Embalar o bebê, colocando-o amnhado e envolvido numa manta, impedindo-o de se movimentar excessivamente.



Toddlers e pré-escolares:

- Permitir que a criança permaneça com um familiar de referência.
- Explicar o procedimento de acordo com o desenvolvimento da criança
- Dar oportunidade para a criança expor as suas dúvidas
- Utilizar a distração ativa (como por exemplo utilizar balões, brinquedos com várias cores e luzes)
- Utilizar distração passiva (como por exemplo colocar questões simples perguntando se tem irmãos, a idade, o que fizeram na sua festa de anos, etc.)
- Permitir que a criança cante uma música que goste.



Adolescentes:

- Manter a privacidade, sobretudo se tiverem receio da dor
- Dar oportunidade de fazer escolhas
- Saber se quer a presença de familiares ou amigos junto deles
- Utilizar técnicas de distração como permitir que utilize o telemóvel, respiração relaxante, visão de filmes, ouvir música.



Elaborado por
Andréia Lopes

Anexo II

Folhetos

O QUE FAZER SE O BEBÉ ESTÁ COM DORES DEPOIS DA VACINA?



Relembrando...

- Avaliar se a criança tem dores
- Se tiver dores, dar conforto ao bebé
- Colocar o bebé ao colo numa posição confortável e dar mama ou a chucha (se o bebé não mamar)
- Aplicar gelo no local da vacina
- Fale com o bebé ou coloque uma música calma
- Se mantiver dores dar Paracetamol (125 mg retal)

UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE
PERSONALIZADOS DE CASAL DE CAMBRA

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR
ABRAÇAR QUELUZ

O QUE FAZER SE O
BEBÉ ESTÁ COM DORES
DEPOIS DA VACINA?



O QUE FAZER SE O BEBÉ ESTÁ COM DORES DEPOIS DA VACINA?

REAÇÕES APÓS VACINAÇÃO

- Inchaço local
- Local da vacina fica vermelho
- Dor

COMO AVALIAR SE O BEBÉ TEM DORES

- Movimentos faciais (tipo subida da sobrancelha)
- Olhos cerrados
- Lábios abertos, com boca esticada no sentido vertical
- Língua tensa
- Braços e pernas em flexão e extensão



SE O BEBÉ TIVER DORES ...

- Utilizar a sucção não nutritiva - chucha (diminui o choro e o batimento cardíaco, acalmado o bebé)
- Amamentar
- Contato pele com pele com a mãe/ familiar de referência (utilização do método canguru)
- Abraçar o bebé
- Embalar o bebé, colocando-o aninhado e envolvido numa manta, impedindo-o de se movimentar excessivamente.
- Utilizar música relaxante
- Diminuição do ruído e da luz
- Presença dos pais
- Realização de massagem corporal - massajar todas as zonas do corpo, promovendo um relaxamento e alívio da dor
- Posicionamento adequado



- A voz e o cheiro da mãe
- Dar um banho com água morna, promovendo o relaxamento
- Aplicar gelo local durante 10 minutos (colocar o gelo dentro de um saco e proteger com um pano e aplicar sobre local da vacina)
- Não colocar a fralda nem roupas apertadas sobre o local da vacina

SE O BEBÉ MANTIVER DORES ...

- Fazer Paracetamol (125 mg retal) de 4/4 horas

○ QUE FAZER SE O BEBÉ ESTÁ COM DORES?



Relembrando...

- Avaliar se a criança tem dores
- Se tiver dores, dar conforto ao bebê
- Colocar o bebê ao colo numa posição confortável e dar mama ou a chucha (se o bebê não mamar)
- Fale com o bebê ou coloque uma música calma
- Se mantiver dores dar Paracetamol (125 mg retal)

UNIDADE DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE ABRAÇAR QUELUZ

○ QUE FAZER SE O
BEBÉ ESTÁ COM
DORES?



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
ABRAÇAR QUELUZ

○ QUE FAZER SE O BEBÉ ESTÁ COM DORES?

AVALIAR SE O BEBÉ TEM DORES

- Movimentos faciais (tipo subida da sobrancelha)
- Olhos cerrados
- Lábios abertos, com boca esticada no sentido vertical
- Língua tensa
- Braços e pernas em flexão e extensão



SE O BEBÉ TIVER DORES ...

- Utilizar a sucção não nutritiva: chucha (diminui o choro e o batimento cardíaco, acalmando o bebê)
- Amamentar
- Contato pele com pele com a mãe/ familiar de referência (utilização do método canguru)
- Abraçar o bebê
- Embalar o bebê, colocando-o aninhado e envolvido numa manta, impedindo-o de se movimentar excessivamente.
- Utilizar música relaxante
- Diminuição do ruído e da luz
- Presença dos pais



- Realização de massagem corporal - massajar todas as zonas do corpo, promovendo um relaxamento e alívio da dor
- Posicionamento adequado
- A voz e o cheiro da mãe
- Dar um banho com água morna, promovendo o relaxamento

SE O BEBÉ MANTIVER
DORES ...

- Fazer Paracetamol (125 mg retal) de 4/4 horas

Anexo III
Questionário

Avaliação do póster – Cuidados atraumáticos (parte I)

1. Profissão _____

2. Acha relevante ter este póster na sala de vacinação?

Sim

Não

3. Quais são os cuidados atraumáticos que costuma aplicar antes, durante e após a vacinação?

Obrigado pela sua colaboração!

Avaliação do folheto – Cuidados atraumáticos (parte I)

1. Acha relevante ter este folheto na sala de vacinação?

Sim

Não

2. Acha que os pais prestam cuidados atraumáticos aos filhos durante a vacinação?

Sim

Não

Obrigado pela sua colaboração!

Avaliação do póster – Cuidados atraumáticos (parte II)

1. Relativamente à constituição do póster, considera que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
O tema abordado é pertinente				
O temas abordado é útil				
O póster é de fácil consulta				
O póster está disposto de forma clara				
O póster tem conteúdo interessante				
O póster chama a atenção				
Vai ajudar na prestação de cuidados atraumáticos				

2. Ficou mais desperta para a aplicação de cuidados atraumáticos?

Sim

Não

3. Que mudanças apresentou nos seus cuidados após o póster?

4. O póster foi do seu agrado? Coloque uma x.

Pouco					Muito
	1	2	3	4	

Obrigado pela sua colaboração!

Avaliação do folheto – Cuidados atraumáticos (parte II)

1. Relativamente aos folhetos, sente que os acompanhantes das crianças ficaram mais sensibilizados para o alívio da dor na criança?

Sim

Não

2. Relativamente à constituição do folheto, considera que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
O tema abordado é pertinente				
O temas abordado é útil				
O folheto é de fácil consulta				
O folheto está disposto de forma clara				
O folheto tem conteúdo interessante				
O folheto chama a atenção				
Vai ajudar na prestação de cuidados atraumáticos				

3. O folheto foi do seu agrado? Coloque uma x.

Pouco					Muito
-------	--	--	--	--	-------

1

2

3

4

4. Sugestões

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo II

Relatório da ação de formação do aleitamento materno

Relatório Curso de Preparação para a Parentalidade:
aleitamento materno

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.º Especialista Elsa Ramos

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Junho 2012

ÍNDICE

8. INTRODUÇÃO
9. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
10. AVALIAÇÃO
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS
12. ANEXO I
13. ANEXO II
14. ANEXO III

1. INTRODUÇÃO

No âmbito dos cuidados atraumáticos, foi realizada uma acção de formação, inserida no curso da preparação para a parentalidade do Centro de Saúde de Mactamã, que teve como objetivo promover a adesão de cuidados atraumáticos aos familiares das crianças.

Inicialmente farei uma breve fundamentação teórica desta temática, de seguida indico a minha análise da avaliação realizada relativa, emte à formação e por fim faço as considerações finais ao objectivo realizado.

Coloco em anexos o plano de sessão, um exemplo de questionário e respectivo consentimento e os diapositivos da formação.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O aleitamento materno é definido pelo processo no qual o lactante recebe leite materno independentemente de consumir outros alimentos. (OMS, 2007)

Com o desenvolvimento populacional, foram implementados novos hábitos de alimentação da criança. No século XX, foi introduzido o leite artificial que, através do marketing constante foi conquistando as mães. Este fator associado a causas sociais (mães que trabalham) e culturais (falta de informação), fez com que as mães reduzissem a prática de dar leite materno e iniciassem o leite artificial. (ANTUNES, 2008)

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade. No entanto a maioria das mães em diversos países iniciam a alimentação do bebé com leite artificial e introduzem outros alimentos antes dos 4 meses e muitas suspendem a amamentação antes dos 2 anos. As razões mais apontadas são: as mães acreditarem que não têm leite suficiente ou terem tido dificuldades na amamentação (início e manutenção da mesma); a mãe iniciar trabalho fora de casa e não ter quem a ajude e receber conselhos que não apoiam a amamentação. (OMS, 2007)

Alguns estudos em Portugal apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, pois mais de 90% das mães portuguesas iniciam esta prática, no entanto, quase metade das mães desistem de dar leite materno durante o primeiro mês de vida do bebé, não conseguindo manter a amamentação. (LEVY, 2008)

Um dos temas abordados nos cursos de preparação para a parentalidade é a amamentação, sendo de uma grande pertinência e riqueza para o meu projeto, visto que tudo o que envolve esta prática leva a um aumento do conforto da criança, alívio da dor e promoção de bem estar, ou seja é um cuidado atraumático, pelo que achei muito pertinente para a minha formação abordar esta temática.

A formação foi dada a 6 grávidas, entre os 23 e 38 anos, que pertencem à Unidade de Cuidados da Comunidade Abraçar Queluz e foram abordados diversos temas para que as formandas compreendam os aspetos mais relevantes da amamentação. É uma temática pela qual todas apresentavam um grande interesse, curiosidade, medo e dúvidas, já que todas vão ser mães pela primeira vez.

No início da formação apresentei-me e pedi às formandas que se apresentassem, posteriormente questionei se queriam esclarecer algum aspeto antes de dar início à

formação e percebi que estavam com alguns medos devido aos mitos populares que ouviam, como o leite ser fraco, por terem as mamas pequenas terem pouco leite, entre outros. No início da formação foram desmistificados algumas das dúvidas, transmitindo-lhes uma maior confiança.

Na formação abordei as seguintes temáticas: expliquei a anatomia da mama, dei a conhecer as vantagens do leite materno quer para o bebé, quer para a mãe, dei a conhecer as diferenças entre o leite humano e o de vaca, bem como a diferença de leite materno desde o colostro ao leite maduro (leite inicial e final), transmiti as necessidades alimentares do bebé com um exemplo prático, mostrando diferentes tamanhos de bolas e explicando o tamanho do estômago do bebé. Posteriormente abordei os benefícios psicológicos do aleitamento materno, bem como a importância deste na promoção do conforto. De seguida elucidei as formandas das hormonas que potenciam a amamentação, a diferença entre uma boa e uma má pega, os diversos posicionamentos adequados para amamentar, a forma correta de segurar a mama, alguns aspectos fundamentais da amamentação (como o horário das mamadas, entre outros), a alimentação da mãe durante a amamentação, a prevenção e tratamento do ingurgitamento mamário e mamilos doloridos, como avaliar o porquê do bebé recusar mamar e como resolver a situação. Abordo também a temática da conservação do leite materno, entregando os folhetos da Direção Geral de Saúde com esta informação e por fim faço um breve ensino de como devem proceder se o bebé se engasgar.

Durante a apresentação teórica mostrei vários materiais como o saco de congelamento do leite materno, os bicos de silicone e um copinho por onde pode ser amamentado, para que as grávidas ficassem mais familiarizadas com estes objetos que poderiam vir a utilizar. Tinha também a presença de 2 bonecos e de uma almofada de amamentação para explicar e permitir que as formandas praticassem, tornando assim a formação mais dinâmica.

Durante a formação foram colocando diversas questões e dúvidas que as inquietavam, que foram esclarecidas. No final questioneei as formandas se apresentavam dúvidas, referindo que estavam esclarecidas e foi feita uma partilha das suas ansiedades relativamente à amamentação e outros aspectos inerentes após o nascimento do bebé (como as visitas, a roupa adequada ao bebé, quando o podiam levar a passear, etc). Posteriormente entreguei 2 folhetos a cada uma, o primeiro foi o que realizei sobre como aliviar as dores no bebé, que consiste nos cuidados atraumáticos que podem fazer ao seu filho quando avaliam que está com dores. O segundo folheto é da Direção Geral

de Saúde que consiste numa síntese breve do que apresentei e com o tempo que poderiam ter o leite materno no frigorífico ou no congelador. Isto permitiu que a informação transmitida fique consolidada e que quando tiverem o bebé em casa possam aplicar os conhecimentos, esclarecendo as suas dúvidas consultando os folhetos.

3. AVALIAÇÃO

Para terminar a formação pedia a colaboração das formandas no preenchimento de uma folha de avaliação relativamente à formação e o resultado foi o seguinte:

- Relativamente à constituição da formação 5 formandas avaliaram como excelente e uma como satisfaz bastante.
- Quanto à formadora 5 das grávidas revelaram que foi excelente e uma satisfaz bastante.
- A organização da formação 4 formandas avaliaram como excelente e 2 como satisfaz bastante, referindo que deveria ter sido uma formação com maior duração.
- Cinco das formandas referiram que todos os assuntos abordados foram úteis e uma referiu que achou mais pertinente as técnicas de amamentação e como proceder se o bebé se engasgar.
- Todas as participantes afirmaram que a formação foi do seu agrado, avaliando no nível 4 (nível de 1 a 4) e que a recomendariam a outras grávidas, afirmando que a formação desmistificou alguns medos e receios da amamentação; que é uma formação muito útil e necessária; que aumenta o conhecimento e segurança dos pais; afastou os medos e aumentou os conhecimentos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que este objectivo foi cumprido e apresentou uma grande pertinência no âmbito da promoção do aleitamento materno e dos cuidados atraumáticos.

As competências que desenvolvi foram: o desenvolvimento de um ensino especializado e individual aos cuidadores, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas no alívio da dor; promoção da amamentação; envolve os pais na prestação de cuidados ao recém-nascido e facilita a comunicação e expressão de emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, Leonardo C.; [et al] – Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciências e Saúde Coletiva. Brasil. ISSN: 1413-8123 (2008) 103- 109.
- LEVY, Leonor; BÉRTELO, Helena – **Manual de aleitamento materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN: 96436.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Aconselhamento em amamentação: Um curso de treino**. Porto. 2007
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Up to what age can a baby stay well nourished by just being breastfeed?** 2012

Anexo I
Plano de sessão

Plano de sessão

Formadora: Andreia Filipa Ramos Lopes

Data: 12 de Junho de 2012

Duração: 90 minutos

Tema: Curso de preparação para a parentalidade: Aleitamento materno .

Público alvo: 6 mulheres grávidas a frequentar o curso na Unidade de Saúde Familiar Abraçar Queluz

Objetivo geral: Sensibilizar as mães no âmbito da importância do aleitamento materno e a sua importância como cuidado atraumático para o bebé.

Objetivos específicos:

- Promoção do aleitamento materno;
- Promover a adesão de cuidados atraumáticos aos familiares do bebé;
- Transmitir conhecimentos acerca dos cuidados atraumáticos e pertinência da sua utilização no bebé.

<u>Momentos</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Métodos</u>	<u>Recursos didáticos</u>	<u>Avaliação</u>	<u>Tempo</u>
Introdução	- Apresentação do formador e formandos, bem como os objetivos da formação.	- Expositivo	- Computador - Data show	_____	5 minutos
Desenvolvimento	- Exposição da temática	- Expositivo - Demonstrativo	- Computador - Data show	_____	65 minutos
Conclusão	- Exposição de considerações finais, esclarecimento de dúvidas e avaliação da formação	- Expositivo - Interrogativo - Avaliação escrita	- Computador - Data show	Avaliação escrita com questionário (questões abertas e fechadas)	20 minutos

Anexo II
Questionário

Avaliação da ação de formação: Curso para a parentalidade –

Aleitamento materno

1. Género

Feminino

Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Está grávida do primeiro filho?

Sim

Não

4. A formação correspondeu às suas expetativas iniciais?

Sim

Não

5. Relativamente à constituição da formação considera que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
Os temas abordados foram interessantes				
Os temas abordados são uteis				
O tempo de formação foi adequado				
Aumentou o conhecimento				

6. Relativamente à formadora, considera que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
Foi clara na apresentação				

Dominou a matéria que ministrou				
Motivou os formandos				
Demonstrou interesse pelas dificuldades dos formandos				

7. Relativamente à organização da ação de formação, considera que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
Qualidade e adequação da documentação distribuída				
Qualidade de suportes pedagógicos utilizados (ex. retroprojetor)				
A duração da ação de formação				
Horário da ação de formação				

8. Dos assuntos abordados qual considera o de maior utilidade?

9. Recomendaria esta ação de formação a outras grávidas? Porquê?

10. O curso foi do seu agrado? Coloque uma x.

Pouco					Muito
	1	2	3	4	

11. Sugestões

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo III
Diapositivos apresentados

Amamentação



Junho de 2012

Anatomia da mama



Vantagens

Leite materno:

- Substâncias e nutrientes perfeitos
- Facilmente digerível
- Proteção das infecções

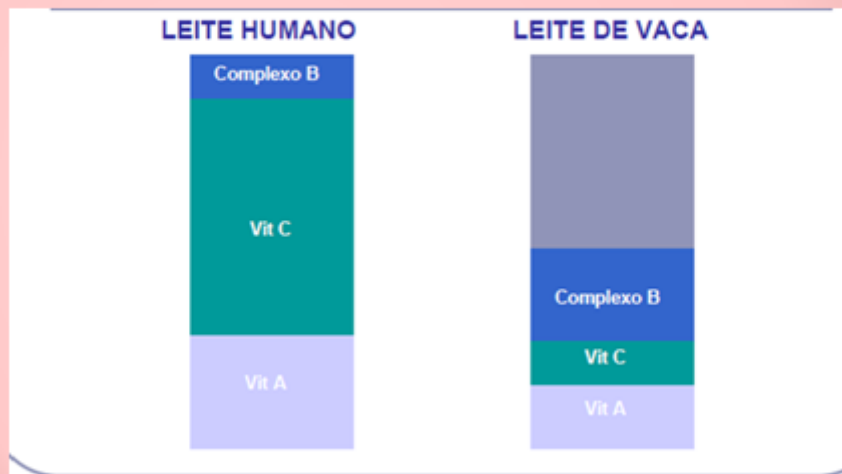


- É grátis!

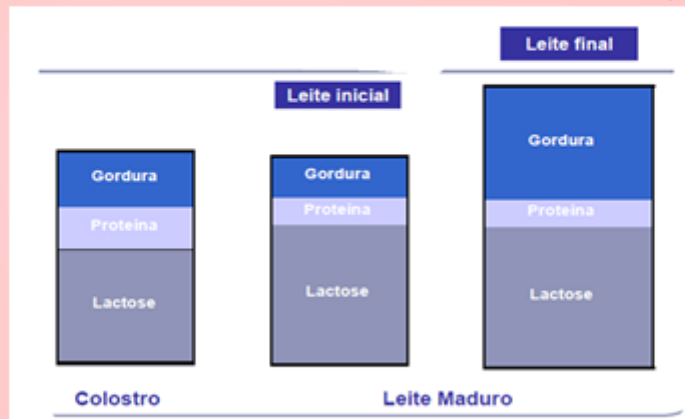
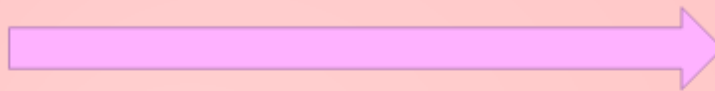
Amamentação:

- Favorece o desenvolvimento do vínculo entre o bebê e a mãe
- Protege a saúde da mãe (útero, ovários, mama)

Diferenças de leites



Diferentes leites



Colostro

Propriedades	Importância
Rico em anticorpos	Proteção de infecções e alergias
Rico em glóbulos brancos	Proteção de infecções
Laxante	Eliminação do mecônio
Fatores de crescimento	Maturação intestinal mais rápida e prevenção de alergias e intolerâncias
Rico em Vit. A	Prevenção de infecções e doenças dos olhos

Necessidades do bebé



Benefícios psicológicos do aleitamento materno

- Ligação afetiva mãe/bebé
 - Estreito contato físico e emocional
 - Bebé chora menos
- Existem vários estudos que referem que bebés amamentados têm um aumento do QI



Leite materno e promoção de conforto

- O leite humano alivia a dor
- Reduz o choro do bebé
- Diminui ativação comportamental
- Acalma o bebé



Recomendações...

- Se possível iniciar nos primeiros 30 minutos após o parto
- Amamentação exclusiva até aos 6 meses, introduzindo novos alimentos a partir da idade referida
- Continuar a amamentar até aos 2 anos de idade



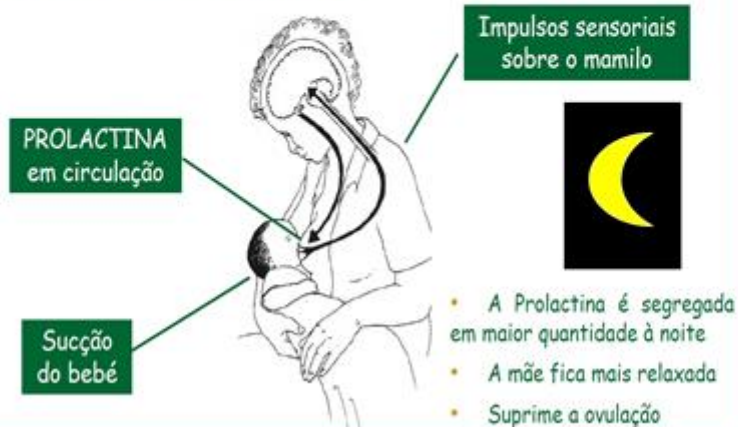
Hormonas

- Prolactina:
 - Através do estímulo da sucção aumenta a produção de leite
- Ocitocina
 - Importante na libertação do leite dos lóbulos mamários
- 1º ao 5º dia após o parto – produção de colostro



Prolactina

Entra em circulação **DEPOIS** da mamada para produzir o leite da mamada **SEGUINTE**



Ocitocina

Actua **ANTES** ou **DURANTE** a MAMADA e permite a ejeção do leite

Ocitocina em circulação



Impulsos sensoriais do mamilo

Sucção do bebé

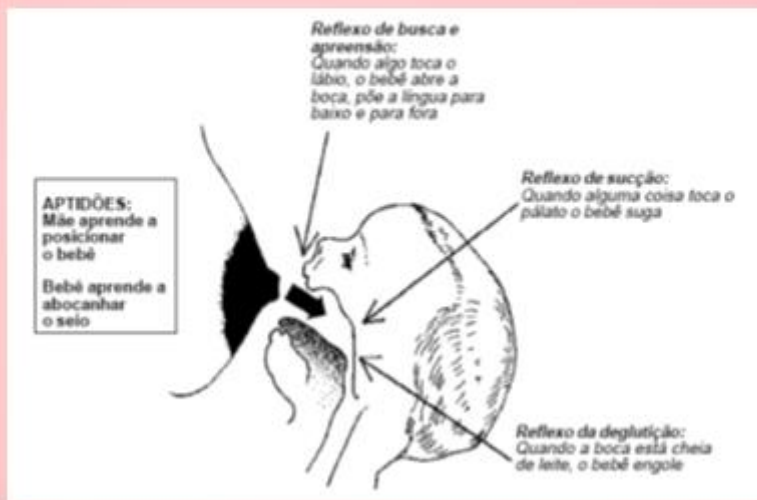
Provoca contracção uterina

Como sentir reflexo da ocitocina?

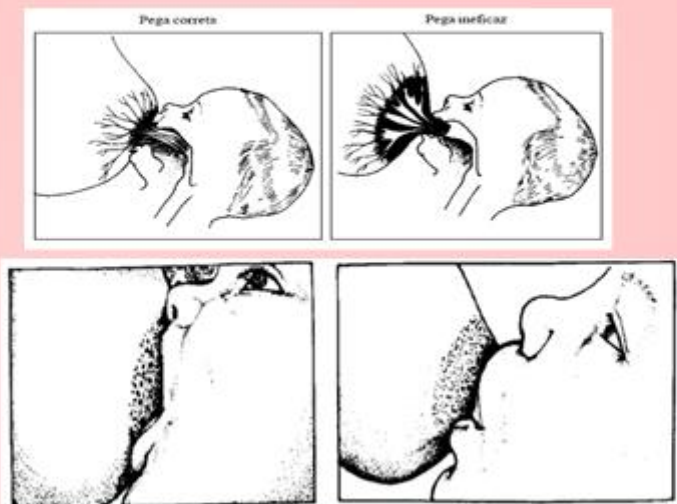
- Sentir formigueiro na mama
- Leite a pingar quanto sente o bebé ou o ouve chorar
- Leite a pingar da outra mama quando o bebé está a mamar
- Dor abdominal e perdas de sangue durante a mamada na 1ª semana pós-parto



Reflexos do bebê



Pega



Consequências de pega incorreta

- Dor e feridas nos mamilos
- Leite materno não é extraído eficientemente – mamas ingurgitadas
- ↓
- Oferta de leite parece insuficiente: bebê fica insatisfeito e quer mamar mais
- ↓
- Mamas produzem menos leite

Pega

- - Toque os lábios do bebê com o mamilo
- - Espere até que a boca esteja bem aberta
- - Aproxime rapidamente o bebê à mama, fazendo que o seu lábio inferior fique abaixo do mamilo



Posição bebé



Posição bebé



Posição bebé



Posições

- Sente-se numa posição confortável e própria
- Os quatro pontos chave são:
 - - com a cabeça e o corpo em linha recta
 - - com o rosto de frente para a mama e o nariz de frente para o mamilo
 - - com o corpo junto ao da mãe
 - - com as nádegas apoiadas, se recém-nascido

Como segurar a mama?

- com os dedos contra a parede torácica por baixo da mama;
- - com o dedo indicador apoiando a mama;
- - com o dedo polegar por cima.

- Os dedos não devem estar próximos do mamilo.



Aleitamento materno

- A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos
- bebés mamam 90% do que precisam em 4 minutos

- Alguns bebés prolongam mais as mamadas, por vezes até 30 minutos ou mais

- O que é importante é perceber que o bebé está a obter leite da mama da mãe e não está a fazer da mama da mãe uma chupeta, pois isto pode macerar os mamilos e criar fissuras

Aleitamento materno

- O horário não é o mais importante; o bebé deve ser alimentado quando tem fome – chama-se a isto o *regime livre*. Quando um bebé tem fome acorda para comer
- No entanto não se deve deixar o bebé dormir mais de 3 horas durante o primeiro mês de vida



Aleitamento materno

- Quando um bebé começa a mamar na mama da mãe, o primeiro leite que obtém é mais rico em água e lactose, que é o açúcar do leite; à medida que a mamada prossegue, o leite vai tendo cada vez mais gordura
- O que é importante é que o bebé esvazie uma mama em cada mamada; o bebé deve primeiro esvaziar a primeira mama e se depois disso continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama
- Colocar o bebé à mama e esvaziar a mama é o segredo para uma maior produção de leite

Aleitamento materno

A ausência de stress é muito importante, pois este é inimigo da lactação, dado que impede a ejeção do leite, que fica assim retido na mama



Leite materno e alimentação da mãe

- Por vezes a mãe nota que o seu bebé passa mal quando ela come um determinado tipo de alimento. Isto é porque substâncias do alimento passam através do leite
- Pode acontecer com qualquer alimento e não há nenhum alimento que se deve especialmente recomendar à mãe que evite, a menos que ela note problema
- Bebés podem tornar-se alérgicos à proteína de alguns alimentos da dieta da mãe (particularmente leite de vaca, soja, ovo, amendoim)

Leite materno hábitos da mãe

- Cafeína no café, chá, e coca-cola, podem passar através do leite materno e influenciar o bebê
- Se a mãe fuma cigarros ou usa outras drogas, é provável que o bebê chore mais do que os outros bebês. Se alguém na família fuma, isto também pode afetar o bebê



Mamas cheias

- Quando o leite “desce”, por volta do 2.º-3.º dias, as mamas podem ficar quentes, mais pesadas e duras, devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos da mama
- A mãe pode ter um ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa, em regra, os 38º C, durante 24 horas
- Habitualmente, o leite sai com facilidade e a mãe continua a dar de mamar sem dificuldade
- Pode dar de mamar com frequência para retirar o leite, ou retirá-lo manualmente ou com bomba
- Depois de alguns dias, sentirá as mamas vazias e confortáveis

Ingurgitamento mamário

- Algumas vezes, especialmente se o leite não é retirado em quantidade suficiente, as mamas podem ficar ingurgitadas
- **Causas:**
 - - Abundância de leite
 - - Início tardio da amamentação
 - - Pega inadequada
 - - Remoção do leite materno pouco frequente
 - - Restrição da duração e frequência das mamadas

Ingurgitamento mamário

Mamas cheias

Quente
Pesada
Endurecida

Leite a pingar
Sem febre

Mamas ingurgitadas

Dolorosa
Edemaciada
Tensa, mamilo apagado
Brilhante ou avermelhada
O leite **não** pinga
Pode haver febre durante 24 horas

Ingurgitamento mamário - PREVENÇÃO

- Iniciar a amamentação logo após o parto
- Assegurar uma boa pega
- Amamentar livremente em diferentes posições
- ***Antes de amamentar ou extrair o leite, estimule o reflexo de ocitocina***
 - Colocar uma compressa morna nas mamas ou tomar um banho de chuveiro
 - Massajar o pescoço e costas da mãe
 - Massajar com suavidade as mamas
 - Estimular a mama e mamilo
 - Ajudá-la a relaxar
 - Por vezes um banho morno de chuveiro ou banheira faz com que o leite flua das mamas e estas fiquem moles e acessíveis para o bebé mamar

Como extrair leite manualmente?

- Lave as mãos antes de iniciar a extração
- Sente-se confortavelmente, coloque o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador sob a aréola mamária e pressione em direcção ao tórax (costelas); não deve deslizar os dedos para não magoar
- Pressione e solte de seguida, não deve sentir dor; se sentir, é porque não está a aplicar a técnica corretamente
- O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade
- Rode os dedos para massajar todos os locais
- Faça a expressão do leite até sentir a mama flácida (mole)

Como extrair leite manualmente?



Mamilos doloridos

O que fazer?

- Não lavar as mamas mais do que uma vez por dia, não usar sabão nem esfregar com toalha. As mamas não precisam ser lavadas antes ou no fim das mamadas. Um chuveiro diário é tudo o que é necessário. A lavagem remove os óleos naturais da pele e facilita as dores nos mamilos
- Não usar loções medicamentosas e cremes, porque estes podem irritar a pele e não há evidência de que sejam úteis
- No fim da mamada proteja o mamilo e aréola com o seu próprio leite. Isto ajuda a cura

Recusa mamar

- **Doença:**
- O bebé pode pegar a mama mas mamar menos do que antes
- **Dor:**
- - O bebé chora e recusa mamar quando a mãe tenta amamentá-lo
- Dor na boca (infecção por Cândida, dentição num bebé mais velho)
- **Nariz entupido:**
- - O bebé faz algumas sucções, depois pára e chora

Recusa mamar - amamentação

- Foi amamentado com biberão ou mamou numa chupeta
- O bebé não consegue extrair o leite necessário por pega ineficaz ou ingurgitamento mamário
- Posicionamento incorreto
- Restrição das mamadas, amamentação com horário rígido
- Demasiado leite, que desceu rapidamente devido a uma super produção. O bebé mama durante pouco tempo, mas larga a mama porque está sufocado ou chora. A mãe pode notar que o leite se exterioriza quando ele larga a mama
- Dificuldade inicial em coordenar a sucção

Recusa mamar – bebê aborrecido

- Os bebês têm sentimentos fortes e se estão aborrecidos podem recusar-se a mamar
- Isto é mais comum quando o bebê tem entre 3 a 12 meses. Ele subitamente recusa várias mamadas. A este comportamento é chamada “greve de fome”
- **Causas possíveis:**
 - Separação da mãe, por exemplo quando ela começa a trabalhar.
 - Pessoa desconhecida a cuidar dele, ou muitas pessoas à sua volta
 - Uma mudança na rotina familiar por exemplo, mudança de casa, visita de familiares...
 - Doença da mãe ou infecção da mama
 - Menstruação da mãe
 - Uma mudança no cheiro da mãe, por exemplo, sabonete diferente ou alimento diferente

Recusa mamar

- **Será real?**
 - Por vezes um bebê comporta-se de forma tal que a mãe pensa que ele está a recusar mamar
 - Quando um bebê recém-nascido “busca” a mama, ele move a cabeça de um lado para o outro como se estivesse a dizer “não”. Entretanto, este é um comportamento normal
 - Entre os 4 a 8 meses, os bebês distraem-se facilmente, por exemplo quando ouvem um ruído. Eles podem subitamente parar de mamar
 - Depois de 1 ano de idade, um bebê pode desmamar por si mesmo

Recusa mamar – O QUE FAZER?

Perceber a causa e tratá-la



Sinais que o bebé pode não estar a receber leite suficiente

- Ganho de peso insatisfatório
- Urina em pequena quantidade e concentrada
- Bebé não satisfeito após as mamadas.
- Bebé chora muito.
- Mama muitas vezes.
- Mamadas muito longas.
- Bebé que se recusa a mamar.
- Bebé com fezes duras, secas ou verdes.
- O leite não sai quando a mãe tenta extrair.
- Mamas não aumentaram durante a gravidez.
- Leite não “desceu” (depois do parto).

Pegar o bebé se tiver cólicas



Vamos poupar!

- Em média para alimentar com leite de fórmula um bebé nos primeiros 6 meses de vida, precisa de 44 latas de 500 gramas de fórmula para lactentes (precisa de cerca de 5 latas no primeiro mês, 7 no segundo e 8 latas para os próximos 4 meses).



**Nos primeiros 6 meses gasta cerca de
572euros!**

Conservar o Leite Materno

- Pode conservar leite materno no frigorífico ou no congelador, em recipientes próprios para alimentos:
- **Sacos de congelação, para curtos períodos de tempo (72h)**
- Recipientes de **plástico rígido** ou **vidro, com tampa, para períodos de tempo alargados**
- Quando não dispuser de frigorífico, ou precisar de transportar o seu leite:
 - - Utilize um saco térmico
 - - Renove o gelo a cada 24h
 - - Proteja o leite do contacto direto

Conservar o Leite Materno

- - Conserve as pequenas porções, no frio em diferentes recipientes;
- - O seu leite é precioso, logo que obtenha a **quantidade desejada, congele-o**
- - Pode ser congelado mesmo se permaneceu 48h no frigorífico;
- - Nunca junte leite recém extraído ainda morno ao leite já frio ou congelado
- - Identifique os recipientes e registre a data de cada congelação;
 - - Mantenha todos os outros alimentos em caixas fechadas, para não contaminarem o seu leite.

Conservar o Leite Materno

- Quando pretender descongelar leite:
 - Consuma em 1º lugar, o guardado há mais tempo
 - Prefira uma **descongelação lenta dentro do frigorífico**
- **Leite materno descongelado:**
 - consuma nas 24h seguintes
 - não recongele
 - O **microondas continua a não** estar indicado para descongelar ou amornar o leite humano
 - Se for imperioso, **acelerar a descongelação pode colocar o recipiente sob água corrente, primeiro "fria" depois morna**, mas esse leite será válido apenas para **consumo imediato**
- **Inutilize:**
 - leite amornado, não consumido
 - leite com mau odor

Conservar o Leite Materno

- O leite materno pode ficar com um aspeto cremoso e espesso no cimo, e aquoso em baixo, pelo que antes de ser consumido deve ser suavemente homogeneizado até que as duas partes se misturem
- O leite materno pode ser oferecido, à temperatura ambiente, ou ligeiramente amornado
- Pode ser oferecido por copinho, pequena colher ou biberão



CONTACTOS ÚTEIS

Nome Sobrinho: _____
 Telefone: _____
 Id*: _____
 Centro Alimentação: _____

Este destinatário pode ser utilizado:
 - No Sistema de Saúde do seu filho
 - Afiliado ao frigorífico
 - No Infante do seu bebé
 - Em casa da ama que cria o seu bebé

Linha direta de apoio às mães:
www.suportematernidade.gov.br
www.amaemater.pt
www.maternidade.org
www.compartimentacao.org

CONTACTOS ÚTEIS

Nome Sobrinho: _____
 Telefone: _____
 Id*: _____
 Centro Alimentação: _____

Este destinatário pode ser utilizado:
 - No Sistema de Saúde do seu filho
 - Afiliado ao frigorífico
 - No Infante do seu bebé
 - Em casa da ama que cria o seu bebé

Linha direta de apoio às mães:
www.suportematernidade.gov.br
www.amaemater.pt
www.maternidade.org
www.compartimentacao.org

PARA FACILITAR A EXTRAÇÃO DO LEITE

- Escolha um local e momento adequados, procure relaxar, beba uma bebida morna, ouça música, olhe para o seu bebé (ou para uma foto dele).
- Pode massajar suavemente a mama com os nós dos dedos, ou tocar levemente com as pontas dos dedos, em movimentos circulares e também em volta da areola na direcção do mamilo.



Fonte: O Manual de Saúde

LAVAGEM E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

- Os materiais utilizados na extração e no armazenamento podem ser lavados na máquina da loiça, ou sob água corrente e sabão (não utilize detergentes concentrados).
- Devem ser bem enxaguados com água corrente e em seguida fervidos ou esterilizados.

É fundamental que lave as mãos, antes de extrair o leite, e sempre que manusear os materiais.

ALTERNATIVAS PARA EXTRAIR LEITE MATERNO

- Cada mãe deve escolher o material que melhor se adapta a si.
- As máquinas e os cones quando adaptados à mama, deverão permitir a maior eficácia, com um mínimo de desconforto.
- No mercado existem muitos modelos disponíveis.



Se o seu bebé nasceu doente ou prematuro, confirme com os profissionais de saúde os prazos de conservação praticados e os procedimentos do Serviço

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Wu, A., Lerner, R., & Lerner, R. (2010). *Manual de Saúde da Mulher, 2ª edição*. Porto Alegre: Artmed.

Wu, A., Lerner, R., & Lerner, R. (2010). *Manual de Saúde da Mulher, 2ª edição*. Porto Alegre: Artmed.

Wu, A., Lerner, R., & Lerner, R. (2010). *Manual de Saúde da Mulher, 2ª edição*. Porto Alegre: Artmed.

Wu, A., Lerner, R., & Lerner, R. (2010). *Manual de Saúde da Mulher, 2ª edição*. Porto Alegre: Artmed.



EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO

Quando necessário é possível recolher e conservar o leite materno em casa!

ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO

Pode conservar leite materno no frigorífico ou no congelador, em recipientes próprios para alimentos.

- Sacos de congelação, para curtos períodos de tempo (72h).
- Recipientes de plástico rígido ou vidro, com tampa, para períodos de tempo alargados.

Quando não dispuser de frigorífico, ou precisar de transportar o seu leite:

- Utilize um saco térmico;
- Remova o gelo a cada 24h;
- Proteja o leite do contacto directo.

Com muitas aberturas da porta a temperatura do frigorífico torna-se menos estável!

Pode ir extraindo leite, mas:

- Conserve as pequenas porções, ao fio em diferentes recipientes;
- O seu leite é precioso, logo que obtenha a quantidade desejada, congele-o;
- Pode ser congelado mesmo se permaneceu 48h no frigorífico;
- Nunca junte leite recém extraído ainda morno ao leite já frio ou congelado;
- Identifique os recipientes e registre a data de cada congelação;
- Mantenha todos os outros alimentos em caixas fechadas, para não contaminarem o seu leite.

RECOMENDAÇÕES PARA DESCONGELAÇÃO

Quando pretender descongelar leite:

- Consuma em 1º lugar, o guardado há mais tempo;
- Prefira uma descongelação lenta dentro do frigorífico;
- Leite materno descongelado:
 - + consuma nas 24h seguintes;
 - + não recongele;
- O microondas continua a não estar indicado para descongelar ou amornar o leite humano;
- Se for imperioso, acelerar a descongelação pode colocar o recipiente sob água corrente, primeiro "fria" depois morna, mas esse leite será válido apenas para consumo imediato.
- Inutilize:
 - + leite amornado, não consumido
 - + leite com mau odor

PARA A ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ/LACTENTE

- O leite materno pode ficar com um aspecto cremoso e espesso no cimo, e agitado em banho, pelo que antes de ser consumido deve ser suavemente homogeneizado até que as duas partes se misturem;
- O leite materno pode ser oferecido, à temperatura ambiente, ou ligeiramente amornado;
- Pode ser oferecido por copinho, pequena colher ou biberão.

EXTRAÇÃO MANUAL DO LEITE MATERNO

Para recolher o seu leite apenas precisará de uma taça esterilizada ou escaldada.

Instale-se confortavelmente e siga estes passos:

- Faça um "C" com a sua mão colocando e puxar acima da areola e o indicador abaixo.

- Mantenha a mama pressionada contra as suas costelas;
- Pressione, sem o puxar e o indicador ao mesmo tempo;
- Em seguida alixe a pressão;
- Pressione novamente e...
- Volte a alisar, repetindo estes passos num movimento rítmico.

Informações úteis:

- Evite que os seus dedos deslizem sobre a pele e saiam do lugar inicial;
- Quando o leite gotejar em menor quantidade experimente rodar gentilmente a posição da mão e extrair leite de outra área da mama;
- Ir alternando uma e outra mama pode facilitar a saída do leite;
- Com a prática a extração será mais fácil e mais eficaz;
- Atear à hora do dia também pode ajudar;
- Extrair leite durante a noite contribui para aumentar a produção de leite.

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

LEITE RECIÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
A temperatura ambiente (se -10°C)	6h horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1º gaveteiro do frigorífico (0-4°C)	8 dias
Fundo 1º gaveteiro do frigorífico (-17°C)	30 dias*
*Se temp -10°C depois 2º dia, consumir é o seguinte	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador separado (tipo Câmara)	30 meses
No arca frigorífica (-18°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	imediatos

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

LEITE RECIÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
A temperatura ambiente (se -10°C)	6h horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1º gaveteiro do frigorífico (0-4°C)	8 dias
Fundo 1º gaveteiro do frigorífico (-17°C)	30 dias*
*Se temp -10°C depois 2º dia, consumir é o seguinte	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador separado (tipo Câmara)	30 meses
No arca frigorífica (-18°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	imediatos

Engasgamento



Obrigado pela vossa atenção!



Referências bibliográficas

- OMS; UNICEF – Aconselhamento em Aleitamento Materno. Portugal: Porto. 2007
- Direção Geral de Saúde – Extração e conservação do leite materno

Anexo III

Relatório da formação às educadoras

Universidade Católica Portuguesa

Curso de Enfermagem de natureza Profissional: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Turma 5 – 2º Semestre

Relatório da formação: “Primeiros Socorros”

Estágio Módulo I – Unidade de Saúde Familiar Abraçar Queluz

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.^a Especialista Elsa Ramos

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Maio de 2012

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	3
2. DESENVOLVIMENTO	4
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	6
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7
5. ANEXO I	8
6. ANEXO II	9
7. ANEXO III	10

1. INTRODUÇÃO

Este relatório foi realizado no âmbito do estágio módulo I, na unidade de Saúde Familiar Abraçar Queluz, cujo objectivo era desenvolver um plano assistencial à criança que envolve a formação das educadoras acerca dos cuidados atraumáticos, através da realização de duas sessões de educação para a saúde a 5 educadoras do jardim de infância de casal de cambra, sobre primeiros socorros, mas apontando os cuidados atraumáticos como foco principal de intervenção.

2. DESENVOLVIMENTO

Apesar de se valorizar uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumático possível, muitas vezes os cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores e por isso os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, ou seja atraumáticos. Estes cuidados visam a redução do stress psicológico e físico, com o objetivo de atenuar a dor corporal, para que a criança atinja bem estar. (TAVARES, 2008) Um dos objetivos dos cuidados atraumáticos é estimular o controlo da criança, reduzindo a angústia psicológica que pode incluir a ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa (HOCKENBERRY, 2006), sentimentos que surgem quando a criança sente algum desconforto (ex.: aquando a hospitalização, quando sente dor, etc.).

Neste âmbito, observei a necessidade de realizar um projeto junto das crianças, família, profissionais de saúde e educadores de forma que estes fatores negativos sejam minimizados e a criança apresente uma melhor tolerância quando apresenta algum desconforto ou quando é necessária a hospitalização.

Foi realizada a divulgação da acção após uma visita ao Jardim de Infância e foi agendada uma data adequada a todos os intervenientes. Ficou acordado que seriam realizadas 2 sessões de 1 hora cada, visto que era a disponibilidade apresentada.

Está presente uma crescente necessidade de implementação de formação contínua nas organizações, detectando as suas necessidades e formando de acordo com as suas lacunas, pelo que as educadoras foram questionadas sobre as temáticas mais importantes e relevantes para o seu trabalho, de forma a concretizar os seus objectivos.

Após delinear o tema que pretendo desenvolver, os cuidados atraumáticos, tomei conhecimento da necessidade sentida pelas educadoras de infância relativamente à temática primeiros socorros, assim sendo, desenvolvi esta temática, expondo também a importância dos cuidados atraumáticos à criança, quando esta necessitasse.

A formação foi apresentada numa sala, a 6 educadoras do sexo feminino, que exerciam funções no jardim de infância de Casal de Cambra e decorreu durante os dias 10 e 17 de Maio de 2012.

Foram desenvolvidos diversos aspetos entre os quais a dor na criança, febre, vómitos, diarreia, convulsão, ferimentos da pele, queimaduras, corpos estranhos, intoxicações, engasgamento, picadas de inseto, traumatismos, hemorragia, choque

eléctrico, afogamento e cuidados a ter com o sol, visto que as formandas vão para a praia com as crianças.

Achei pertinente abordar estes temas, demonstrando casos práticos para as formandas responderem, tornando a formação prática e interativa. No final, a pedido das educadoras houve uma breve explicação acerca do suporte básico de vida.

3. AVALIAÇÃO

No meu ponto de vista, a formação foi bastante produtiva, adquiriram-se conhecimentos muito importantes que potenciaram uma boa prestação de cuidados à criança. A relação entre formando e formadores revelou-se bastante interativa conseguindo-se que no final da acção de formação, no meu entender exista uma satisfação comum.

No final da acção de formação foi realizada uma avaliação, de forma a conhecer a opinião das educadoras, sendo que todas as intervenientes afirmaram ter ficado esclarecidas relativamente ao tema, e que a formadora transmitiu a informação de forma clara e apresentou os meios audiovisuais adequados. A percepção geral é a de que a acção de formação foi útil já que se mostrou bastante relevante para a prática, algumas formandas referindo que foram abordadas diversas questões do dia-a-dia e que podem surgir a qualquer momento. Todas as formandas mencionaram que gostariam de ver a temática mais desenvolvida, referindo que muitas vezes não sabem como lidar com a situação, que é um tema muito importante para a segurança, que é uma mais valia para o seu trabalho e que gostariam de ter mais situações, ganhando assim mais destreza para agir numa situação de urgência. Relativamente às sugestões, duas formandas indicaram a pertinência de realizar uma formação aos pais das crianças.

Na minha opinião esta formação foi muito relevante para as educadoras e com a realização de casos práticos, estas ficaram mais despertas e conseguindo dar resposta às diferentes situações expostas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero assim que este objetivo teve um impacto bastante positivo nas formandas e que se revelou útil para a sua prática.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5
- TAVARES, PATRÍCIA P. S. – **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-70-7.

Anexo I
Plano de sessão

Plano de sessão

Formador: Andreia Filipa Ramos Lopes

Data: 10 e 17 de Maio de 2012

Duração: 120 minutos

Tema: Primeiros Socorros

Público alvo: 6 Educadoras do Jardim de Infância de Casal de Cambra.

Objetivo geral: Sensibilizar as educadores no âmbito da pertinência dos cuidados atraumáticos.

Objetivos específicos:

- Desenvolver um plano assistencial à criança que envolve a formação das educadoras, no âmbito dos primeiros socorros;
- Transmitir conhecimentos acerca dos cuidados atraumáticos e pertinência da sua utilização na criança.

<u>Momentos</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Métodos</u>	<u>Recursos didáticos</u>	<u>Avaliação</u>	<u>Tempo</u>
Introdução	- Apresentação do formador e formandos, bem como os objetivos da formação.	- Expositivo	- Computador - Data show	_____	5 minutos
Desenvolvimento	- Exposição da temática	- Expositivo - Demonstrativo com resolução de casos	- Computador - Data show	_____	105 minutos
Conclusão	- Exposição de considerações finais, esclarecimento de dúvidas e avaliação da formação	- Expositivo - Demonstrativo - Avaliação escrita	- Computador - Data show	Avaliação escrita com questionário (questões abertas e fechadas)	10 minutos

Anexo II
Diapositivos

PRIMEIROS SOCORROS



- Objectivo geral:

- Transmitir conhecimentos sobre os primeiros socorros à criança.

- Objectivos específicos:

- Informar sobre os cuidados a ter com feridas, aspiração de corpos estranhos, envenenamento, traumatismos, fracturas hemorragias, choque eléctrico, afogamento, reanimação cardio-respiratória, febre, diarreia, vómitos, convulsões e cuidados a ter com o sol.

Dor na criança

- Cada pessoa vivencia a dor de forma diferente, tendo em conta fatores como a história de vida, contexto socio-cultural, tipo de personalidade e situação atual, ou seja, relacionado com o modo como cada indivíduo na sua singularidade vivencia essa experiência.
- A dor na criança representa uma experiência desagradável e causadora de sofrimento, impedindo o seu adequado desenvolvimento.



Distração e mimo



- A maior parte das crianças com dor moderada, consegue controlar a mesma através da distração, que se baseia na capacidade de se deixar levar por estímulos lúdicos e numa forma centrada do aqui e agora como a criança sabe viver as suas experiências.
- O brinquedo terapêutico é um método extremamente precioso utilizado no alívio da dor.
- É importante ter atenção às especificidades e singularidades de cada criança.
- A distração é uma das medidas não farmacológicas de alívio da dor mais utilizadas, desviando a atenção da criança para algo que não seja a dor.

Febre

- Elevação da temperatura corporal acima dos $37,5^{\circ}\text{C}$ (axilar) ou 38°C (rectal) ou $38,2^{\circ}\text{C}$ (timpânica).
- Sintoma mais frequente em Pediatria
- Normalmente por infecção de origem viral
- Sinais e sintomas:
 - Pele fria e pálida
 - Cianose periférica
 - Calafrio

Febre

- **O que fazer?**
- Administrar Paracetamol ou Ibuprofeno
- Arrefecimento corporal - Banho tépido -imersão em água tépida 10-20 min.
- Hidratação oral
- Repouso Temperatura ambiente confortável
- Vestuário leve

Febre

- **Levar ao hospital se:**
- Febre não ceder em 3/4 dias
- Criança prostrada + Petéquias
- Criança com alteração estado geral
- Criança com temperatura $>39^{\circ}\text{C}$ que não cede facilmente ao antipirético
- Se apresentar uma convulsão



Vômitos

- **Causa:**
 - Infeciosa
 - Gastroenterológica
 - Metabólica
 - Alérgica
 - Doenças sistema nervoso central
 - Ingestão de tóxicos/ medicamentos
 - Psicogénica
- **O que fazer?**
 1. Frequência e causa dos vômitos??
 2. Passado no mínimo 30 minutos oferecer líquidos açucarados à temperatura ambiente.
 3. Se voltar a vomitar, esperar 1 – 3 h e fazer nova tentativa.
 4. Se mantiver vômitos repetidos ou vômito com sangue encaminhar para hospital.



Diarreia

- Aumento da frequência das dejeções e/ ou diminuição da consistência das fezes, em relação aos hábitos normais da criança.
- Se a criança não apresentar sinais de desidratação (como palidez, sonolência e pele seca) oferecer líquidos açucarados e soro de rehidratação oral.
- Se apresentar febre, muitas dejeções líquidas, dejeções com sangue ou dejeções líquidas e vômitos a criança deve ser encaminhada para o hospital.



Gastroenterite – dieta adequada

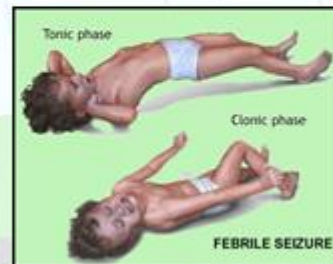
- **O que oferecer à criança?**
- Água, SRO ou Chá açucarado
- Creme de cenoura e batata
- Caldo de arroz com peito de frango
- Gelatina
- Banana, maçã cozida ou assada
- Bife grelhado com arroz, peixe cozido
- Torrada com pouca manteiga, bolacha de água e sal ou maria
- Iogurte natural ou com aroma de banana
- Excluir leite

Caso 1

- Criança com 4 anos com ar de doença, mãos frias e testa muito quente
- Avaliam a temperatura e está com 39,5 °C
- Quando vão buscar o Paracetamol, a criança apresenta uma convulsão
- O que fazer??

Convulsão

- Pode ter várias razões (como a febre);
- Pode ficar com a cabeça rígida, olhos revirados e braços e pernas a mexer;
- **O que fazer??**
 - Se tiver objectos na boca, devem ser retirados rapidamente;
 - Manter a criança confortável e evitar que esta se magoe;
 - Colocar a criança de lado;
 - Não se deve prender os movimentos da criança;
 - Normalmente as convulsões febris são breves, benignas e não levam a lesões cerebrais



Ferimentos na pele

Como actuar:

- Acalmar a criança (brincar, dar mimo, distrair)
- Lavar as mão antes de tocar na ferida
- Lavar a ferida de dentro para fora
- Secar a ferida sem esfregar ou arrastar com força a mais
- Aplicar desinfectante dérmico/lavar com soro fisiológico



Ferimentos na pele

Atenção!

- Se a ferida for ligeira e superficial pode ser deixada exposta ao ar ou coberta com pequeno penso protector.
- É importante a exposição ao ar para favorecer a cicatrização e a redução de humidade na ferida.



Ferimentos na pele

- Se a ferida for de grandes dimensões, profunda, perfurada, contenha objectos, apresente tecidos esmagados ou infectados ou outras situações deverá recorrer à urgência do hospital mais próximo.
- Durante o transporte a ferida deverá ser tapada e protegida.



Ferimentos na pele

Evitar!

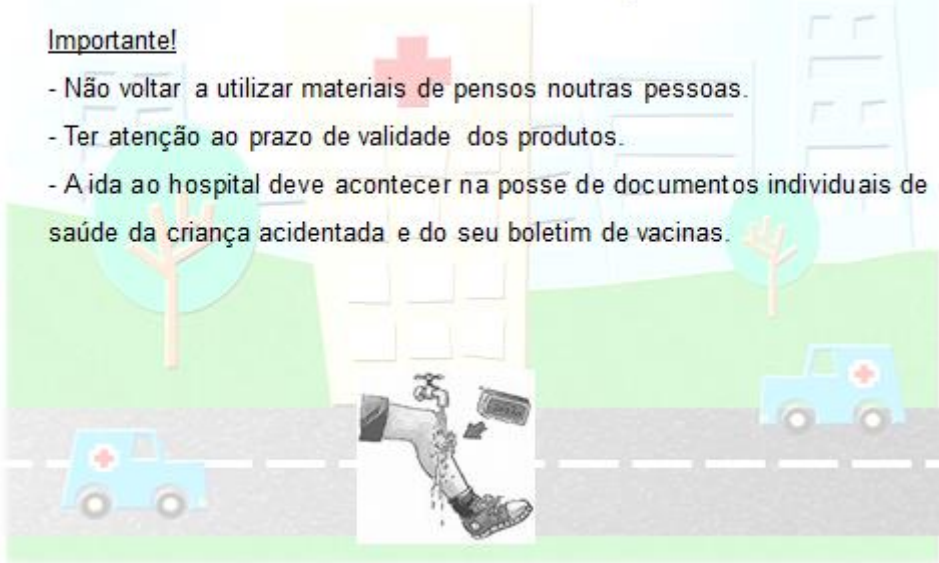
- Tocar na ferida sem ter as mãos lavadas.
- Soprar, tossir ou espirrar sobre a ferida.
- Fazer compressão extrema nas feridas.
- Manipular feridas mais graves ou de maior extensão.



Ferimentos na pele

Importante!

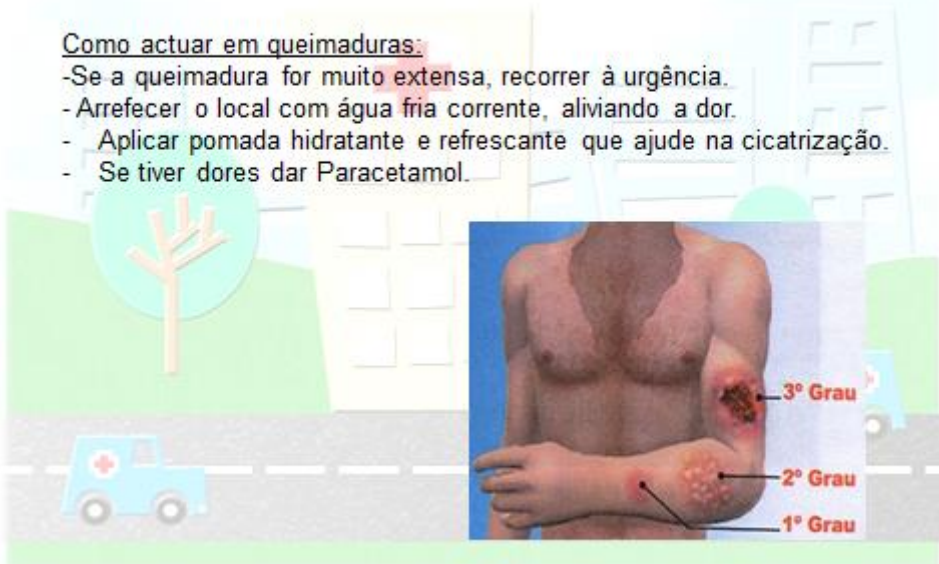
- Não voltar a utilizar materiais de pensos noutras pessoas.
- Ter atenção ao prazo de validade dos produtos.
- A ida ao hospital deve acontecer na posse de documentos individuais de saúde da criança acidentada e do seu boletim de vacinas.



Queimaduras

Como actuar em queimaduras:

- Se a queimadura for muito extensa, recorrer à urgência.
- Arrefecer o local com água fria corrente, aliviando a dor.
- Aplicar pomada hidratante e refrescante que ajude na cicatrização.
- Se tiver dores dar Paracetamol.



Queimaduras

Evitar!

- Remover qualquer porção de tecido ou outro material que tenha ficado agarrado à queimadura.
- Rebentar as bolhas que se possam formar.
- Se eventualmente tiverem rebentado não remover a pele da ferida.

Importante!

- Proteger-se da exposição solar desnecessária.
- Se as roupas da vítima se encontrarem a arder, envolve-las numa toalha ou lençol molhado ou então fazê-la rolar pelo chão.

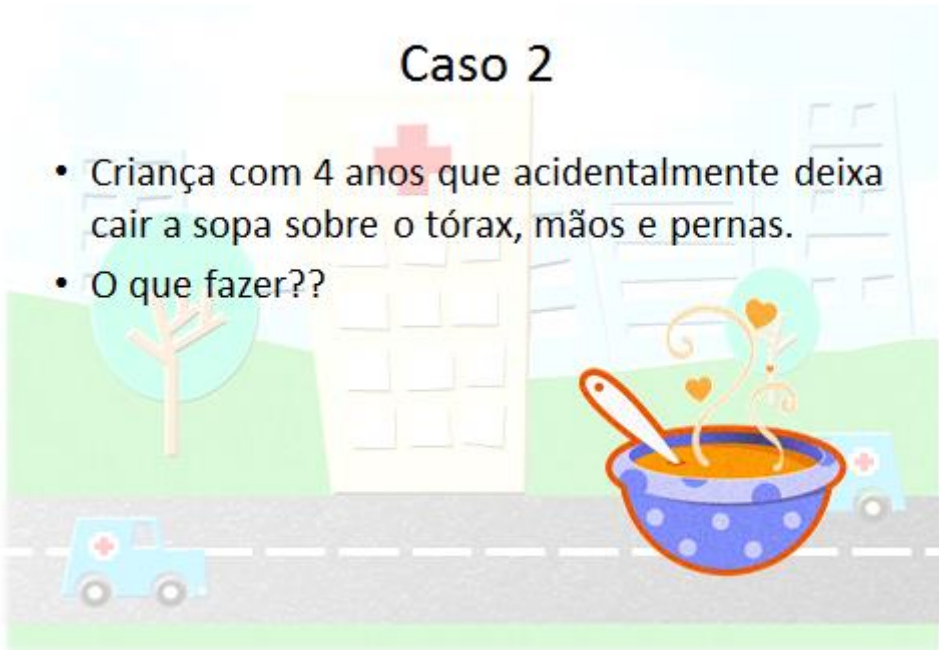


Queimaduras

- Se a queimadura acontecer com líquidos a ferver, despir de imediato e com cuidado a vítima.
- Ter atenção ao prazo de validade dos produtos utilizados.
- Durante o período de tratamento é muito importante ingerir líquidos (água, sumos, chá...)
- A ida ao hospital deve acontecer na posse de documentos individuais de saúde da criança acidentada e do seu boletim de vacinas.

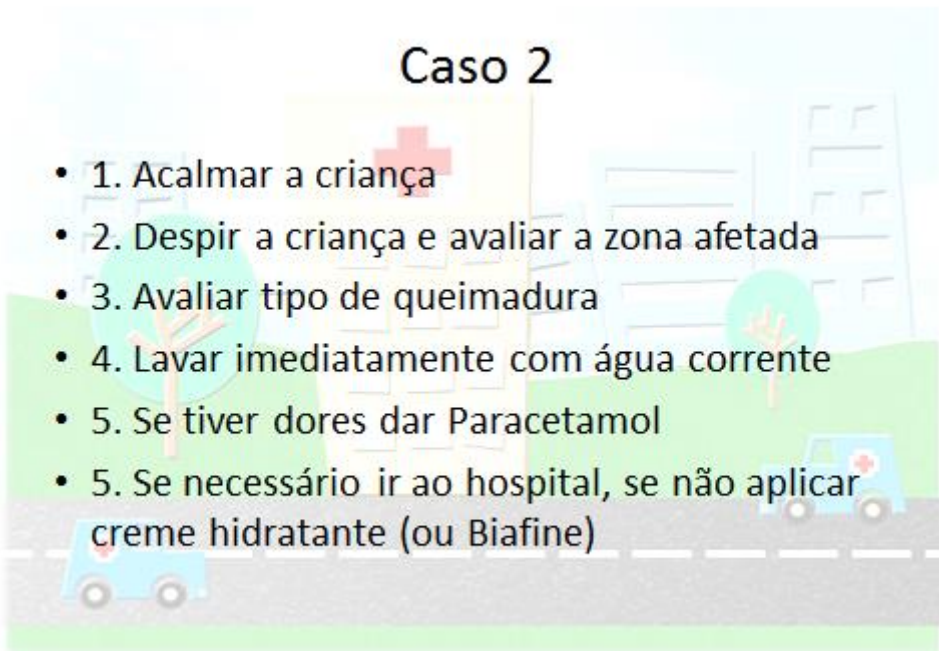
Caso 2

- Criança com 4 anos que acidentalmente deixa cair a sopa sobre o tórax, mãos e pernas.
- O que fazer??



Caso 2

- 1. Acalmar a criança
- 2. Despir a criança e avaliar a zona afetada
- 3. Avaliar tipo de queimadura
- 4. Lavar imediatamente com água corrente
- 5. Se tiver dores dar Paracetamol
- 5. Se necessário ir ao hospital, se não aplicar creme hidratante (ou Biafine)



Corpos estranhos – nos olhos

Como actuar:

- Com cuidado abrir as pálpebras exercendo pouca pressão.
- Lavar abundantemente com Soro Fisiológico ou água corrente, no sentido de dentro para fora (no lado do nariz para a orelha).
- Se o corpo estranho não sair, dirigir-se às urgências.

Evitar!

- Esfregar o olho.
- Tentar remover o corpo estranho com dedos, lenço, papel, ou qualquer outro utensílio.



Corpos estranhos – no nariz

Como actuar:

- Pedir à criança que se assoe com força.
- Caso não resolva a situação deve dirigir-se às urgências.

Evitar!

- Tentar remover o corpo estranho com dedos ou qualquer outro utensílio.



Corpos estranhos – nos ouvidos

Como actuar:

- Tentar retirá-lo se este se encontrar acessível no pavilhão auricular.
- Caso não resolva a situação ou for um corpo estranho material deve dirigir-se às urgências.

Evitar!

- Tentar remover o corpo estranho com dedos ou qualquer outro utensílio.



Envenenamento (oral)

Como actuar:

- Tentar saber junto da criança o máximo de informações como: **O que ingeriu? Em que quantidade? A que horas?**
- Ligar de imediato para o Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV): 808 250 143
- Manter a vítima confortável e aquecida e proceder às indicações obtidas pelo CIAV.
- Se possível fazer-se acompanhar na Urgência pelo produto que provocou a intoxicação ou embalagem do mesmo.

Evitar!

- Oferecer qualquer tipo de líquidos à criança.
- Provocar o vómito.



Caso 3

- Criança com 3 anos que foi encontrada muito nauseada, com um detergente ao lado
- O que fazer??

Caso 3

- Manter a criança acordada e nunca a abandonar
- Se estiver sozinho com a criança gritar por socorro
- Ter em atenção o estado de consciência da criança
- Se possível uma pessoa contata CIAV e a outra fica a manter a criança acordada
- Informação a dar ao CIAV: **O que ingeriu? Em que quantidade? A que horas?**
- Se necessário contatar 112

Envenenamento (inalação)

Como actuar:

- Avaliar as condições de segurança para que se possa aproximar e ajudar a criança.
- Entrar na sala onde ocorreu a intoxicação sustentando a respiração e abrir janelas ou portas.
- Sair da sala e respirar profundamente.
- Entrar de novo na sala e remover a criança para o exterior, de preferência local bem arejado.
- Desapertar-lhe as roupas permitindo e facilitando a sua respiração.
- Transportar às urgências.



Engasgamento

Como actuar:

- Incentivar a tosse.
- Se não resultar e se o objecto for visível abrindo a boca, tentar remove-lo colocando o dedo indicador em gancho ou mesmo com uma pinça.
- Se não resultar e se for uma criança colocá-la de cabeça para baixo e dar-lhe 5 pancadas nas costas entre os ombros.
- Se for adolescente realizar a manobra de Heimlich.

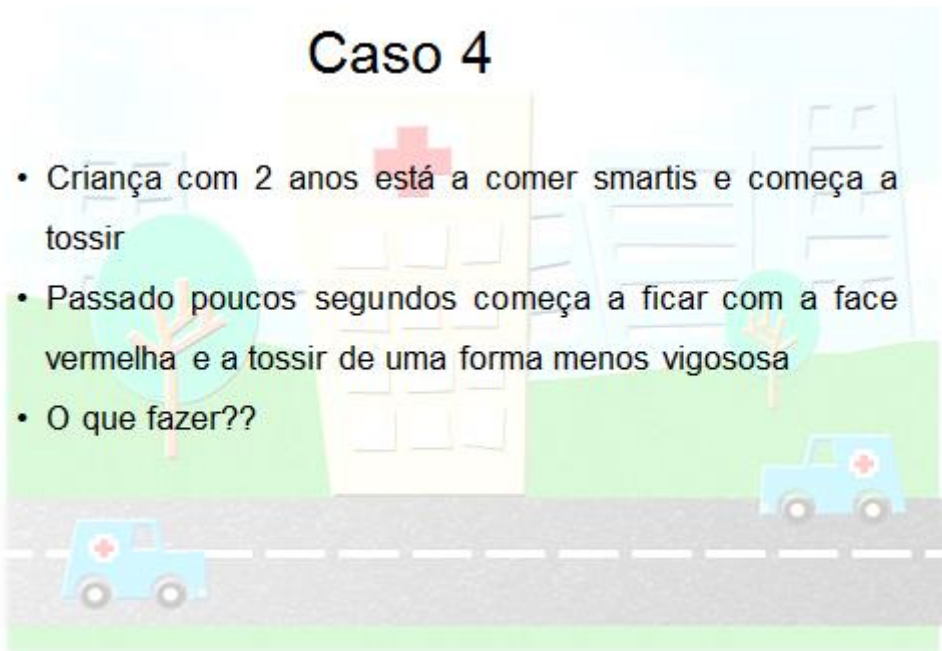


Manobra de Heimlich



Caso 4

- Criança com 2 anos está a comer smartis e começa a tossir
- Passado poucos segundos começa a ficar com a face vermelha e a tossir de uma forma menos vigorosa
- O que fazer??



Caso 4

- Agir imediatamente, realizando manobra de Heimlich (Virar a criança de barriga para cima e efetuar 5 compressões na barriga de baixo para cima em direção à boca e ir alternando com pancadas nas costas)
- A criança continua muito engasgada e começa a ficar com os lábios roxos...
- O que fazer??

Caso 4

- Manter a mesma atuação e ver se a criança se mantém a respirar
- Se existir uma pessoa por perto contatar de imediato 112

Picada de inseto

- Transmitir calma à criança
- Lavar a zona com soro, água ou água e sabão
- Aplicar algo frio no local
- Se a criança apresentar muita dor, administrar Paracetamol
- Se a criança apresentar um grande inchaço local, aparecimento de manchas no corpo, respiração anormal ou vômitos levar imediatamente ao hospital.



Traumatismos

- Observar o local traumatizado.
- Na cabeça:
 - Aplicar gelo local;
 - Verificar se a criança tem vômitos, irritabilidade, perda de consciência;
- No tórax:
 - Verificar se tem dificuldade em respirar;
- Nos braços e pernas:
 - Aplicar gelo local;
 - Manter repouso;
 - Verificar se fica com cor azulada e inchado.

Levar ao Hospital/ médico pediatra/ Centro



Traumatismos



Se a lesão for no pescoço ou coluna



NÃO MOBILIZAR A CRIANÇA!



112

Atenção: Não deixar a criança sozinha!

Caso 5

- Criança com 5 anos está a correr no recreio, tropeça e cai, batendo com a cabeça na escada
- Ao observarem a criança esta está a chorar e com uma ferida muito sangrante na testa
- Ao acalmarem a criança e fazer compressão na ferida esta apresenta um vômito e desmaia.
- O que fazer??

Caso 5

- Se possível uma das pessoas ligar para o 112, explicando toda a situação de forma calma e clara.
- A pessoa que está com a criança deve observar se esta se mantém a respirar, colocando-a em posição lateral de segurança
- **ATENÇÃO: NUNCA ABANDONAR A CRIANÇA.**



Hemorragia

- Após uma queda, a criança pode apresentar uma hemorragia externa
- **O que fazer:**
 - Expor a ferida e retirar a roupa da área que está a sangrar.



- . Limpar a ferida com soro fisiológico ou com água do centro para os bordos, com uma compressa ou pano lavado;
- . Secar com compressa ou pano
- . Colocar penso.

Hemorragia

- Aplicar sobre a ferida uma compressa ou pano lavado, exercendo uma pressão firme com uma ou as duas mãos.
- Se a compressa/pano ficar ensopado de sangue, colocar outro por cima, mas sem retirar o primeiro.
- Elevar o local que está a sangrar, se possível, para um plano mais elevado do que o coração.



Hemorragia

- **Não retirar** qualquer corpo estranho que esteja na ferida (levar a criança para o C. de Saúde ou Hospital).
- Fazer durar a compressão até a hemorragia parar (10 minutos).
- Se a hemorragia parar, aplicar um penso compressivo sobre a ferida.

Se não parar de sangrar levar a criança para o Centro de Saúde ou Hospital



Epistáxis (sangrar do nariz)

- Sangramento nasal provocada pela ruptura de vasos sanguíneos do nariz.
- **O que deve fazer:**
 - Comprimir com o dedo a narina que sangra.
 - Aplicar gelo exteriormente.
 - Se não pára de sangrar, introduzir na narina que sangra uma compressa limpa, fazendo pressão para que o nariz fique bem preenchido e se necessário ir para o hospital.



Choque elétrico

- 1º → Desligar quadro de electricidade da casa;
- Afastar a criança do fio, tomada ou aparelho eléctrico;
- Em caso de choque ligeiro, levar a criança ao Centro de Saúde, médico pediatra ou hospital;

Em caso de choque grave

↓
Reanimação Cardio-Respiratória



Caso 6

- Uma criança com 6 anos vai à praia e quando chega à escola está com os ombros muito vermelhos e com bolhas, referindo dor ao toque.
- O que fazer??

Caso 6

- É uma queimadura de 1º/2º grau
- Molhar com água tépida
- Aplicar creme hidratante (ou biafine)
- Se necessário administrar Paracetamol
- Não apanhar novamente sol até estar sem a pele vermelha.

Prevenção dos riscos exposição solar

- Utilização de chapéu e roupa clara
- Evitar a exposição solar entre as 11 e as 16 horas
- Nas horas de maior calor, procurar as sombras e os locais fresco
- Usar um protetor solar adequado ao seu tipo de pele e colocar de 2/2 horas
- Hidratação da criança
- Utilização de óculos de sol



(www.min-saude.pt/portal)



Afogamento

- Observar condições de segurança para realizar salvamento;
- Se possível pedir a alguém para ligar para o 112 imediatamente;
- Manter a criança num plano duro e se necessário iniciar Reanimação Cárdio-Respiratória.



Resumo

Proteja as crianças e evite acidentes

Realize uma protecção adequada da casa, pois grande percentagem de acidentes na infância ocorrem dentro de casa.

Números importantes

INEM: 112

CIAV: 808 250 143

Saúde 24 (Ministério da Saúde): 808 24 24 24



Kit de Primeiros Socorros

- Soro fisiológico
- Iodopovidona (Betadine)
- Sabão líquido
- Luvas limpas e esterilizadas
- Compressas limpas e esterilizadas
- Adesivos e ligaduras
- Pensos rápidos e esterilizados
- Tesoura e pinça



Referências bibliográficas

- BARROS, L - **Psicologia pediátrica Perspectiva desenvolvimentista**. 2003, 2ª edição, Lisboa, Climepsi editores. ISBN 972-769-081-2
- FRANCISCHENELLI, Ana, G. B., MODERNA, Thaita, [et al.]- **Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor nos pacientes pediátricos**. Revista Dor. ISSN 1806-0013. (2009).
- HOCKENBERRY, Marilyn J. - **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5
- OOM, Paulo - **O Livro dos pais, respostas simples a perguntas frequentes**. 1ª edição. Porto: Âmbar, Março de 2008. pp.339 a 346. ISBN: 978-972-43-1296-5
- OOM, Paulo - **O Plano de saúde das crianças**. Lisboa: Academia do Livro, Janeiro de 2012. Depósito Legal n.º 336 662/11pp. 179-221;

**Obrigado pela vossa
atenção!**



Anexo III
Questionários

Avaliação da ação de formação de primeiros socorros

Por favor coloque um x na resposta com que concordar

	Sim	Não
Ficou esclarecido quanto ao tema que foi abordado?		
A formadora foi clara na formação		
Os meios audiovisuais apresentados foram adequados?		

A temática abordada foi pertinente? Porquê?

Gostaria de ver a temática mais desenvolvida? Se sim justifique

Sugestões

Obrigado pela disponibilidade e colaboração

Anexo IV

Relatório do *role playing*

Universidade Católica Portuguesa

Curso de Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Turma 5 – 3º Semestre

Relatório do *role playing*: “Hospital dos bonecos”

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.º Especialista Elsa Ramos

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Junho 2012

ÍNDICE

15. INTRODUÇÃO	3
16. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
17. AVALIAÇÃO	7
18. CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
19. ANEXO I	10
20. ANEXO II	11

1. INTRODUÇÃO

Este relatório foi realizado no âmbito do estágio módulo I, na unidade de Saúde Familiar Abraçar Queluz. O objetivo e atividade realizados foram: minimizar o impacto da hospitalização da criança, reduzindo o medo e ansiedade da mesma, através da realização de sessões de *role playing*, com a participação de 66 crianças do primeiro ano da escola de Casal de Cambra.

Este relatório é composto pela fundamentação teórica da temática, avaliação, considerações finais e anexos.

2. DESENVOLVIMENTO

Após discussão com a enfermeira orientadora concluiu-se que era relevante fazer uma sessão de *role playing* às crianças do 1º ano da escola de Casal de Cambra, através do “Hospital dos Bonecos”, no intuito de educar a criança, simulando um cenário de urgência hospitalar.

Envolver a criança em brincadeiras, jogos de computador, ouvir música, ver desenhos animados, contar piadas ou histórias, estimular a criança a ler, brincar com jogos ou conversar com amigos são algumas das atividades que o enfermeiro pode sugerir de forma a aliviar a dor na criança através da distração com a brincadeira. (HOCKENBERRY, 2006)

Hoje em dia o brincar é um instrumento fundamental para os enfermeiros especialistas na criança, pois além dos aproximar a criança pode ser receber informações acerca dos procedimentos e rotinas hospitalares, havendo assim uma promoção do bem estar da criança e sua família. (TAI, 2008)

A brincadeira permite à criança extravasar os seus sentimentos. A presença de bonecos e/ou roupas para se fantasiarem, leva, através da brincadeira, os profissionais de saúde mostrar o que vai acontecer desmistificando procedimentos que se realizam. (TAVARES, 2008))

MHA, et al (2008), realizou um *role plaining*, intitulado “Teddy bear hospital” e após o seu estudo concluiu que com esta brincadeira é possível reduzir a ansiedade sentida pelas crianças quando necessitam de ser hospitalizadas. Promove também uma preparação sensorial contra situações ameaçadoras para a criança e através do desenvolvimento desta temática junto das crianças antes de um evento de doença o efeito consegue ser mantido durante um longo período. Este estudo validou que a criança reduz a ansiedade sobre determinados procedimentos que são imprescindíveis no meio hospitalar, ajudando também os profissionais de saúde a terem melhores resultados.

Foi informada a directora da escola e dado a conhecer o projecto aos professores, acordando os dias adequados para a realização do mesmo. Após autorização, foi entregue às crianças um papel para colocar na caderneta com a informação que seria realizada uma brincadeira com as crianças e que nos dias indicados deveriam levar um boneco á sua escolha para a escola.

Para conseguirmos responder às necessidades individuais de cada criança, foi realizada uma turma por dia (24, 25 e 28 de Maio), que era dividida em grupos de 7 a 8 crianças.

Foram realizadas 3 documentos, um com 2 escalas de faces e um espaço para fazerem um desenho, a primeira escala era preenchida antes da brincadeira, de forma a haver uma avaliação das crianças acerca do que sentiam quando tinham que se deslocar ao hospital ou ao centro de saúde. A segunda escala e o desenho eram realizados após a sua participação na brincadeira, podendo haver assim uma avaliação da formação e identificar a concretização do objectivo pretendido. O segundo documento era como uma ficha médica que as crianças preenchiam com o seu nome, nome do boneco, idade, cor, diagnóstico e intervenções. Por fim era entregue um diploma.

Foi disponibilizada uma sala e foram adquiridos diversos materiais hospitalares, como seringas, ligaduras, uma caixa de primeiros socorros, adesivos, compressas, um dinamap, estetoscópio, máscara de oxigenioterapia, eléctrodos, 2 frascos (com água e iodopovidona), pensos com bonecos, luvas, máscaras, espátulas e um frasco com groselha que estava identificado como charope. Foi realizado um cartaz para colocar na porta identificando o “Hospital dos bonecos” e realizados pequenos cartões com diagnósticos possíveis que os bonecos poderiam apresentar.

À chegada apresentávamo-nos e explicávamos sucintamente a actividade que iríamos realizar, posteriormente, com o apoio dos professores, eram chamadas 7/8 crianças que se deslocavam com a enfermeira orientadora e aluna do curso de especialidade até à sala previamente preparada. Cada criança ficava sentada em redor de uma mesa circular na qual estava o material e as fichas para preencherem. Inicialmente foi explicado em que consistia a brincadeira, pois muitos deles assim que viam o material ficavam ansiosos. Era também explicado como se preenchia o primeiro documento, foi transmitido que cada um deveria colocar uma x no quadrado inferior à face que sentiam quando tinham que se deslocar ao hospital ou ao centro de saúde, sendo a face do sorriso se eles gostassem e a face triste se não gostassem. Após preencherem a folha com a respectiva identificação, dava-se início à brincadeira.

Da primeira turma nenhuma criança tinha boneco para realizar a actividade, pelo que optou-se por fazerem uns nos outros. Era escolhido um “doente” e 2 ou 3 crianças eram “os enfermeiros”. A história era contada pela aluna da especialidade ou era lida por quem quisesse do cartão previamente realizado. Posteriormente era realizado o tratamento consoante o diagnóstico escolhido.

Da segunda turma havia 6 bonecos, e da terceira cerca de 10, pelo que foi possível realizar a actividade como era inicialmente pretendido. Cada criança, com ajuda, leu um diagnóstico e fez o atendimento hospitalar, realizando as intervenções necessárias.

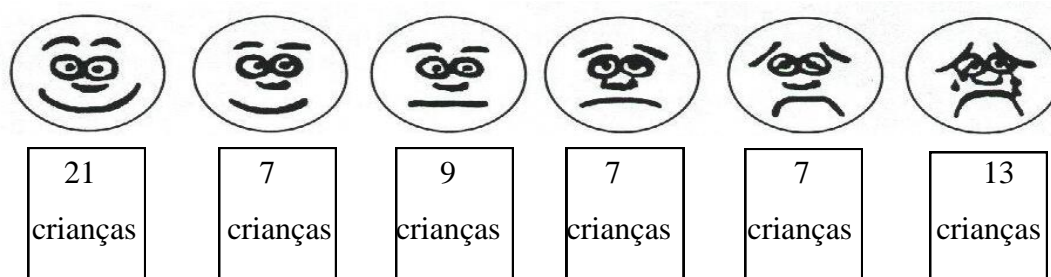
Foi uma actividade muito dinâmica, divertida e que permitiu que a criança contactasse com determinados procedimentos que causam ansiedade quando tem que se deslocar ao hospital ou centro de saúde. Todas as crianças participaram animadamente na actividade demonstrando um constante interesse pela descoberta dos materiais e um grande contentamento por poderem calçar umas luvas, colocar uma máscara e mexer nos diferentes materiais. Poderam também perceber a necessidade e importância de determinadas intervenções que por vezes tem que ser realizadas durante uma ida a um serviço de saúde.

As crianças através do jogo e da brincadeira partilharam sentimentos e emoções e numa possível ida ao hospital ou centro de saúde vão conhecer e compreender melhor o porquê dos enfermeiros realizarem determinadas intervenções, reduzindo assim o medo e ansiedade de lidar com essa situação.

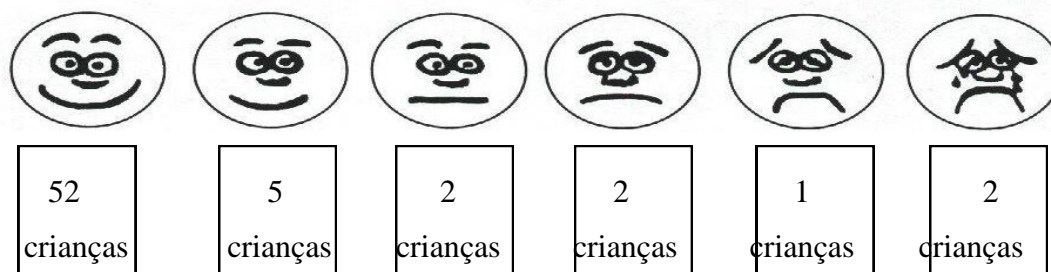
3. AVALIAÇÃO

Foram avaliadas 66 crianças, nas quais 2 avaliaram a escala, selecionando várias faces, logo não foi possível avaliar. As restantes crianças (64) colocaram as x adequadamente. Quanto à avaliação desta actividade, como referi anteriormente, foi preenchida uma escala de faces antes da brincadeira e após a mesma e em sala de aula, um desenho. Participaram no *role playing* 66 crianças, das quais 2 não foi possível fazer uma avaliação da escala, visto que selecionaram várias faces. As restantes 64 colocaram uma x adequadamente. Das crianças que responderam corretamente à escala de faces, o resultado obtido foi o seguinte:

- Antes do *role playing*:

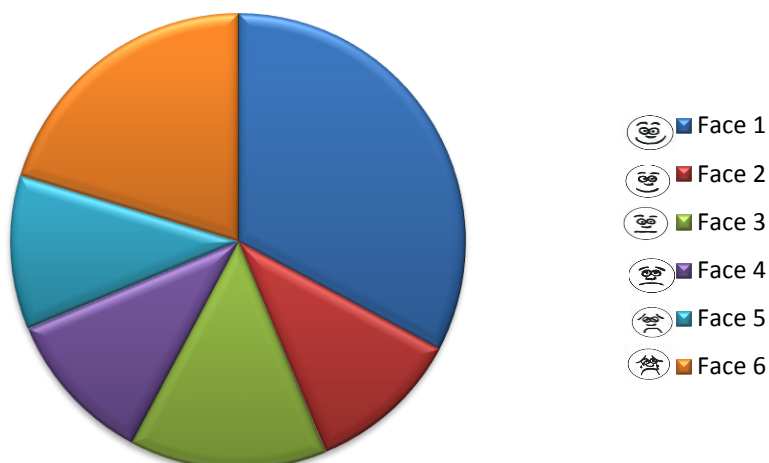


- Após o *role playing*:

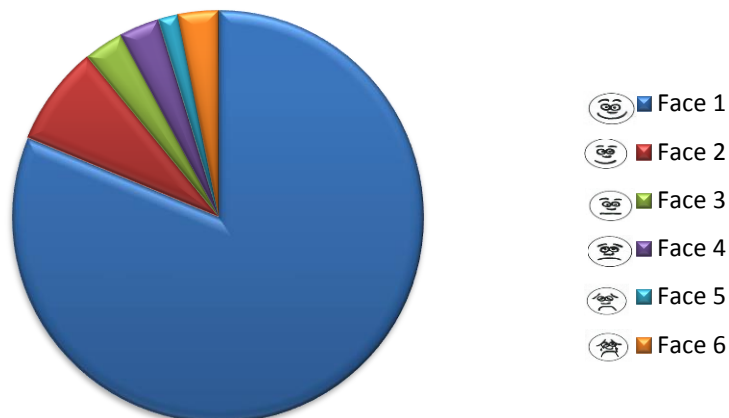


Gráficos:

Antes do *role playing*



Após o *role playing*



Faço um balanço positivo desta sessão de formação às crianças e com os dados apresentados acima observou-se que o objetivo foi concretizado e que a maioria das 66 crianças que participaram na atividade reduziu o seu medo e ansiedade após brincar no “Hospital dos Bonecos”, tendo sido apresentada uma diferença significativa na sua visão do hospital antes e após o role playing.

Em anexos estão algumas das folhas de avaliação das crianças, bem como fotografias tiradas durante a brincadeira.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comprovou-se que o *role playing* é uma forma de ensinar a brincar e que tem impacto favorável na criança, pois esta fica sensibilizada e compreende a informação transmitida de uma forma dinâmica e interativa.

Considero que existem várias formas de ensinar e na criatividade e arte de ser enfermeira encontra-se a solução resolver algumas lacunas que se sentem. Como enfermeira que executa funções num internamento pediátrico, sinto que as crianças ao darem entrada têm muito medo e ficam muito ansiosas por estar num hospital, sendo algumas das razões o medo pelo desconhecido, dos procedimentos e materiais que utilizamos, por isso tentei determinar uma forma de colmatar essa falha, realizando um *role playing*, com o nome “Hospital dos Bonecos”, tendo assim concretizado o meu objectivo de reduzir o medo das crianças quando têm que ir ao hospital ou centro de saúde.

Assim sendo pude colocar em prática várias competências como enfermeira especialista: negocea a participação da família na prestação de cuidados à criança, promovendo o seu bem estar, ou seja, através da brincadeira com as crianças houve uma promoção da sua saúde, na medida em que estas terão um menor receio e ansiedade quando se tiverem que deslocar a um serviço de saúde; comunicação utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento, pois foram utilizadas estratégias e formas de comunicação para cativar a atenção de crianças com 6-7 anos de idade; utilização de estratégias motivadoras da família para assumirem os seus papéis em saúde; desenvolve ensino, instrução e treino individual especializado á família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, através do *role playing* as crianças ficaram com mais conhecimentos dos materiais e procedimentos necessários para os diferentes diagnósticos apresentados, reduzindo assim a sua ansiedade; procura sistematicamente oportunidade para trabalhar com a família e criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; gestão de programas de saúde escolar; facilita a comunicação expressiva de emoções, pois durante toda a acção de formação as crianças foram expondo os seus sentimentos relativamente ao hospital e centro de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Caderno Temático. 2009.
- MHA, Yuval, H.B.M.; MHA, Asaf, T.M. – Doctor, is my Teddy Bear Okay? The “Teddy Bear Hospital” as a Method to Reduce Children’s Fear of Hospitalization. IMAJ (Set. 2008) p.597-599
- TAVARES, PATRÍCIA P. S. – **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-70-7.

Anexo I
Plano de sessão

Plano de sessão

Formadora: Andreia Filipa Ramos Lopes

Data: 24, 25 e 27 de Maio de 2012

Duração: 9 horas (3 horas por dia). Cada sessão com duração de cerca de 45 minutos.

Tema: *Role playing* – “Hospital dos bonecos”

Público alvo: 60 crianças da Escola Primária nº2 de Casal de Cambra.

Objetivo geral: Sensibilizar as crianças no âmbito da redução do medo dos cuidados de saúde.

Objetivos específicos:

- Minimizar o impacto da hospitalização da criança, reduzindo o medo e ansiedade da mesma.
- Realizar um role playing - “Hospital dos bonecos” com as crianças.
- Sensibilizar as crianças para os procedimentos realizados no hospital
- Mostrar às crianças os materiais utilizados a nível hospitalar.

Momentos	Conteúdos	Métodos	Recursos didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	- Apresentação do formador e formandos, bem como os objetivos da formação.	- Interativo - Avaliação escrita	Cartaz Materiais hospitalares	Avaliação escrita preenchimento de escala de faces antes da sessão.	10 minutos
Desenvolvimento	- Exposição da temática	- Interativo	Materiais hospitalares		25 minutos
Conclusão	- Exposição de considerações finais, esclarecimento de dúvidas e avaliação da formação	- Interativo -Avaliação escrita	Materiais hospitalares	Avaliação escrita preenchimento de escala de faces e realização de um desenho após a sessão	10 minutos

Anexo II
Folhas para as crianças



Diploma

Este diploma certifica que

completou o curso do Hospital da Bonecada

Casal de Cambra - Escola primária

Maior de 2012

Enfermeiras: Andreia Lopes e Elsa Ramos



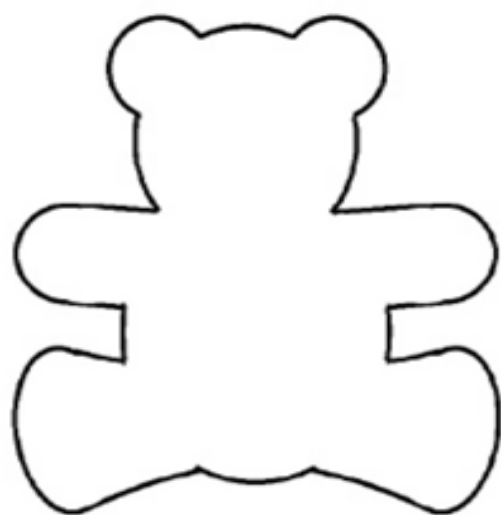
Hospital da Bonecada

Escola primária de Casal de Cambra

Nome do boneco: _____ Nome do acompanhante: _____

Idade: _____ Peso: _____

Doença do boneco:



<u>Raios x</u>	<u>Colher sangue</u>
<u>Quimica</u>	<u>Instrumentos</u>
<u>Medicamentos</u>	<u>Comida saudável</u>
<u>Exercício físico e lazer</u>	<u>Membros</u>

Enfermeira: _____

Hospital dos Bonecos

O boneco estava a correr e caiu, bateu com a cabeça na escada e está a chorar e a deitar sangue



Hospital dos Bonecos

O boneco estava a andar de bicicleta e caiu. Está com muitas dores na perna esquerda e a chorar.



Hospital dos Bonecos

O boneco estava a andar de bicicleta e caiu. Está com muitas dores no braço esquerdo e a chorar.



Hospital dos Bonecos

O boneco ficou constipado e com muita tosse, por isso foi ao hospital.



Hospital dos Bonecos

O boneco comeu muitos chocolates e ficou com dor de barriga e foi ao hospital.



Hospital dos Bonecos

O boneco estava a andar de bicicleta e caiu. Está com muitas dores na perna esquerda e a chorar.



Anexo V

Reflexão da formação da CPCJ

Curso de Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Turma 5 – 3º Semestre

**RELATÓRIO DA FORMAÇÃO DE MAUS TRATOS E CONGRESSO DA
COMISSÃO DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS**

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.º Especialista Elsa Ramos

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Maio 2012

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	3
2. DESENVOLVIMENTO – reflexão	4
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
5. ANEXO I	11
6. ANEXO II	12

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do módulo I do estágio do Cuidados de Saúde Primários, da Unidade de Saúde Familiar Abraçar Queluz, considerei pertinente realizar o seguinte objetivo apoiar a enfermeira especialista no âmbito da promoção de saúde primária, através da Participação em projetos propostos pela enfermeira especialista.

Assim, tive oportunidade de realizar em conjunto com a Enfermeira orientadora e Enfermeira Chefe um póster alusivo aos maus tratos infantis, para posteriormente ser fixado no Centro de Saúde. Assisti também a uma formação da CPCJ, relativamente aos maus tratos.

Este relatório é uma releção alusiva à formação assistida. Em anexo está o póster e o certificado da formação.

2. DESENVOLVIMENTO

No âmbito do Curso de Enfermagem de natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, fui convidada a assistir a uma formação na área de maus tratos, que se realizou no Centro de Saúde de Massamá e um congresso da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

A formação que se realizou no passado dia 30 de Maio, tinha como objetivo informar os enfermeiros que exercem funções na comunidade sobre a temática dos maus tratos de forma a prevenir, proteger e evitar o perigo de crianças e jovens em risco.

Foram abordados diversos aspetos inerentes aos maus tratos infantis, como de que forma se processa o encaminhamento da criança, referindo que existe a referenciação por parte de uma linha de base (como por exemplo Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados na Comunidade, Núcleo de Apoio à Crianças e Jovens em Risco de Queluz, entre outros), posteriormente os casos são encaminhados para a CPCJ e de seguida se houver necessidade (quando os pais recusam as medidas propostas, quando o plano acordado não é cumprido, entre outros), para o Tribunal. Foi também apresentada uma definição de maus tratos e explicaram os diferentes tipos destes: maus tratos físicos (quando a criança apresenta equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, alopecia, fraturas, etc.), psicológicos (quando a criança apresenta cefaleias repetidamente, ansiedade excessiva, agressividade, etc.), negligência (carência de higiene, vestuário desadequado, inexistência de rotinas, etc) e abuso sexual (lesões externas dos órgãos genitais, presença de esperma, leucorreia persistente, etc.).

Foram abordados os principais fatores de risco da criança, como o temperamento difícil, défice cognitivo, doença crónica, filho não desejado e insatisfação das expectativas parentais, bem como dos fatores de risco dos cuidadores que englobavam cuidadores vítima de maus tratos, défice de competências, perturbações emocionais, relações familiares conflituosas, desajuste psicossocial, ausência de suporte sociofamiliar e família disfuncional. Por fim foram apresentados os sinais de alerta (perturbações alimentares, do sono, do comportamento, etc) e o que fazer caso seja detetada uma situação de maus tratos à criança/jovem.

Durante a formação foram feitas partilhas de casos reais que os enfermeiros tinham conhecimento, permitindo que a sessão fosse mais prática e mais interessante. Esta formação deu-me a conhecer muitos aspetos na temática dos maus tratos que desconhecia totalmente, como a forma de encaminhamento das crianças e diversos

sinais de alerta que temos que estar atentos e que por vezes não pensamos que são relevantes.

A formação foi muito benéfica não só para mim enquanto aluna, como também para os outros profissionais que desconheciam muitas das áreas que foram preletadas. É extremamente importante todos os profissionais de saúde estarem alerta para esta problemática, pois em todos os locais podemos encontrar uma vítima de maus tratos, independentemente da cultura e possibilidades monetárias, por isso como cidadãos e sobretudo como profissionais na área da saúde precisamos de estar despertos para todos os sinais de alerta. Além deste fator os enfermeiros a quem foi transmitida a formação trabalham em cuidados domiciliários, podendo muitas vezes rastrear estas situações, pois observam diariamente o comportamento das famílias no seu ambiente doméstico, sendo por isso benéfico conhecerem aprofundadamente esta temática.

No congresso da CPCJ foi apresentado ao grupo que exerce funções na mesma um relatório de atividades relativamente ao ano de 2011. Foi realizada uma recolha interna para perceber o que é trabalhado no dia-a-dia, bem como diversos dados estatísticos no âmbito dos maus-tratos infantis.

No conselho de Sintra existem 377 877 residentes (3,77% da população portuguesa), sendo 29,33% crianças e jovens entre os 0-24 anos e no ano de 2011 2,78% dessa população foi sinalizada à CPCJ.

O congresso foi iniciado pelos dados estatísticos de Lisboa Oriental, referindo a existência de 1647 processos ativos (instaurados e reabertos), ou seja 2,88% da população dos 0-24 anos está em situação de perigo de maus tratos e 51,75 da população está distribuída pelas 9 freguesias da CPCJ Oriental, sendo as mais afetadas Agualva, Queluz, Cacém e Monte-Abrão.

Relativamente à Comissão Ocidental apresenta um menor número de processos ativos instaurados e reabertos (1427 crianças/jovens), sendo as freguesias mais problemáticas Almargem do Bispo e Colares.

Foram diferenciados diversos fatores entre as comissões, no entanto muitos dados foram idênticos em ambas, nomeadamente foi observado um maior número de maus tratos a rapazes com maior incidência nas idades dos 11 aos 14 anos, seguido dos 0-2 e dos 3-5. As entidades sinalizadoras são maioritariamente os estabelecimentos de ensino, seguido da polícia e do Hospital (nomeadamente o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca).

Após a situação ser sinalizada, pode ser encaminhada para processo judicial, no entanto muitas vezes a própria comissão tem capacidade para resolver a situação, transferindo as crianças para centros de acolhimento, familiares ou apoiando as famílias de risco.

Os maus tratos são na sua maioria por negligência, comportamentos desviantes (como condutores embriagados com crianças no banco de trás do automóvel, visão de sites pornográficos com crianças, entre outros), de seguida os maus tratos físicos (que diminuíram relativamente a outros anos) e psicológicos. A maioria das crianças/jovens vítimas são portuguesas e romenas.

Durante o congresso foi transmitida muita informação e gostaria de salientar dois pontos fulcrais. O primeiro é a condição económica com que o país se depara, desde há 2 anos que se sentiu um aumento dos casos devido às dificuldades económicas da população, pois muitas vezes as pessoas não têm capacidade monetária para sustentar as necessidades da criança, promovendo um aumento da ansiedade e levando muitas vezes aos maus tratos. Outro fator é o fato do núcleo familiar da criança necessitar de trabalhar mais horas por dia, para conseguir suportar as despesas mensais, o que dificulta a atenção que a criança recebe e por vezes estas ficam sozinhas em casa ou com os irmãos, para os pais poderem trabalhar. Muitas vezes os pais tentam fazer um esforço extra para poderem dar aos filhos o que estes necessitam, no entanto se esta situação se for sinalizada é considerada negligência. O segundo ponto que considero pertinente é o fato de ainda haver um estigma que as pessoas com maior possibilidades financeiras não mal tratam as crianças, a Assistente Social que se encontrava na mesa e a apresentar vários casos deu uma grande relevância a este fator, referindo que muitas vezes as pessoas ficavam incrédulas ou não acreditavam que aquela pessoa maltratasse o seu filho, devido ao seu estatuto social e dinheiro que possuía e acabavam por não sinalizar a criança, mesmo com provas evidentes.

Relativamente às maiores dificuldades apresentadas no congresso estão englobados os apoios técnicos e os recursos humanos, pois segundo os dados apresentados o tempo disponível por cada processo são 8 horas por ano, no entanto muitas vezes não é possível, pois são realizadas várias entrevistas para avaliarem adequadamente cada situação, por isso todos os funcionários acabam por fazer um esforço extra para tentar dar resposta a todos os casos. Outro constrangimento apresentado foi o fato de não haverem vagas nas instituições para as crianças, era necessário haver mais centros de acolhimento para crianças e jovens, mas a situação

atual do país não o permite, o que torna extremamente complicado o trabalho destes profissionais, tentando arranjar alternativas possíveis aos diferentes casos, tendo em conta as possibilidades apresentadas.

O congresso foi muito positivo por várias razões, a primeira é que fiquei consciente e a conhecer a realidade que nos envolve relativamente ao número de crianças vítimas de maus tratos. Outro fator importante é que fiquei mais desperta para o encaminhamento que estas crianças têm, pois no serviço onde trabalho encontro diariamente situações de maus tratos e que são encaminhadas para a CPCJ, no entanto desconhecia o rumo que apresentavam após alta hospitalar e este congresso permitiu que ficasse com mais conhecimento na área, percebendo o encaminhamentos dos diversos casos e o apoio dado pela comissão.

A formação na Unidade de Cuidados da Comunidade e o congresso da CPCJ foram muito enriquecedores para o meu percurso e esta temática foi extremamente importante para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira e aluna do Curso de Enfermagem de natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, visto que fiquei mais desperta para esta problemática, conseguindo colocar muito do que aprendi em prática durante a minha prestação de cuidados a nível de internamento pediátrico. Fiquei também a conhecer o percurso que a criança/jovem e sua família fazem quando são encaminhadas para a CPCJ, bem como os recursos que têm. Como aluna desenvolvi algumas competências, como identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal estar psíquico; identificação de situações de risco para a criança e jovem; sensibilização para o risco de violência, consequências e prevenção; assistência à criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos; avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/ jovem e família relativos à saúde; facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde na criança/jovem e família e mobilização de conhecimentos e habilidades para rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.

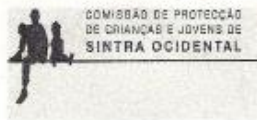
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta formação foi muito benéfica para o meu desenvolvimento enquanto aluna da especialidade, pois alertou-me para a problemática dos maus tratos e promoveu um conhecimento mais profundo sobre esta temática, permitindo que no meu dia a dia tenha a capacidade de prestar melhores cuidados, estando alerta para estes perigos.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Caderno Temático. 2009.

Anexo I
Certificado



Apresentação Pública do Relatório de Atividades/2011, das CPCJ do Concelho

31 de Maio, Auditório da Casa da Juventude

Objectivos:

- Divulgar os resultados da atividade das CPCJ do Concelho, em 2011
- Criar um espaço de informação, partilha e debate sobre o impacto da negligência parental no desenvolvimento pleno e harmonioso da criança.

Programa:

14.00 horas – Acolhimento aos participantes

14.30 horas – Abertura dos trabalhos

14.45 horas – “A Atividade das CPCJ / 2011”

Dra. Helena Vitória, CPCJ Sintra Oriental

e Dra. Teresa Villas, CPCJ Sintra Ocidental

15.45 horas – Pausa

16.00 horas – “Negligência Parental: do risco ao perigo”

Dra. Teresa Villas, CPCJ Sintra Ocidental

e Dra. Helena Vitória, CPCJ Sintra Oriental

16.30 horas – Debate

17.00 horas – Encerramento



COMISSÃO DE PROTECÇÃO
DE CRIANÇAS E JOVENS DE
SINTRA OCIDENTAL



CPCJ
COMISSÃO DE PROTECÇÃO
DE CRIANÇAS E JOVENS

CERTIFICADO

Certifica-se que Andreia Filipa Ramos Lopes participou na
“**Apresentação Pública do Relatório de Atividades/2011, das CPCJ do
Concelho**”, que teve lugar a 31 de Maio de 2012, das 14.00 às 17.00
horas, no Auditório da Casa da Juventude na Tapada das Mercês.

A Vereadora

(Paula Simões)

Anexo II
Póster

Anexo VI

Reflexão (Banca da Saúde)

Reflexão Saúde Escolar – Banca da Saúde

1. Descrição da situação

Pelas 9 h de dia 30 de Abril, dirigi-me ao Centro de Saúde de Massamá, para realizar o primeiro dia de estágio de Cuidados de Saúde Primários. A enfermeira que me orienta o estágio presta cuidados no âmbito da saúde escolar em Casal de Cambra um dos seus projetos é a participação numa atividade escolar através de uma banca de saúde.

Um dos grupos de intervenção são os alunos do PIEF (Programa Integrado de Educação e Formação), que é um programa que evita o abandono escolar em que o objectivo é dar aos jovens oportunidade para completarem a escolaridade obrigatória e obterem certificação escolar e profissional. Relativamente às regras, na sala de aula os alunos PIEF gozam de uma maior liberdade, que o ensino regular não permite, existe um relacionamento mútuo entre o professor que se adapta ao aluno e o aluno que se adapta às regras, proporcionando assim uma maior taxa de sucesso.

Assim, foi proposta a realização de uma banca da saúde pela qual a enfermeira era a responsável. Foi realizado ensino acerca da avaliação de glicémia capilar (locais, valores adequados e função da avaliação) e da tensão arterial aos alunos, para que estes avaliassem os professores e auxiliares de educação, realizando posteriormente alguns ensinamentos acerca da alimentação saudável.

Foi uma atividade na qual os alunos demonstraram um grande entusiasmo e interesse em realizar e na qual os professores e auxiliares de educação prontificaram-se para fazer de clientes. A adesão positiva quer dos alunos, quer dos professores e auxiliares tornou aquele momento numa verdadeira interação entre os alunos, professores e enfermeiros, através de uma mútua aprendizagem.

Os jovens conseguiram avaliar adequadamente a glicémia capilar, tensão arterial e realizar os ensinamentos acerca da alimentação, inclusive a capacidade para encaminhar uma auxiliar para o hospital (com valor elevado da tensão arterial), cumprindo assim todos os objetivos propostos.

O papel do enfermeiro foi de ensino acerca da alimentação, avaliação da glicémia capilar e tensão arterial, orientando os estudantes e monitorizando as suas atividades.

2. Sentimentos e Pensamentos

Ao ter sido informada desta atividade, fiquei muito receosa e com medo que não tivesse aderência quer por parte dos jovens, quer dos professores, pois incluía aprendizagem e um espírito aberto por parte dos estudantes e por outro lado adesão dos professores a serem avaliados diante de vários alunos. Mas ao chegar à escola, fomos muito bem recebidas e os jovens auxiliaram-nos de imediato a montar a banca e o material necessário, apresentando-se e interagindo conosco de forma empática. Posteriormente aquando estavam a ser feitos os ensinamentos, eles mostraram-se muito receptivos e preocupados em realizar todos os procedimentos adequadamente, disponibilizando-se imediatamente e apresentando grande vontade em desempenhar esta atividade.

Senti uma grande satisfação por observar este empenho e energia positiva que se criou entre todos.

No final eles referiram que gostavam muito da experiência e agradeceram muito, oferecendo um balão em forma de flor a cada enfermeira.

3. Avaliação

Na minha opinião foi uma experiência muito positiva em diversos aspetos, nomeadamente na relação empática que foi criada entre todos os elementos participantes, tornando um ambiente positivo e com uma energia agradável. Foram realizados vários ensinamentos aos estudantes, nomeadamente sobre a alimentação, que eles adquiriram e reproduziram esse conhecimento nos professores e auxiliares. Esta atividade permitiu também uma aproximação dos enfermeiros e alunos, promovendo uma relação de confiança, com o intuito dos jovens se sentirem mais à vontade para falar de qualquer temática se necessitarem, durante as consultas ao adolescente.

A escola é reconhecida como um lugar de referência para a comunidade, onde se promove o acesso a informação e onde se desenvolve a construção de respostas sociais capazes de fortalecer a participação dos indivíduos na busca de vidas mais saudáveis, logo, ao exercício da cidadania. (ARAÚJO, et al 2011 citando Ministério da Saúde (BR)) Por isso é extremamente importante todo o trabalho desempenhado pelos enfermeiros de saúde escolar, promovendo a saúde das crianças/adolescentes

O desenvolvimento de atividades educativas tendo como cenário estratégico a escola mostra-se, portanto, de grande relevância por sua perspectiva de resultados mais duradouros, tais como: adoção de comportamentos mais saudáveis, formação de adultos

mais informados e sensibilizados quanto a sua parcela de responsabilidade pela sua saúde, entre outros. (ARAÚJO, et al, 2011), tal como se pode observar nesta actividade, os adolescentes aprenderam a avaliar a tensão arterial e glicémia capilar, identificando os casos de risco e fazendo ensinamentos sobre uma alimentação saudável.

4. Análise

Pode-se afirmar que este projeto teve um impacto positivo nos enfermeiros, pois conseguiu criar uma relação empática nos estudantes, já que mesmo que estes não se tenham apercebido, adquiriram conhecimentos acerca da alimentação saudável e do estabelecimento de uma relação mais próxima com os professores.

Relativamente às competências do enfermeiro especialista considero que foram desenvolvidas as seguintes: comunicação utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento, já que foi tomado em consideração que eram adolescentes e por isso tinham a capacidade para realizar as avaliações de glicémia capilar e tensão arterial; utilização de estratégias motivadoras assumindo o seu papel na área da saúde, visto que através de uma banca de saúde, os jovens participaram num projeto no qual adquiriram conhecimentos e criaram uma melhor relação com as enfermeiras e professores; desenvolvimento de ensino, instrução e treino especializado e individual ao jovem facilitando o desenvolvimento de competências para o desenvolvimento de competências para a gestão de processos específicos de saúde/doença; gestão de programas de saúde escolar; apoio à inclusão de jovens com necessidades de saúde e educativas especiais, tal como os alunos em questão que frequentam o PIEF.

5. Conclusão

Na minha opinião o que também se poderia ter feito eram folhetos com informação acerca da alimentação, consolidando alguns dos conhecimentos, no entanto foram distribuídos panfletos a alunos da escola com informação acerca da consulta do adolescente, estimulando-os à sua marcação.

Relembro esta experiência como muito positiva e uma forma de intervenção na saúde escolar diferente e na qual o enfermeiro especialista tem um papel fundamental, sendo benéfico para todos os intervenientes.

5. Planejamento de ação

Penso que o único aspecto que modificava era a realização de folhetos informativos, o restante projeto foi bem conseguido e é sem dúvida uma intervenção a repetir.

Referências bibliográficas:

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Caderno Temático. 2009
- ARAÚJO, Loraine M de; ARAÚJO, Lorena M de; [et al] - CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ESCOLARES E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA. Revista Rene Fortaleza. Brasil: Fortaleza. (Dez. 2011) 841-848

Elaborado por:

Andreia Lopes

Nº 102011032

Anexo VII

Reflexão (Curso de Preparação para a Parentalidade)

Reflexão – Preparação para a parentalidade: Cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido

1. Descrição

No passado dia 15 de Maio, tive oportunidade de participar no curso de preparação para a parentalidade, apoiando a Enfermeira especialista no ensino dos cuidados de higiene e conforto do latente.

A aula começou com as dúvidas e os mitos que as grávidas apresentavam. Questionaram acerca da melhor hora para o banho e demonstraram os seus receios. Isto foi extremamente importante, pois assim foi possível não só explicar todo o procedimento dos cuidados de higiene ao bebé como também ir de encontro às suas dúvidas e esclarecer todos os mitos que apresentavam.

Posteriormente foi explicado o tipo de roupa que o bebé deveria vestir nesta altura do ano (primavera/verão). Esta era uma das preocupações das mães, pois pensavam que os bebés deveriam estar muito agasalhados porque tinham frio e ficaram esclarecidas que na altura de maior calor os bebés deveriam vestir roupa leve, fresca e de algodão. De seguida foram explicados alguns cuidados caso o bebé não tivesse evacuado ou apresentasse cólicas (aplicação de clister ou estimulação com cânula do clister). Posteriormente foram transmitidas estratégias para dar o banho ao bebé se estivessem sozinhas, como deixar o material por ordem de utilização e preparar tudo o que fosse necessário antes de despir o bebé, referindo o material adequado ao banho (toalha, fralda, roupa, gel de banho, creme hidratante, álcool 70°, entre outros). Foram também informadas da temperatura e quantidade de água que a banheira deveria conter e a forma como deveriam lavar o bebé, praticando cada uma no boneco, assimilando assim a aprendizagem. Outra dúvida que apresentavam era sobre o cordão umbilical, por isso foi explicado cuidadosamente os cuidados a ter, a melhor forma de colocar a fralda e despiste de possíveis infecções ao mesmo. De seguida foram elucidadas dos cuidados de higiene aos genitais do bebé, bem como dos olhos e das orelhas e foi explicada a importância da massagem, não só se este apresentasse cólicas, como também massajar todo o corpo após o banho, promovendo o seu conforto, interacção e promoção do vínculo.

No final da aula as mães ainda colocaram algumas dúvidas que foram esclarecidas.

2. Sentimentos

Esta foi uma a primeira vez que assisti e pude participar numa aula de preparação para a parentalidade, pelo que foi uma experiência muito positiva para a minha formação.

Senti que a função da Enfermeira Especialista é muito positiva, conseguindo através de uma formação informal e prática estabelecer uma relação com as mães e fazer ensinamentos, retirando as suas dúvidas e promovendo um vínculo mesmo antes do bebé nascer. Isto vai fazer com que as mães se sintam mais confiantes e consigam desfrutar todos os momentos com o seu filho. O papel da Enfermeira é fundamental, conseguindo adequar os seus conhecimentos e transmiti-los a cada mulher, proporcionando assim um esclarecimento e bem estar. Além da parte teórica da formação, esta foi complementada com a parte prática, tornando-se posteriormente uma partilha e interacção entre todos os intervenientes, estabelecendo uma relação empática entre a Enfermeira/cliente.

Tive assim a oportunidade de além de formar interagir com as mães, tentando dar resposta aos seus problemas.

Um dos aspectos menos positivos é o fato de irem apenas as mães à formação, pois penso que é importante os pais também participarem e esclarecer as suas dúvidas, pois quando o bebé nasce a mãe vai necessitar de muito auxílio e é importante que o pai também interaja nestas actividades com o latente.

Sinto também (por experiência profissional) que muitas vezes após o bebé nascer surgem inúmeras novas dúvidas e que era importante haver formações após o nascimento. Muitas vezes quando os latentes são internados no serviço onde trabalho, as mães transmitem alguma insegurança e inúmeras dúvidas que posteriormente são esclarecidas, no entanto os bebés que não ficam internados as mães vão para o domicílio com questões que por vezes têm receio de colocar ao médico de família, por isso é importante haver um investimento por parte dos enfermeiros nesta área.

3. Avaliação

Esta experiência foi muito importante para o meu desenvolvimento enquanto Enfermeira Especialista, pois pude participar numa actividade nova pela primeira vez e observar um outro cuidado prestados à mulher grávida, no âmbito da promoção de saúde da criança, pois se a mãe tiver uma melhor preparação para receber o seu filho de forma mais positiva, com menos medos e ansiedade, vai haver uma melhor interacção, um estabelecimento de vínculo e o bebé vai desenvolver-se adequadamente, pois a mãe vai transmitir calma e serenidade ao seu bebé, diminuindo o seu stress.

Como já referi penso que os pais também deveriam participar nestas actividades pois após o parto tanto o bebé como a mãe precisam do apoio do pai, ajudando nas actividades do bebé e interagindo com o mesmo.

4. Análise

Nesta actividade observei a pertinência e aplicação de várias competências da Enfermeira Especialista nesta área: negocia a participação da família na prestação de cuidados à criança, promovendo o seu bem estar; utilização de estratégias motivadoras da família para assumirem os seus papéis em saúde; desenvolve ensino, instrução e treino individual especializado á família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória; facilita o suporte familiar e comunitário; avalia o desenvolvimento da parentalidade; utilização de estratégias para promover o contato físico pais/recém-nascido; envolve os pais na prestação de cuidados; reforça a tomada de decisão responsável.

5. Conclusão

Esta é uma temática de muito interessa e pela qual os enfermeiros devem lutar para manter, pois é de extrema necessidade para a família e promove uma boa

relação e o estabelecimento do vínculo bebê/pais e o seu adequado desenvolvimento.

6. Planear a ação.

Penso que deveria ser reforçada a importância do pai também estar presente nas aulas, pelas razões acima referidas.

Na minha opinião poderia ser formado também um curso após o nascimento dos bebês, pois por mais dúvidas que se esclareçam, só após o bebê nascer e os pais iniciarem a prestação de cuidados e educação de um novo ser é que surgem novas dúvidas, medos e receios que por vezes são desvalorizados pelos médicos de saúde familiar.

Referências bibliográficas:

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Caderno Temático. 2009

Elaborado por:

Andreia Lopes

Nº 102011032

Anexo VIII

Relatório dos pósteres e “kit sem dor”

RELATÓRIO DO OBJETIVO I

(CONTRIBUIR PARA A ADESÃO DOS CUIDADOS ATRAUMÁTICOS À
CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA)

Estágio Módulo II – Serviço de Pediatria Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.º Especialista Luísa Tavares

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Janeiro de 2013

Índice

1. INTRODUÇÃO	3
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
3. AVALIAÇÃO	6
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
6. ANEXOS	11
ANEXO I	
ANEXO II	
ANEXO III	

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do módulo II - estágio no Serviço de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, sob a orientação da Enfermeira Especialista Luísa Tavares e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, foi desenvolvido o objetivo de contribuir para a adesão dos cuidados atraumáticos à criança/jovem e família.

Como atividades pretendo realizar um póster relativamente aos cuidados atraumáticos, referente às diferentes faixas etárias da criança, para colocar na sala de tratamentos; realizar um póster com as diferentes faixas etárias e as brincadeiras adequadas à criança e desenvolvimento de um “kit sem dor” para a sala de tratamentos.

Para avaliar a atividade será realizado um guia de observação para perceber se são prestados cuidados atraumáticos antes da colocação do póster.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apesar de se valorizar uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumático possível, muitas vezes os cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores e por isso os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, ou seja atraumáticos. Estes cuidados visam a redução do stress psicológico e físico, com o objetivo de atenuar a dor corporal, para que a criança atinja bem estar (TAVARES, 2008). Um dos objetivos dos cuidados atraumáticos é estimular o controlo da criança, reduzindo a angústia psicológica que pode incluir a ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa (HOCKENBERRY, 2006), sentimentos que surgem quando a criança sente algum desconforto (ex.: aquando a hospitalização, quando sente dor, etc.).

Nesta perspectiva delineei uma forma de sensibilizar os enfermeiros e os familiares da criança, para a importância da utilização de cuidados atraumáticos. Por isso irei realizar 2 pósteres, no primeiro exponho cuidados atraumáticos que podem ser aplicados à criança/jovem, consoante a sua faixa etária. Este póster irá estar nas salas de tratamentos, para que durante os procedimentos dolorosos, os enfermeiros fiquem mais despertados para a sua utilização. O segundo póster engloba as brincadeiras mais comuns das diferentes faixas etárias da criança, este vai ser colocado no corredor para os familiares poderem observar, conseguindo brincar de forma a estimular a criança no seu desenvolvimento. Ainda neste âmbito, para a sala de tratamentos vai ser construído um “kit sem dor” com objetos adequados às várias faixas etárias da criança, para os enfermeiros poderem utilizar como forma de distração da criança/jovem.

O póster vai ser um meio de comunicação e transmissão de informação, para que, quer dos profissionais de saúde, quer os familiares capturem toda a informação relevante e fundamental, relativamente à temática e consigam aplicar os cuidados apresentados. Através dos pósteres a informação transmitida é concisa.

As investigações feitas na área da dor apoiam a sua concetualização como um fenómeno multidimensional em constante interação e demonstram que cada pessoa possui uma singularidade própria na sua perceção e resposta, em função de inúmeras variáveis. Por isso, a avaliação e tratamento da dor são alterados por diversos factores que podem influenciar positiva ou negativamente a dor na criança. (BATALHA, 2010).

Cabe assim ao enfermeiro especialista delinear estratégias para aliviar o sofrimento da criança, delineando estratégias adequadas. Neste âmbito foi desenvolvido um póster (“cuidados atraumáticos”) será colocado na sala de tratamentos, assim como o “kit sem dor”, para que quando forem realizados procedimentos, os profissionais e acompanhantes adquiram conhecimentos e fiquem sensibilizados para esta prática, promovendo cuidados de qualidade à criança. Assim sendo, foi contruído um póster com as diferentes faixas etárias da criança e os cuidados a ter referentes, de forma a ser de fácil compreensão. As medidas abordadas são de custo reduzido, fáceis e possíveis de utilizar. Relativamente ao “kit sem dor”, após alguma pesquisa bibliográfica, foi iniciada a construção de uma caixa onde se encontram alguns objectos com particularidades referentes à idade da criança, para que os enfermeiros possam utilizá-los como fonte de distração.

O segundo póster vai ser colocado no corredor da pediatria e nele vão constar as brincadeiras mais adequadas à faixa etária da criança. Isto irá contribuir para o conhecimento dos pais, de forma a promover o brincar e conseqüentemente um favorável desenvolvimento da criança. Através da brincadeira a criança aprende o que ninguém a pode ensinar, obtendo conhecimentos sobre o seu mundo e como lidar com o ambiente. A brincadeira é o *trabalho* da criança, e ao brincar ela consegue comunicar e alcançar relacionamentos satisfatórios com outras pessoas. (HOCKJENBERRY, 2001) é por isso importante, o enfermeiros especialista incentivar não só os profissionais de saúde, como também os pais das particularidades da criança nas diferentes faixas etárias e das suas brincadeiras, para poderem adequar a sua abordagem e contribuir para um favorável desenvolvimento da criança.

Relativamente à avaliação destas atividades, antes da aplicação será realizado um preenchimento de uma grelha de observação, para perceber se actualmente são realizados cuidados atraumáticos na sala de tratamentos.

3. AVALIAÇÃO

Como já foi referido anteriormente, a avaliação foi antes da realização das atividades, para poder haver uma comparação e perceber o impacto dos pósteres e kit sem dor.

A observação revelou:

RN-1 ano

	Sim	Não
Diminuição da luz e do barulho	0 respostas	11 respostas
Utilização da sucção não nutritiva (diminui o choro e o batimento cardíaco do bebé)	5 respostas	6 respostas
Amamentar durante o procedimento	0 respostas	11 respostas
Contato pele com pele com a mãe/ familiar de referência (utilização do método canguru)	0 respostas	11 respostas
Abraçar o bebé	1 resposta	10 respostas
Embalar o bebé, colocando-o aninhado e envolvido numa manta, impedindo-o de se movimentar excessivamente	3 respostas	8 respostas
Utilização de música	0 respostas	11 respostas

Toddlers e pré-escolares

	Sim	Não
Permitir que a criança permaneça com um familiar de referência	7 respostas	0 respostas
Explicar o procedimento de acordo com o desenvolvimento da criança	3 respostas	4 respostas
Dar oportunidade para a criança expor as suas dúvidas	0	7 respostas
Utilizar a distração ativa (como por exemplo utilizar balões, brinquedos com várias cores e luzes)	0 respostas	7 respostas
Utilizar distração passiva (como por exemplo colocar questões simples perguntando se tem irmãos, a idade, o que fizeram na sua festa de anos, etc.)	1 resposta	6 respostas
Permitir que a criança cante uma música que goste	0 respostas	7 respostas
Utilizar a imaginação contando histórias de super-heróis que tiram a dor, etc.	0 respostas	7 respostas

Escolares

	Sim	Não
Explicar sucintamente, o procedimento	6 respostas	1 resposta
Deixar que a criança faça algumas escolhas (como por exemplo se prefere ficar sentado ou deitado, etc.)	0 respostas	7 respostas
Saber junto do familiar de referência quais as estratégias de coping que a criança utiliza, identificando as melhores estratégias a utilizar	0 respostas	7 respostas
Algumas das técnicas que podem ser utilizadas são soprar um balão, cantar, respiração relaxante, ver filmes, ler, contar uma história, etc.	0 respostas	7 respostas
Reforçar positivamente	5 respostas	2 respostas
Oferecer uma recompensa após o procedimento doloroso (como um diploma de bom comportamento)	2 respostas	5 respostas

Adolescentes

	Sim	Não
Explicação do procedimento	6 respostas	0 respostas
Manter a privacidade, sobretudo se tiverem receio da dor	4 respostas	2 respostas
Dar oportunidade de fazer escolhas	2 respostas	4 respostas
Saber se quer a presença de familiares ou amigos junto deles	1 resposta	5 respostas
Reforçar positivamente	0 respostas	6 respostas
Utilizar técnicas de distração como permitir que utilize o telemóvel, respiração relaxante, visão de filmes, ouvir música, etc.	4 respostas	2 respostas

Foram observadas 31 crianças/ jovens antes, durante e após os procedimentos dolorosos, sendo 11 recém-nascidos até 1 ano, 7 toddlers e pré-escolares, 7 escolares e 6 adolescentes.

Percebe-se que embora já existam diversos cuidados que os enfermeiros realizem de forma sistemática, ainda existem diversas lacunas na prestação de outros. Percebe-se assim que é fundamental um apoio constante nesta área. Com o póster da sala de tratamentos e o “kit sem dor”, os enfermeiros vão ficar mais despertos para esta temática e para estes cuidados fundamentais para um bem estar da criança. Estas atividades vão ser como um apoio, de forma que o enfermeiro sempre que realize um procedimento consiga observar de forma fácil os cuidados que pode ter, para que o procedimento e a abordagem realizada seja o menos traumática possível, adequando também os seus cuidados ao desenvolvimento da criança.

Como competências no âmbito do enfermeiro especialista:

- Desenvolvimento de uma prática ética
- Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais, no âmbito da gestão de estratégias que gerem situações comprometedoras para a criança/jovem e família.
- Dinamização no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, através da colaboração na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade.
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, através da identificação de oportunidades de melhoria e selecionando estratégias para melhoria.
- Adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados, através de um adequado acolhimento
- Realização da sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Através de investigação na área dos cuidados atraumáticos, foram identificadas algumas lacunas e foi realizado um apoio para a equipa, de forma a contribuir para o desenvolvimento da equipa de enfermagem.
- Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde
- Cuida da criança/jovem e família as situações de especial complexidade, através da mobilização de recursos para cuidar a criança com dor, demonstrando conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se constatar que estas actividades são um ponto positivo para o serviço, visto que apesar dos enfermeiros prestarem alguns cuidados atraumáticos, ainda se observam diversas lacunas, que com os apoios conseguidos podem acabar por desaparecer. Isto vai fazer com que a criança sinta a hospitalização de uma forma menos traumática e com menores implicações para o seu desenvolvimento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATALHA, Luís – **Dor em pediatria – compreender para mudar.** Lisboa: Lidel editores, 2010. ISBN: 978-972-757-593-0.
- BRAZELTON, T. Berry—**o grande livro da criança—o desenvolvimento emocional do comportamento durante os primeiros anos.** Lisboa: Editorial Presenças, 2009.
- HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.

ANEXOS

ANEXO I

PÓSTER CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

ANEXO II
PÓSTER BRINCAR

ANEXO III

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

RN-1 ano

Idade:

	Sim	Não
Diminuição da luz e do barulho		
Utilização da sucção não nutritiva (diminui o choro e o batimento cardíaco do bebê)		
Amamentar durante o procedimento		
Contato pele com pele com a mãe/ familiar de referência (utilização do método canguru)		
Abraçar o bebê		
Embalar o bebê, colocando-o aninhado e envolvido numa manta, impedindo-o de se movimentar excessivamente		
Utilização de música		

Idade:

	Sim	Não
Diminuição da luz e do barulho		
Utilização da sucção não nutritiva (diminui o choro e o batimento cardíaco do bebê)		
Amamentar durante o procedimento		
Contato pele com pele com a mãe/ familiar de referência (utilização do método canguru)		
Abraçar o bebê		
Embalar o bebê, colocando-o aninhado e envolvido numa manta, impedindo-o de se movimentar excessivamente		
Utilização de música		

CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Toddlers e pré-escolares

Idade:

	Sim	Não
Permitir que a criança permaneça com um familiar de referência		
Explicar o procedimento de acordo com o desenvolvimento da criança		
Dar oportunidade para a criança expor as suas dúvidas		
Utilizar a distração ativa (como por exemplo utilizar balões, brinquedos com várias cores e luzes)		
Utilizar distração passiva (como por exemplo colocar questões simples perguntando se tem irmãos, a idade, o que fizeram na sua festa de anos, etc.)		
Permitir que a criança cante uma música que goste		
Utilizar a imaginação contando histórias de super-heróis que tiram a dor, etc.		

Idade:

	Sim	Não
Permitir que a criança permaneça com um familiar de referência		
Explicar o procedimento de acordo com o desenvolvimento da criança		
Dar oportunidade para a criança expor as suas dúvidas		
Utilizar a distração ativa (como por exemplo utilizar balões, brinquedos com várias cores e luzes)		
Utilizar distração passiva (como por exemplo colocar questões simples perguntando se tem irmãos, a idade, o que fizeram na sua festa de anos, etc.)		
Permitir que a criança cante uma música que goste		
Utilizar a imaginação contando histórias de super-heróis que tiram a dor, etc.		

CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Escolares

Idade:

	Sim	Não
Explicar sucintamente, o procedimento		
Deixar que a criança faça algumas escolhas (como por exemplo se prefere ficar sentado ou deitado, etc.)		
Saber junto do familiar de referência quais as estratégias de coping que a criança utiliza, identificando as melhores estratégias a utilizar		
Algumas das técnicas que podem ser utilizadas são soprar um balão, cantar, respiração relaxante, ver filmes, ler, contar uma história, etc.		
Reforçar positivamente		
Oferecer uma recompensa após o procedimento doloroso (como um diploma de bom comportamento)		

Idade:

	Sim	Não
Explicar sucintamente, o procedimento		
Deixar que a criança faça algumas escolhas (como por exemplo se prefere ficar sentado ou deitado, etc.)		
Saber junto do familiar de referência quais as estratégias de coping que a criança utiliza, identificando as melhores estratégias a utilizar		
Algumas das técnicas que podem ser utilizadas são soprar um balão, cantar, respiração relaxante, ver filmes, ler, contar uma história, etc.		
Reforçar positivamente		
Oferecer uma recompensa após o procedimento doloroso (como um diploma de bom comportamento)		

CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Adolescentes

Idade:

	Sim	Não
Explicação do procedimento		
Manter a privacidade, sobretudo se tiverem receio da dor		
Dar oportunidade de fazer escolhas		
Saber se quer a presença de familiares ou amigos junto deles		
Reforçar positivamente		
Utilizar técnicas de distração como permitir que utilize o telemóvel, respiração relaxante, visão de filmes, ouvir música, etc.		

Idade:

	Sim	Não
Explicação do procedimento		
Manter a privacidade, sobretudo se tiverem receio da dor		
Dar oportunidade de fazer escolhas		
Saber se quer a presença de familiares ou amigos junto deles		
Reforçar positivamente		
Utilizar técnicas de distração como permitir que utilize o telemóvel, respiração relaxante, visão de filmes, ouvir música, etc.		

Anexo IX

Relatório do acolhimento

RELATÓRIO DO OBJETIVO II

(Contribuir para a promoção de um adequado acolhimento à criança/jovem
e família)

Estágio Módulo II – Serviço de Pediatria Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.º Especialista Luísa Tavares

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Janeiro de 2013

Índice

1. INTRODUÇÃO	3
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
3. AVALIAÇÃO	6
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	8
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9
6. ANEXOS	10
ANEXO I	
ANEXO II	

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do módulo II - estágio no Serviço de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, sob a orientação da Enfermeira Especialista Luísa Tavares e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, foi desenvolvido o objetivo contribuir para a promoção de um adequado acolhimento à criança/jovem e família.

Como atividades pretendo realizar um fluxograma do acolhimento, para colocar na sala de trabalho.

Para avaliar a atividade será realizado questionário, percebendo se os enfermeiros realizam um acolhimento à criança/jovem e família, englobando os aspectos fundamentais do mesmo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A hospitalização proporciona à criança/jovem e família uma situação desagradável e é importante utilizar estratégias que promovam um bem-estar para que as consequências da hospitalização sejam atenuadas. Atualmente dispomos de conhecimentos suficientes para desenhar um quadro bastante claro sobre as consequências negativas da hospitalização durante a infância e adolescência, porém muitas vezes esta situação não pode ser evitada (BARROS,2003) por isso é imprescindível haver um adequado acolhimento à criança e família, reduzindo assim a sua ansiedade e medos.

É notória a importância do acolhimento da criança e da família em situações de doença e hospitalização e o impacto causado na forma de vivenciar e superar essa experiência. Pode ser um cuidado traumático a ter em atenção pela equipa de enfermagem ao cuidarem da criança/família, promovendo o bem estar físico e emocional das mesmas numa situação tão difícil como é a hospitalização. (TAVARES, 2011)

Numa semana, o serviço de pediatria acolhe diversas novas crianças, por isso é importante haver uma uniformização da informação transmitida à criança e família, para estas ficarem a conhecer o serviço e desmistificar alguns dos seus medos.

Para concretizar o objetivo, inicialmente foi pensada uma check –list, no entanto devido aos diversos acolhimentos realizados, iria ser além de mais um gasto para o serviço, atualmente é tudo informático por isso iria ser uma ferramenta sem futuro. Com base nos aspetos acima referidos, desenvolvi um póster, no qual os enfermeiros se pudessem guiar, de forma a não haver falhas de informação no acolhimento da criança. O póster será colocado na sala de trabalho e os enfermeiros podem relembrar os aspetos fundamentais, conseguindo colmatar os erros (caso existam).

Com o intuito de atender às necessidades físicas e psicológicas da criança e família, é essencial que a enfermeira os acolha para que se sintam integrados na equipa e de forma a prepará-los para os atos terapêuticos necessários, com a certeza que este acolhimento irá influenciar a atitude dos clientes face à equipa de saúde e ao desenrolar da hospitalização e doença. (Venâncio e Pereira citado por TAVARES, 2011)

Nesta linha de pensamento, tentei expor esta temática de forma que os enfermeiros estejam despertos para os aspectos fundamentais de um bom acolhimento à criança e família, pois este é o primeiro passo para a enfermeira e o cliente adquirirem uma

relação empática e terapêutica, de forma a minimizar as consequências da hospitalização à criança e família.

No póster coloquei os passos essenciais para um acolhimento que são:

- ✓ Entregar o guia de acolhimento à criança/jovem/cuidador
- ✓ Apresentar as outras crianças da enfermaria
- ✓ Informar (se necessário) a correta colocação/remoção de equipamento de proteção individual
- ✓ Apresentação da estrutura física do serviço e o seu funcionamento (não esquecer as salas de atividades e de adolescentes)
- ✓ Explicar acerca das proteções da cama e dos objetos que devem estar fora do alcance da criança
- ✓ Realizar a avaliação inicial de enfermagem
- ✓ Informar acerca das visitas e das senhas de alimentação
- ✓ Colocar a pulseira de identificação da criança e a pulseira eletrónica. Se necessário colocar ainda a pulseira de alergias.
- ✓ Apresentação da equipa de saúde

A informação colocada foi de fácil consulta, de forma que os enfermeiros durante a sua prática observem com rapidez os passos essenciais do acolhimento.


3. AVALIAÇÃO

Previamente foi dado um consentimento informado com um esclarecimento acerca do questionário e com as implicações éticas inerentes.

O questionário foi respondido por 22 enfermeiros do Serviço de Pediatria e revelou as seguintes respostas:

Como considera a importância do acolhimento para a criança/jovem e família? Coloque uma X no respetivo ao que costuma abordar durante o acolhimento, sendo 0 (nunca faço), 1 (faço às vezes) e 2 (faço sempre).

			3 respostas	19 respostas
Pouco			Muito	




	NUNCA FAÇO	FAÇO ÀS VEZES	FAÇO SEMPRE
Apresentar o enfermeiro e da restante equipa		11 respostas	11 respostas
Apresentar a estrutura física do serviço e o seu funcionamento (não esquecer as salas de atividades e de adolescentes)		4 respostas	18 respostas
Informar acerca das visitas (número e horário)			22 respostas
Informar acerca das senhas de alimentação			22 respostas
Informar acerca das rotinas do serviço (horário de alimentação das crianças)		10 respostas	12 respostas
Informar acerca do diagnóstico da criança (esclarecimento de dúvidas do diagnóstico e tratamento)		10 respostas	10 respostas

Colocar a pulseira eletrónica e identificação respetiva (colocação do nome e número da cama da criança)		16 respostas	6 respostas
Explicar sobre a pulseira eletrónica		11 respostas	11 respostas
Entregar livro de acolhimento e questionário de avaliação de satisfação aos pais		5 respostas	17 respostas
Informar (se necessário) a correta colocação/remoção de equipamento de proteção individual		10 respostas	12 respostas
Explicar acerca das proteções da cama e dos objetos que devem estar fora do alcance da criança		13 respostas	9 respostas

Considera pertinente a fixação de um fluxograma (para colocar na sala de trabalho) com todos os aspetos que devem ser abordados pelo enfermeiro durante o acolhimento da criança?

	1 resposta	2 respostas	7 respostas	12 respostas
Pouco		Muito		



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de toda a equipa estar desperta para um adequado acolhimento, é importante haver uma manutenção do mesmo e melhorar alguns aspetos, visto que este é um elemento fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica e para o bem estar físico e psicológico da criança e família. Foi observado que a maioria da equipa considera pertinente a fixação de um fluxograma para de forma a relembrar todos os passos fundamentais para um adequado acolhimento.

As competências desenvolvidas neste objetivo foram:

- Desenvolvimento de uma prática ética
- Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais, no âmbito da gestão de estratégias que gerem situações comprometedoras para a criança/jovem e família.
- Dinamização no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, através da colaboração na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade.
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, através da identificação de oportunidades de melhoria e selecionando estratégias para melhoria.
- Adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados, através de um adequado acolhimento
- Realização da sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Através de investigação na área dos cuidados traumáticos, foram identificadas algumas lacunas e foi realizado um apoio para a equipa, de forma a contribuir para o desenvolvimento da equipa de enfermagem.
- Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde
- Cuida da criança/jovem e família as situações de especial complexidade, através da mobilização de recursos para cuidar a criança com dor, demonstrando conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, Luísa – **Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista**. Lisboa: Climepsi editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.
- TAVARES, PATRÍCIA P. S. – **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-70-7.

ANEXOS

ANEXO I

ACOLHIMENTO À CRIANÇA

Acolhimento da criança

Entregar o guia de acolhimento à criança/jovem/cuidador

Apresentação da equipa de saúde

Apresentação da estrutura física do serviço e o seu funcionamento (não esquecer as salas de atividades e de adolescentes)

Apresentar as outras crianças da enfermaria



Colocar a pulseira de identificação da criança e a pulseira eletrónica. Se necessário colocar ainda a pulseira de alergias.

Informar (se necessário) a correta colocação/remoção de equipamento de proteção individual

Informar acerca das visitas e das senhas de alimentação

Realizar a avaliação inicial de enfermagem

Explicar acerca das proteções da cama e dos objetos que devem estar fora do alcance da criança

ANEXO II
CONSENTIMENO INFORMADO
QUESTIONÁRIOS

Este questionário é realizado no âmbito do módulo II do estágio do Serviço de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, com a orientação da Enfermeira Especialista Luísa Tavares e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, do Curso de Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

O objectivo é promover um adequado acolhimento à criança/jovem e família. O questionário apresenta 13 questões de resposta fechadas. As respostas são confidenciais e não existe qualquer obrigatoriedade na realização do questionário.

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir responder ao questionário, poderá retirar a sua vontade de participação em qualquer momento que deseje.

Reconheço que os procedimentos me foram explicados e que me responderam a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o procedimento de estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que a resposta seria de carácter confidencial.

Compreendo que sou livre de me retirar deste estudo em qualquer momento, não havendo qualquer comportamento pejorativo se tal ocorrer.

Pelo presente documento eu _____consinto participar neste estudo

Assinatura:

Data: ____/____/____

ACOLHIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA

Como considera a importância do acolhimento para a criança/jovem e família?

--	--	--	--	--

Pouco
Muito

Coloque uma X no respectivo ao que costuma abordar durante o acolhimento, sendo 0 (nunca faço), 1 (faço às vezes) e 2 (faço sempre).

	NUNCA FAÇO	FAÇO ÀS VEZES	FAÇO SEMPRE
Apresentar o enfermeiro e da restante equipa			
Apresentar a estrutura física do serviço e o seu funcionamento (não esquecer as salas de atividades e de adolescentes)			
Informar acerca das visitas (número e horário)			
Informar acerca das senhas de alimentação			
Informar acerca das rotinas do serviço (horário de alimentação das crianças)			
Informar acerca do diagnóstico da criança (esclarecimento de dúvidas do diagnóstico e tratamento)			
Colocar a pulseira eletrónica e identificação respetiva (colocação do nome e número da cama da criança)			
Explicar sobre a pulseira eletrónica			

Entregar livro de acolhimento e questionário de avaliação de satisfação aos pais			
Informar (se necessário) a correta colocação/remoção de equipamento de proteção individual			
Explicar acerca das proteções da cama e dos objetos que devem estar fora do alcance da criança			

Considera pertinente a fixação de um fluxograma (para colocar na sala de trabalho) com todos os aspetos que devem ser abordados pelo enfermeiro durante o acolhimento da criança?

--	--	--	--	--

Pouco Muito

Anexo X

Relatório do quarto

RELATÓRIO

(Contribuir para a promoção de um ambiente terapêutico, no serviço de pediatria, para minimizar os efeitos da hospitalização da criança e família, através da alteração do quarto de isolamento)

Estágio Módulo II – Serviço de Pediatria Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.º Especialista Luísa Tavares

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Janeiro de 2013

Índice

1. INTRODUÇÃO	3
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	6
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7
5. ANEXO I	8

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do módulo II - estágio no Serviço de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, sob a orientação da Enfermeira Especialista Luísa Tavares e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, foi desenvolvido o objetivo contribuir para a promoção de um ambiente terapêutico, no serviço de pediatria, para minimizar os efeitos da hospitalização da criança e família, através da alteração do quarto de isolamento.

Como atividades pretendo angariar patrocinadores, de forma a alterar o quarto de isolamento.

Para avaliar a atividade irei perceber, junto da equipa de enfermagem a melhor forma de decorar o quarto de isolamento.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A hospitalização proporciona à criança/jovem e família uma situação desagradável e é importante utilizar estratégias que promovam um bem-estar para que as consequências da hospitalização sejam atenuadas. Atualmente dispomos de conhecimentos suficientes para desenhar um quadro bastante claro sobre as consequências negativas da hospitalização durante a infância e adolescência, porém muitas vezes esta situação não pode ser evitada (BARROS,2003) por isso é imprescindível o enfermeiro especialista para que tenha capacidade para delinear estratégias que atenuem o sofrimento da criança. Uma das medidas utilizadas para reduzir o desconforto é o ambiente. BATALHA (2010) afirma que a prevenção e tratamento da dor passam pela criação de um ambiente de bem-estar para a criança e família. Decoração e mobiliário que conduzam a uma atmosfera mais confortável e orientada para as necessidades da criança e família.

Uma preocupação constante dos enfermeiros é o quarto de isolamento da pediatria (quarto 23 – pressão negativa), visto que normalmente as crianças que permanecem nesse quarto têm diagnósticos que levam a uma hospitalização mais prolongada (como tuberculose pulmonar). Assim pretendo adquirir patrocínios, de forma a decorar o quarto, para se tornar um local mais agradável para a criança/jovem e assim reduzir o impacto da hospitalização.

Ao delinear este projeto, encontrei algumas dificuldades, mas a principal foi pensar numa forma de adequar um quarto que fosse transversal às diferentes faixas etárias da pediatria e a ambos os sexos. Após conversar com a equipa de enfermagem e perceber as suas sugestões, pensei em pintar o quarto, colocar um DVD, um espelho e uns filmes atuais.

Relativamente à pintura, é um dos aspetos fundamentais para harmonizar o quarto. Segundo ZANG et al (2012) as cores devem agregar-se de harmonia, pois não vale a pena o espaço ter tonalidades distintas se não forem aplicadas com sabedoria, um ambiente que serviria para descansar não acaba por desempenhar essa função.

O quarto de isolamento tem as paredes num tom bege e o teto branco e isso foi uma das coisas a alterar. As paredes vão ser pintadas de branco e o teto de azul com estrelas amarelas. Será também colocado um espelho, visto só haver um pequeno no WC e um leitor de DVD com diversos DVD's.

Como competências no âmbito do enfermeiro especialista:

- Desenvolvimento de uma prática ética
- Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais, no âmbito da gestão de estratégias que gerem situações comprometedoras para a criança/jovem e família.
- Dinamização no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, através da colaboração na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade.
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, através da identificação de oportunidades de melhoria e selecionando estratégias para melhoria.
- Adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados, através de um adequado acolhimento
- Realização da sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Através de investigação na área dos cuidados atraumáticos, foram identificadas algumas lacunas e foi realizado um apoio para a equipa, de forma a contribuir para o desenvolvimento da equipa de enfermagem.
- Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde
- Cuida da criança/jovem e família as situações de especial complexidade, através da mobilização de recursos para cuidar a criança com dor, demonstrando conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta actividade não representa só o presente, mas também o futuro de uma prestação de cuidados tendo em conta o conforto e bem estar da criança. O quarto em questão é o local onde normalmente permanecem crianças/jovens com bastante tempo de internamento (por apresentarem tuberculose, varicela, leucemia...) por isso é importante ter um ambiente atraumático e no qual a criança/jovem se sintam bem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATALHA, Luís – **Dor em pediatria – compreender para mudar.** Lisboa: Lidel editores, 2010. ISBN: 978-972-757-593-0.
- BARROS, Luísa – **Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista.** Lisboa: Climepsi editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.
- ZANG Elizamar, CAMALOTI Lidiane – Um estudo sobre as cores e a sua aplicabilidade em ambientes de creches infantis. Unoesc & Ciência – ACSA, Joaçaba, v. 3, n. 1, p. 37-44

Anexo XI

Relatório relativo à contribuição para o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente à dor da criança/jovem e as medidas mais eficazes de alívio da dor da mesma

RELATÓRIO DO OBJETIVO IV

(Contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente à dor da criança/jovem e as medidas mais eficazes de alívio da dor da mesma. E incentivar os enfermeiros a avaliar, prevenir e aliviar a dor na criança/jovem)

Estágio Módulo II – Serviço de Pediatria Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enf.º Especialista Luísa Tavares

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Janeiro de 2013

Índice

1. INTRODUÇÃO	3
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
3. AVALIAÇÃO	7
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	8
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
6. ANEXO I	11

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do módulo II - estágio no Serviço de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, sob a orientação da Enfermeira Especialista Luísa Tavares e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, foi desenvolvido o objetivos Contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente à dor da criança/jovem e as medidas mais eficazes de alívio da dor da mesma e incentivar os enfermeiros a avaliar, prevenir e aliviar a dor na criança/jovem.

Como atividades pretendo formar um “grupo de dor” responsável pela divulgação e incentivo da restante equipa de enfermagem na prestação de boas práticas de enfermagem no âmbito da dor na criança e Implementar a nível informático da aplicação (ou não) de medidas não farmacológicas de alívio da dor.

Para avaliar a atividade será realizado questionário, percebendo a pertinência de realizar um grupo de dor e de inserir as medidas não farmacológicas de alívio da dor no programa informático.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A dor na criança hospitalizada não pode ser negada pelas inúmeras fontes de dor existentes (atos terapêuticos e de diagnóstico, doenças..). Apesar de se saber pouco acerca da epidemiologia de dor das crianças, estima-se que as taxas de prevalência possam em alguns casos ser superior a 90 %. A necessidade sentida a nível ética, moral, fisiológico, social e até mesmo económico levou a comunidade científica a uma melhor avaliação e controle da dor na criança. Atualmente, o desafio relativo a esta temática é a sensibilização e formação dos profissionais de saúde. (BATALHA, 2010)

A formação dos profissionais de saúde e a criação de protocolos, melhoram as práticas ao facilitarem a comunicação e consequentemente o planeamento de cuidados. (BATALHA, 2010)

Neste sentido e tendo em conta que é um serviço com especialidade médica e cirúrgica, ou seja, surgem inúmeras situações de dor na criança, pensei em implementar no serviço um grupo de dor que em conjunto trabalhasse essa área específica, delineando projectos para aplicar o serviço e melhorar os cuidados de enfermagem prestados e o bem estar da criança e família. O grupo tem como objetivo transmitir informação e perceber de uma forma mais próxima as necessidades individuais de cada enfermeiro e as lacunas existentes, para se poderem prestar cuidados de qualidade tendo em conta o adequado desenvolvimento da criança.

A melhoria da qualidade de vida da criança e família depende de um tratamento eficaz da dor, que se reconhece só ser possível com o contributo de todos os elementos da equipa de saúde. (BATALHA, 2010) Por isso é fundamental os enfermeiros terem formação e estarem informados das formas de ajudar a criança/jovem e família, contribuindo para uns cuidados de qualidade.

A aplicabilidade das medidas não farmacológicas de alívio da dor têm estado a ser estudadas e demonstram a sua utilidade. Embora não substituam as intervenções farmacológicas, têm uma ação no tratamento da dor ligeira e moderada e são amplamente reconhecidas pelas crianças. As grandes vantagens destas medidas são de não apresentarem efeitos secundários e a criança ter uma ação autónoma. (BATALHA, 2010)

No âmbito desta temática observei a que os enfermeiros apesar de muitas vezes aplicarem medidas não farmacológicas, estas não eram registadas nos registos de

enfermagem, sendo esta uma medida fundamental para que toda a equipa perceba a melhor forma de aliviar a dor da criança. Assim foram delineados (através de uma pesquisa bibliográfica) as medidas não farmacológicas de alívio da dor referentes às diferentes faixas etárias para aplicar no sistema informático, lembrando os enfermeiros de preencher esse campo caso utilizem as medidas de alívio da dor.

Os enfermeiros não são responsabilizados pelo não registo das medidas não farmacológicas de alívio da dor, por isso o seu uso na prática é em grande parte desconhecido. (BATALHA, 2010) Neste sentido delineei uma estratégia para colmatar esta lacuna. Foi realizado um guia para os enfermeiros registarem informaticamente o uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor. Durante o estágio foi construído este apoio que aguarda aprovação para ser inserido no programa informático (sorarian).

Medidas não farmacológicas de alívio da dor - SOARIAN

- | | |
|--------------------------|--|
| RN até 1 ano | <input type="checkbox"/> Amamentação |
| | <input type="checkbox"/> Contenção física |
| | <input type="checkbox"/> Glicose 30 % ou sacarose a 24 % |
| | <input type="checkbox"/> Massagem |
| | <input type="checkbox"/> Sucção não nutritiva |
| | <input type="checkbox"/> Diminuição da luz e ruído |
| | <input type="checkbox"/> Contato pele com pele |
| | <input type="checkbox"/> Música |
| | <input type="checkbox"/> Presença do acompanhante |
| Toddlers e pré-escolares | <input type="checkbox"/> Distração |
| | <input type="checkbox"/> Preparação (tendo em conta o desenvolvimento) |
| | <input type="checkbox"/> Reforço positivo |
| | <input type="checkbox"/> Imaginação |
| | <input type="checkbox"/> Aplicação de frio/calor local |
| | <input type="checkbox"/> Música |
| | <input type="checkbox"/> Presença do acompanhante |
| | <input type="checkbox"/> Oferta um diploma |

Escolares

- Distração (soprar um balão, respirar fundo)
- Preparação (tendo em conta o desenvolvimento)
- Reforço positivo
- Imaginação
- Aplicação de frio/calor local
- Música
- Modelação/ensaio comportamental (ex.: demonstrar num boneco)
- Presença do acompanhante
- Oferta de um diploma

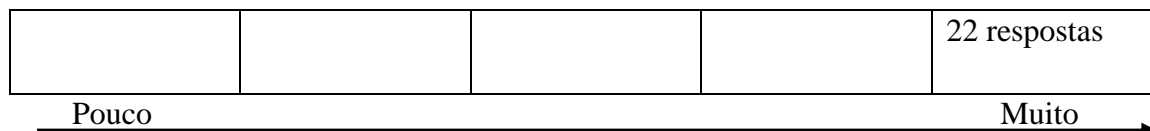
Adolescentes

- Utilização de técnicas de relaxamento
- Preparação (tendo em conta o desenvolvimento)
- Reforço positivo
- Imaginação
- Aplicação de frio/calor local
- Música
- Modelação/ensaio comportamental (ex.: demonstrar num boneco)
- Presença do acompanhante
- Dar oportunidade de fazer escolhas
- Manter a privacidade

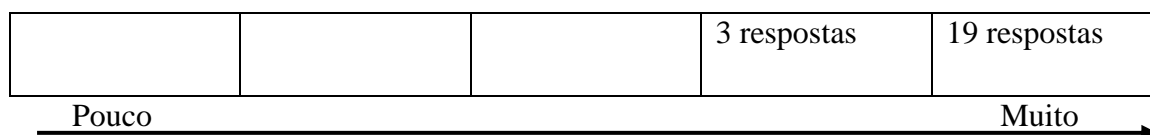
3. AVALIAÇÃO

Para perceber a real importância desta actividade, foi realizado um questionário para os enfermeiros que revelou o seguinte:

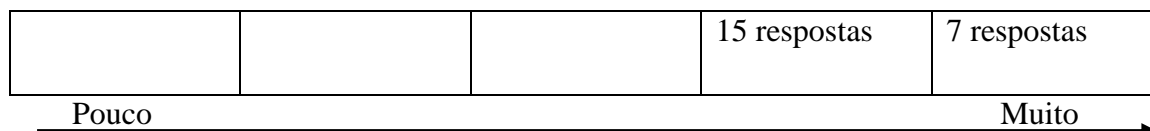
Considera importante um adequado alívio da dor na criança?



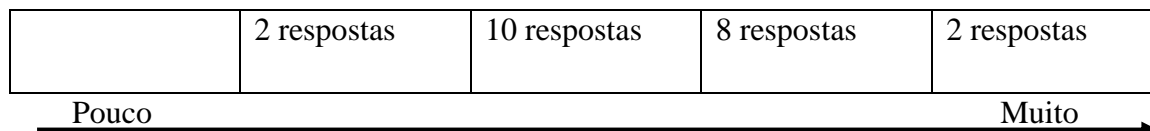
Acha pertinente haver um grupo da dor no serviço?



Costuma utilizar medidas não farmacológicas para alívio da dor?



Tem por hábito registar (nos registos de enfermagem) as medidas que utilizou no alívio da dor da criança?



Foi observado que os enfermeiros considerarem importante o alívio e a educação na área da dor. Todos aplicam medidas não farmacológicas de alívio da dor, no entanto observa-se uma grande lacuna no que diz respeito ao registo destas, sendo por isso muito importante intervir na área.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este objetivo, pude desenvolver no serviço estratégias que além de melhorar a qualidade dos cuidados da criança, proporcionou um desenvolvimento dos enfermeiros no âmbito desta temática, pois através do registo as medidas não farmacológicas de alívio da dor, a informação vai ser transmitida e toda a equipa fica informada da melhor forma de aliviar a dor na criança.

O grupo da dor tem também o objetivo de desenvolver o conhecimento dos profissionais no âmbito da dor, contribuindo para uma melhor prática de cuidados de enfermagem.

Como enfermeira especialista existem diversas competências inerentes a esta temáticas:

- Desenvolvimento de uma prática ética – isto porque através de uma reflexão, foram delineadas estratégias de resolução de uma problemática que considero importante (alívio da dor na criança)

- Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais, no âmbito da gestão de estratégias que gerem situações comprometedoras para a criança/jovem e família.

- Dinamização no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, através da colaboração na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade.

- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, através da identificação de oportunidades de melhoria e selecionando estratégias para melhoria.

- Adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados. Isto através da organização e coordenação de um grupo de dor para aprofundar os conhecimentos e estimular toda a equipa a investir nesta área.

- Realização da sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Através de investigação na área dos cuidados atraumáticos, foram identificadas algumas lacunas e foi realizado um apoio para a equipa, de forma a contribuir para o desenvolvimento da equipa de enfermagem.

- Cuida da criança/jovem e família as situações de especial complexidade, através da mobilização de recursos para cuidar a criança com dor, demonstrando conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATALHA, Luís – **Dor em pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel editores, 2010. ISBN: 978-972-757-593-0.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Orientações teóricas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças. Dez. 2012
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.

ANEXO I

CONSENTIMENTO INFORMADO

QUESTIONÁRIOS

Este questionário é realizado no âmbito do módulo II do estágio do Serviço de Pediatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, com a orientação da Enfermeira Especialista Luísa Tavares e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, do Curso de Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

Os objectivos são contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente à dor da criança/jovem e as medidas mais eficazes de alívio da dor da mesma e incentivar os enfermeiros a avaliar, prevenir e aliviar a dor na criança/jovem O questionário apresenta 4 questões de resposta fechada. As respostas são confidenciais e não existe qualquer obrigatoriedade na realização do questionário.

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir responder ao questionário, poderá retirar a sua vontade de participação em qualquer momento que deseje.

Reconheço que os procedimentos me foram explicados e que me responderam a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o procedimento de estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que a resposta seria de carácter confidencial.

Compreendo que sou livre de me retirar deste estudo em qualquer momento, não havendo qualquer comportamento pejorativo se tal ocorrer.

Pelo presente documento eu _____consinto participar neste estudo


Nome: _____

Data: ____/____/____

DOR


Considera importante um adequado alívio da dor na criança?

--	--	--	--	--

Pouco Muito 


Acha pertinente haver um grupo da dor no serviço?

--	--	--	--	--

Pouco Muito 


Costuma utilizar medidas não farmacológicas para alívio da dor?

--	--	--	--	--

Pouco Muito 

Tem por hábito registar (nos registos de enfermagem) as medidas que utilizou no alívio da dor da criança?

--	--	--	--	--

Pouco Muito 

Anexo XII

Relatório guias de acolhimento

Guia de acolhimento à criança

Estágio Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica Hospital Prof. Doutor Fernando
Fonseca

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enfermeiro Especialista António Gonçalves

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Outubro de 2012

Índice

1. Introdução	3
2. Fundamentação teórica	4
3. Avaliação	5
4. Considerações finais	7
5. Referências bibliográficas	8
6. Anexos	9

1. Introdução

Esta atividade de estágio foi realizada no âmbito do estágio do módulo III no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, sob orientação do Enfermeiro Especialista António Gonçalves e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço.

O objectivo foi contribuir para a minimização do impacto da hospitalização da criança/jovem, através da actividade de realização de guias de acolhimento ao Serviço de Urgência, de acordo com as diferentes faixas de etárias da criança. Para avaliar este objectivo, realizei um questionário aos enfermeiros, para perceber a sua opinião acerca do guia de acolhimento.

2. Fundamentação teórica

Atualmente são vários os estudos que demonstram as consequências negativas da hospitalização na idade pediátrica. (BARROS, 2003) A ida a um Serviço de Urgência representa para a criança/adolescente e sua família uma grande ansiedade e é fundamental que os enfermeiros estejam atentos a todos os fatores inerentes e procedam da forma menos traumática possível, possibilitando a criança/adolescente a ter um desenvolvimento adequado.

O acolhimento de enfermagem com a brincadeira quebrou a barreira que existia entre o hospital e as crianças, tornando-o mais acessível e acolhedor. Acolher convenientemente a criança e família em situação de doença fazendo-as sentirem-se acolhidas e importantes na sua unicidade é um dos cuidados atraumáticos que a enfermeira poderá prestar com o objectivo do bem-estar da criança e sua família, caminhando assim para a verdadeira essência do cuidar. (TAVARES, 2011)

Assim sendo, após conversa com o orientador de estágio, conclui a pertinência de realizar um guia de acolhimento individualizado para a criança, tendo em conta a faixa etária da mesma. Pretendo realizar um folheto com uma apresentação do serviço, adequando à linguagem da criança e com desenhos alusivos. Um dos folhetos é para crianças entre os 3-5 anos e outro dos 6 aos 10 anos. Para os adolescentes já existe um guia realizado anteriormente, pelo que para esta faixa etária não foi concretizada a atividade.

Muitas vezes, não é possível haver uma preparação prévia da criança/adolescente para recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica, pelo que é necessário que um profissional tenha disponibilidade para encontrar tempo e disponibilidade para preparar a criança/adolescente e família explicando todos os fatores inerentes ao serviço. (BARROS, 2003) Por isso, considero importante haver um guia de acolhimento adequado às diferentes faixas etárias da pediatria. Assim as crianças têm a possibilidade de perceber o ambiente envolvente, sentindo-se mais integrada no tratamento.

Para avaliar esta atividade realizarei um questionário aos enfermeiros do serviço para perceber a pertinência e importância do mesmo, bem como propostas para mudanças, para posteriormente colocar as sugestões descritas pelos enfermeiros e enviar para a enfermeira chefe.

3. Avaliação

Previamente ao relatório foi dado um consentimento informado com um esclarecimento acerca do questionário e com as implicações éticas inerentes.

O questionário foi respondido por 13 enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica e revelou as seguintes respostas:

Quanto à constituição do guia de acolhimento, consideram que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
O tema abordado é pertinente			7 respostas	6 respostas
O tema abordado é útil			7 respostas	6 respostas
O guia é de fácil consulta			5 respostas	8 respostas
O guia está disposto de forma clara		1 resposta	6 respostas	6 respostas
O guiar tem conteúdo interessante para a criança			9 respostas	4 respostas
O guia chama a atenção			7 respostas	6 respostas
Vai ajudar a criança – é um cuidado atraumático		1 resposta	6 respostas	6 respostas
Está adequado à faixa etária da criança		1 resposta	8 respostas	4 respostas
É um projecto com futuro/ continuidade			7 respostas	6 respostas

Relativamente ao agrado, a resposta dos enfermeiros foi:

Pouco			6 respostas	7 respostas	Muito
	1	2	3	4	

Como sugestões foi referido que:

- dos 3 - 5 anos poderia ser realizada uma história.
- numa das imagens colocar o brincar.
- relativamente às visitas só pode estar um familiar presente.
- colocar na imagem dos números um desafio mais simples.

4. Considerações finais

Considero que este objetivo foi cumprido com sucesso, pois apesar de me ter proposto fazer um folheto para os adolescentes e não ter cumprido por já haver um no serviço, os folhetos foram dinâmicos e adequados à faixa etária da criança. Os enfermeiros do serviço consideraram um elemento útil e que facilitava a integração da criança no processo de tratamento. Foi tomado em consideração todas as sugestões dadas pelos enfermeiros e o guia de acolhimento, após sofrer algumas alterações, será encaminhado para a enfermeira chefe.

Referências bibliográficas:

- **BARROS, Luísa – Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista.** Lisboa: Climepsi editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.
- **TAVARES, PATRÍCIA P. S. – Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada.** Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-70-7.

Anexos

Anexo I

Questionário e consentimento informado

Este questionário é realizado no âmbito do módulo III do estágio do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, com a orientação do Enfermeiro Especialista António Gonçalves e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, do Curso de Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

O objectivo é perceber a pertinência da realização de um guia de acolhimento direccionado para a criança, tendo em conta a sua faixa etária e individualidade. O questionário apresenta 11 questões, sendo 10 de resposta fechada e 1 de resposta aberta. As respostas são confidenciais e não existe qualquer obrigatoriedade na realização do questionário.

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir responder ao questionário, poderá retirar a sua vontade de participação em qualquer momento que deseje.

Reconheço que os procedimentos me foram explicados e que me responderam a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o procedimento de estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que a resposta seria de carácter confidencial.

Compreendo que sou livre de me retirar deste estudo em qualquer momento, não havendo qualquer comportamento pejorativo se tal ocorrer.

Pelo presente documento eu _____consinto participar neste estudo

Nome:

Data: ____/____/____

Questionário aos enfermeiros – Serviço de Urgência Pediátrica
(Hospital Prof. Dr.º Fernando Fonseca)

Relativamente à constituição do guia de acolhimento, considera que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
O tema abordado é pertinente				
O temas abordado é útil				
O guia é de fácil consulta				
O guia está disposto de forma clara				
O guiar tem conteúdo interessante para a criança				
O guia chama a atenção				
Vai ajudar a criança – é um cuidado atraumático				
Está adequado à faixa etária da criança				
É um projecto com futuro/ continuidade				

5. O guia foi do seu agrado? Coloque uma x.

Pouco					Muito
	1	2	3	4	

Que alterações faria?

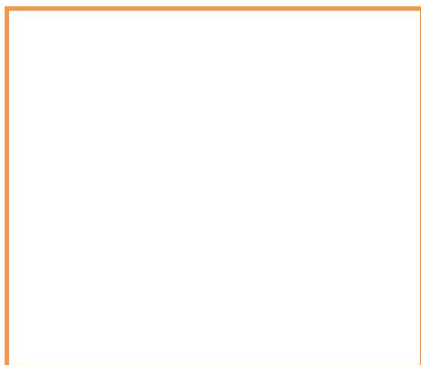
Obrigado pela sua colaboração

Andreia Lopes

Anexo II

Folhetos

Desenha o que mais gostaste no Serviço de Urgência Pediátrica



Pinta o desenho



Serviço de Urgência Pediátrica
Guia de acolhimento
(3-5 anos)



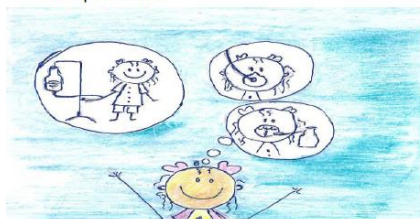
Olá _____ !
Como estás doente, precisas ficar no hospital,
para podermos cuidar de ti e ficares bem!



Vais encontrar:

- Médicos
- Enfermeiros
- Auxiliares de Ação Médica

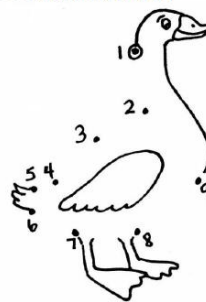
Todas estas pessoas vão ajudar-te a melhorar para ires para casa.



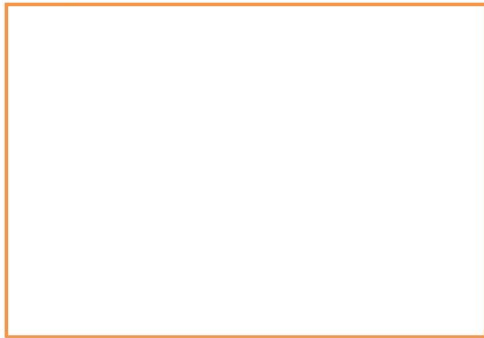
O que posso fazer?



Descobre este desafio - une os números e descobre o animal da imagem:

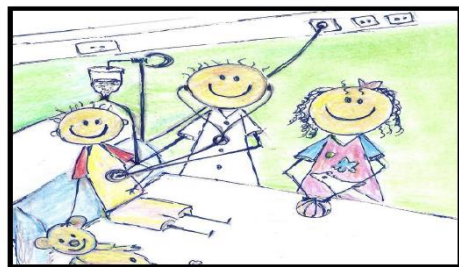


Desenha o que mais gostaste no Serviço de Urgência Pediátrica...

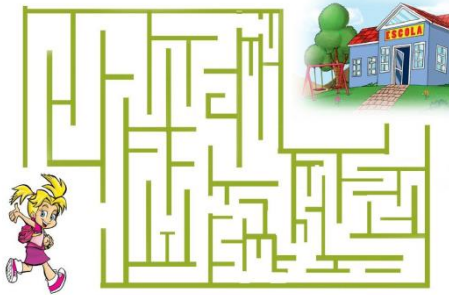


Serviço de Urgência Pediátrica

Guia de acolhimento
(6 - 10 anos)



Descobre este desafio - completa o labirinto...



Olá _____ !

Como estás doente, precisas ficar no hospital, para podermos cuidar de ti e ficares melhor!

As máquinas que vais encontrar são para te ajudar: o monitor cardíaco, oxímetro, máscara e aparelho para avaliar a tensão arterial.



Os teus pais poderão estar sempre presentes para te ajudar e podes receber visitas de familiares e amigos.

Podes trazer o teu brinquedo, música preferida, pijama e chinelos.



Se precisares de ajuda, podes chamar o enfermeiro que estará sempre disponível para te ajudar.



Por vezes podes passar momentos menos agradáveis, mas sabemos que és forte e corajoso, confiamos em ti!

O teu dia-a-dia...



Anexo XIII

Relatório da dinamização da sala de espera

Universidade Católica Portuguesa

Curso de Enfermagem de natureza Profissional: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Turma 5 – 3º Semestre

Dinamização da sala de espera

Estágio Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica Hospital Prof. Doutor Fernando
Fonseca

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enfermeiro Especialista António Gonçalves

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Outubro de 2012

Índice

1. Introdução	1
2. Fundamentação teórica	2
3. Considerações finais	5
4. Referências bibliográficas	6
5. Anexos	7

1. Introdução

Esta atividade de estágio foi realizada no âmbito do estágio do módulo III no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, sob orientação do Enfermeiro Especialista António Gonçalves e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço.

O objectivo foi etárias da criança contribuir para a adesão dos cuidados atraumáticos à criança/jovem e família e a actividade Dinamização da informação na sala de espera.

2. Fundamentação teórica

Para a criança/ adolescente é fundamental o acompanhamento de uma pessoa significativa, mas para que o adulto consiga ajudar é necessário uma orientação por parte dos profissionais para que decorram da melhor forma possível. (BARROS, 2003) É imprescindível haver informação disponível dirigida quer às crianças/adolescentes, quer aos familiares acerca de formas de diminuição dos traumas inerentes à ida a um Serviço de Urgência. Uma das razões que causa mais ansiedade à criança/ adolescente é a dor, por isso considero pertinente a exposição de medidas não farmacológicas de alívio da dor (que a família e criança consigam aplicar) na sala de espera, que é um local onde permanecem a maioria das vezes e com essa informação percebem como evitar/reduzir a dor.

As medidas não farmacológicas de alívio da dor não substituem as farmacológicas, no entanto representam uma grande ajuda no que diz respeito à dor ligeira a moderada na criança. Estas medidas não apresentam efeitos secundários e a criança pode ter uma acção autónoma. (BATALHA, 2010) Por serem medidas facilmente aplicáveis, foi sugerida a ideia de colocar um slide show na sala de espera, no qual quer a criança/ adolescente, quer a pessoa de referência, captasse a informação e pudesse utilizar essas medidas.

Assim sendo, foi realizada uma pesquisa, acerca das medidas não farmacológicas mais evidentes no alívio da dor, consoante as diferentes idades. Foi observado que na criança até ao primeiro ano de vida o uso da chucha, o contato pele a pele, o leite materno, o falar com o bebé de forma tranquila, enrolar o bebé contendo os seus movimentos e posicionar confortavelmente o bebé, são medidas fundamentais para um alívio da dor no bebé. Relativamente às crianças dos 3 aos 10 anos a distração é sem dúvida a forma mais eficaz de os distanciar da dor (como contar uma história e cantar uma canção. O reforço positivo e a preparação prévia são outras medidas com bastante eficácia nestas faixas etárias. Quanto aos adolescentes, ler, ver televisão, ouvir música, conversar, jogar, aplicação de calor, respirar fundo e pensar positivamente são medidas que podem atenuar as queixas algícas. (BATALHA, 2010 e LINHARES, et al, 2010)

Com a informação reunida e pesquisa concluída, realizei um slide show acessível a todas as pessoas, para as diferentes faixas etárias da criança e de fácil

consulta. Medidas simples e facilmente aplicáveis à criança, promovendo assim um aumento do bem estar e redução da ansiedade e trauma sentido.

3. Considerações finais

Considero que esta actividade foi importante para sensibilizar as crianças/adolescentes e acompanhante de algumas medidas que pode ter para aliviar a dor. A informação está disposta de forma clara e simples para que qualquer utente consiga aceder ao que está exposto e adquira o conhecimento para aplicar.

Relativamente à avaliação desta actividade, não foi possível realizar, pois este é um projecto para o serviço utilizar no futuro, juntamente com a descrição de outros procedimentos em slide show. Porém a Enfermeira chefe do serviço, bem como o Enfermeiro orientador de estágio aprovaram a utilização do mesmo.

Referências bibliográficas

- BARROS, Luísa – **Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista**. Lisboa: Climepsi editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.
- BATALHA, Luís – Dor em pediatria – compreender para mudar. Lisboa: Lidel, 2012. ISBN: 978-972-757-593-0.
- LINHARES, M. B. M.; DOCA F. N. P. – Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Temas em Psicologia. Brasil: Universidade de São Paulo. (2010). ISSN: 1413-389x. 307-325.

Anexo I

Diapositivos

Como aliviar a dor...



ALÍVIO DA DOR NO BEBÉ

Utilização de
chucha

Contato pele a
pele: tocar no
bebé

Leite materno -
amamentar

Posicionar o
bebé
confortavelmente

Falar com o bebé
de forma
tranquila

Enrolar o bebé,
contendo os seus
movimentos



ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA (3 - 10 ANOS)

Distração (distrair a criança da dor que está a sentir):

- Contar uma história
- Cantar uma canção
- Fazer um jogo
- Pintar um desenho



Reforço positivo – recompensar a criança e dizer que é muito corajosa.



Preparação psicológica – preparar a criança para o que vai encontrar (médicos, enfermeiros)

ALÍVIO DA DOR NOS PRÉ-
ADOLESCENTES E ADOLESCENTES (10 -
18 ANOS)



Ler



Ver TV



Ouvir música

ALÍVIO DA DOR NOS PRÉ-
ADOLESCENTES E ADOLESCENTES (10 -
18 ANOS)



Conversar/ estar com
alguém que gostes

Jogar



ALÍVIO DA DOR NOS PRÉ-
ADOLESCENTES E ADOLESCENTES (10 -
18 ANOS)



Aplicar gelo



Respirar fundo

ALÍVIO DA DOR NOS PRÉ-
ADOLESCENTES E ADOLESCENTES (10 -
18 ANOS)



Pensa em
coisas
positivas e
que gostes

Anexo XIV

Relatório da musicoterapia

Musicoterapia

Estágio Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica Hospital Prof. Doutor Fernando
Fonseca

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enfermeiro Especialista António Gonçalves

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Outubro de 2012

Índice

1. Introdução	3
2. Fundamentação teórica	4
3. Avaliação	6
4. Considerações finais	8
5. Referências bibliográficas	9
6. Anexo	10

1.Introdução

Esta atividade de estágio foi realizada no âmbito do estágio do módulo III no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, sob orientação do Enfermeiro Especialista António Gonçalves e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço.

O Serviço de Urgência Pediátrica é um local onde são realizados inúmeros procedimentos dolorosos à criança, pelo que é necessário haver uma intervenção nessa área, para que a criança não fique tão ansiosa. Nesta linha de pensamento e tendo em conta o tema do meu projeto de estágio, cuidados atraumáticos, pretendo desenvolver a musicoterapia na sala de tratamentos.

O objectivo que pretendo desenvolver é implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança/jovem durante procedimentos dolorosos. Como actividade para concretizar este objectivo delinee a organização de CD's indicados para as diferentes faixas etárias da criança, promovendo a utilização de musicoterapia na sala de tratamentos.

2. Fundamentação da teórica

Durante a prestação de cuidados na sala de tratamentos, observei que existem inúmeros sinais de queixa, ou de defesa nas crianças: choro, olhar de desespero, alteração da coloração da pele, movimentos corporais de defesa (agarrar os pais, por exemplo) e de agitação, um somatório de manifestações de desconforto e sofrimento da criança, sendo esta uma das formas de esta comunicar o que sente. Constatei também que, grande parte das vezes, estas manifestações, à partida indicativas de sofrimento e desconforto, eram despoletadas pelas mais variadas intervenções de enfermagem, desde os procedimentos invasivos, mas também, os não invasivos(como por exemplo a administração de charope), que se constituíam como extremamente desconfortáveis para a criança

Um aspeto que considero importante intervir, é na sala de tratamentos, pois é um local onde são realizados exames complementares de diagnóstico que causam ansiedade e dor à criança/ adolescente, pelo que é importante o enfermeiro delinear estratégias, tendo em conta o desenvolvimento da criança, para conseguir com que o tratamento o mais atraumático possível. Uma das estratégias de distração utilizadas para alívio da dor e stress da criança é a música (BARROS, 2003) A musicoterapia pode ser incluída numa sala de tratamentos, de forma a dispersar o pensamento de dor da criança e distraí-la proporcionando um ambiente menos traumático.

Foi realizado um estudo na Califórnia, no qual 60 crianças entre os 13 meses e 12 anos, com o intuito de perceber se as crianças tinham melhor humos com brincadeira ou musicoterapia. Foi observado que as crianças sorriam mais frequentemente com musicoterapia, do que a brincar. (HENDON, et al 2007)

A musicoterapia é essencial para o desenvolvimento de uma aproximação da criança, tendo em conta todas as suas dimensões, focando o cuidado no nível de desenvolvimento da criança. É uma terapia com poucos custos, não invasiva e com um significativo benefício psicológico para a criança. (AUSTIN, 2010)

Tendo em conta os benefícios desta terapia atraumática, delineei como objetivo específico de estágio: implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança/jovem durante procedimentos dolorosos. Como atividade pretendo gravar CD's de acordo com os grupos musicais referentes às diferentes faixas etárias da criança e colocar no rádio presente na sala de tratamentos.

Assim sendo, para perceber os verdadeiros efeitos desta atividade realizei um questionário, no qual observei a criança na sala de tratamentos com e sem musicoterapia, tendo em conta os seus sinais de ansiedade.

3.Avaliação

Foram avaliadas 40 crianças, das quais 20 foi utilizada musicoterapia e 20 sem utilização desta terapia. Para isso realizei uma tabela com o sexo e idade da criança, procedimento realizado e os sinais de ansiedade mais frequentes nas diferentes faixas etárias.

Para o bebé (latente até 1 ano de idade) considerei o choro, expressão facial de dor, resistência física, se dá pontapés/pernas encolhidas, movimentos bruscos e difícil de consolar. Nos toddlers e pré-escolares avaliei o choro, gritos, agarra-se aos pais, evita contato com enfermeiros, agride verbal e fisicamente, não coopera e agitação. Relativamente aos escolares observei o choro, comportamento de esquivez, rigidez muscular e testa franzida. Por fim nos adolescentes que avaliei as expressões verbais de dor, aumento da tensão muscular e outros. (HOCKENBERRY, 2006)

Sem musicoterapia observei:

- 5 bebés
- 7 crianças toddler – pré escolar
- 3 crianças escolares
- 5 adolescentes

Com musicoterapia observei:

- 4 bebés
- 7 crianças toddler – pré escolar

- 2 crianças escolares
- 8 adolescentes

Dos registos realizados concluí que os bebés apresentaram uma menor resistência física e eram mais facilmente consoláveis (com medidas adjuvantes como a chucha).

Nas crianças do 1º ano aos 5 anos observei que entravam mais facilmente na sala de tratamentos com a música, pois reconheciam a mesma e os enfermeiros conseguiam um maior contato com a criança e uma relação mais terapêutica. Apesar de algum choro cooperavam melhor nos procedimentos.

Nas crianças em idade escolar também reconheciam a música e notou-se que entravam na sala com um fôlego menos apreensivo, no entanto ainda com receio dos procedimentos que iriam ser realizados.

Os adolescentes mantinham verbalização de dor nos procedimentos, no entanto por vezes cantavam a música para se distanciar da situação.

4.Considerações finais

Observou-se assim que esta atividade foi bem sucedida e que houve uma reação favorável por parte das crianças, apresentando um comportamento mais tranquilo com a musicoterapia do que sem a mesma. Porém a amostra é pequena e deveria ter em conta um maior número de crianças, para que o estudo fosse mais fidedigno, que não foi concretizada devido à escassez de tempo para avaliação da actividade.

Considero que é uma atividade que deve permanecer no serviço, para que a criança não fique tão ansiosa durante os procedimentos dolorosos ou que causam receio, pois acaba por ser uma distracção para a mesma.

Como sugestão, penso que deveria ser colocado um rádio na sala de inaloterapia (além do que existe na sala de tratamentos), pois, pelo que observei, muitas vezes a criança, sobretudo dos 6 meses aos 5 anos está renitente e não percebe o porquê de estar a fazer aerossóis e fica a gritar durante todo procedimento. Apercebi-me que durante a musicoterapia as crianças ficavam mais calmas e sorridentes ao ouvir a música que gostavam, tolerando melhor todo o processo.

Referências bibliográficas:

- AUSTIN, Donna – The psychophysiological effects of music therapy in intensive care units. Pediatric Nursing. Colômbia. (Abril 2020). Volume 22; Número 3; 14-20.
- BARROS, Luísa – **Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista**. Lisboa: Climepsi editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.
- HENDON C, ; BOHON L. M. – Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. Department of Psychology. USA: California. (Janeiro 2007) 141 – 144.
- HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5

Anexo
Grelha de observação

Anexo XV

Jornal de Aprendizagem

Jornal de Estágio

Estágio Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica Hospital Prof. Doutor Fernando
Fonseca

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enfermeiro Especialista António Gonçalves

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 19201103

Outubro de 2012

Índice

1. Introdução	1
2. Desenvolvimento – Reflexões	
2.1. Primeira semana	2
2.2. Segunda semana	4
2.3. Terceira semana	6
3. Considerações finais	8
4. Referências bibliográficas	9

1. Introdução

Este jornal de estágio foi realizado no âmbito do estágio do módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, sob orientação do Enfermeiro Especialista António Gonçalves e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço.

Uma das vantagens dos estágios é o fato de poder passar por áreas da pediatria pela primeira vez e participar na prestação de cuidados, adquirindo novas experiências e competências. A meu ver, isto só é possível através de uma reflexão constante e observação dos colegas com mais experiência na área.

Assim sendo pretendo refletir diariamente e construir um jornal, na qual descrevo os meus sentimentos e experiências mais marcantes de cada semana de estágio, pois só assim poderei crescer e desenvolver competências enquanto enfermeira especialista.

2. Desenvolvimento

2.1.Primeira semana

O percurso habitual de uma criança no SU é após chegar, inscreve-se no balcão, posteriormente é chamada à triagem, na qual são observados os sintomas que a trazem à urgência. Posteriormente, conforme a gravidade, são encaminhadas para o médico e de seguida faz o tratamento prescrito.

A ida a um SU representa para a criança um grande fator de stress, ansiedade e medo, por diversas razões. Primeiro, por muitas vezes ser uma novidade a ida ao hospital e a criança fica com receio do desconhecido; outra razão é o medo das “batas brancas” dos profissionais de saúde; muitas vezes também têm que ser submetidas a procedimentos dolorosos como a colocação de cateter periférico, algaliação, inaloterapia, etc., entre outros.

Todos estes fatores representam uma ameaça para o adequado desenvolvimento da criança e por isso os enfermeiros devem fazer o possível para atenuar estas consequências da recorrência a um SU. Um dos cuidados que o enfermeiro deve ter em atenção são os cuidados atraumáticos, que implica a realização de cuidados o menos traumáticos possível para a criança. Estes cuidados visam a redução do stress psicológico e físico, com o objetivo de atenuar a dor corporal, para que a criança atinja bem estar. (TAVARES, 2008) Um dos objetivos dos cuidados atraumáticos é estimular o controlo da criança, reduzindo a angústia psicológica que pode incluir a ansiedade, medo, raiva, decepção, tristeza, vergonha ou culpa (HOCKENBERRY, 2006)

Num SU muitas vezes é difícil prestar este tipo de cuidados, pois existem muitas crianças para ser observadas e com necessidades de cuidados que implicam dor e desconforto e os enfermeiros tendem a tentar acelerar todo o processo, para que quer a criança, quer a família não tenham tanto tempo de espera.

No serviço onde estou a estagiar, observei que apesar da grande recorrência de crianças à Urgência, os enfermeiros têm a preocupação de prestar cuidados atraumáticos adequado às diferentes faixas etárias da criança. Na sala de triagem têm exposto as escalas de faces e numérica de dor para a criança facilmente identificar um número e adequam a linguagem e explicações à criança. Na sala de tratamentos existe um kit de dor, que é utilizado algumas vezes, este é uma caixa onde estão bonecos, lápis de cor, bolas de sabão, etc, para a criança brincar e ficar distraída da sua dor. Esta sala está decorada com bonecos e tem um rádio. Há também glicose (5%) utilizada nos latentes,

para alívio da dor. Os enfermeiros, têm sempre o cuidado de distrair a criança, contando uma história, uma piada ou cantando uma canção. Tudo isto são benefícios para a criança que muitas vezes o enfermeiro tem o cuidado de aplicar.

Após conhecer o local de estágio e perceber as funções inerentes a cada área (triagem, sala de tratamentos e SO), concluí que havia um maior benefício e interesse enquanto aluna de especialidade, a prestar cuidados diretos à criança, por isso apesar do meu Orientador de estágio ter funções mais direcionadas à gestão, pensei em conhecer melhor o funcionamento de uma triagem que é uma área na qual nunca tive oportunidade de trabalhar e sala de tratamentos onde poderia realizar alguns cuidados atraumáticos e observar os enfermeiros peritos no SU a utilizar estas medidas. O SO por ser muito idêntico ao serviço onde trabalho, determinei que por estar poucos turnos a estagiar, deveria aproveitar outras áreas diferentes e que poderia enriquecer mais, enquanto aluna da especialidade.

Antes de iniciar o estágio tinha a percepção que os cuidados atraumáticos não eram prestados, pois não havia tempo, no entanto observei que os enfermeiros estão bastante desportos para esta temática. Cada vez mais os enfermeiros dispõem de uma grande arte no seu cuidado e estão mais interessados em personalizar os seus cuidados, transmitindo à criança um maior bem estar, tendo em conta todas as suas dimensões.

Apesar disto penso que ainda existem algumas lacunas que tentarei ao longo do estágio dar resposta, como a musicoterapia na sala de tratamentos adequada à idade da criança, para que esta fique mais tranquila durante os procedimentos. Quando a criança dá entrada no SO, haver a entrega de um folheto adequado à sua faixa etária. Expor e as medidas não farmacológicas de alívio da dor para a criança, de forma que quer esta, quer o seu familiar ou acompanhante tenham possibilidade de aplicar.

Nos primeiros turnos de estágio no serviço de urgência pediátrica senti que tudo era novo, pois durante o meu percurso enquanto aluna e enfermeira nunca tinha passado pela experiência. É uma área na qual um dos meus objetivos é estar na prestação de cuidados, para poder dar resposta às diferentes situações da criança num ambiente diferente ao que conheço e ver um lado diferente da enfermagem.

Durante o primeiro dia conheci o serviço e percebi o funcionamento da equipa. O segundo e terceiro dias estive na triagem, esta é uma área que tinha muita curiosidade em observar, visto que além da experiência que é necessário apresentar, um enfermeiro tem que ser extremamente competente por 2 razões fundamentais. A primeira é o fato de ter que ter conhecimentos em diversas áreas pediátricas para conseguir dar resposta

da melhor forma possível aquela situação, criança e família. Outra é a importância o enfermeiro na triagem apresenta, pois é o primeiro profissional de saúde com que a criança/adolescente se depara, por isso é fundamental que este domine o desenvolvimento da mesma, para adequar os cuidados e linguagem e a criança/adolescente supere positivamente o impacto da ida ao hospital.

No terceiro e quarto dias permaneci na sala de tratamentos, onde prestei cuidados e tive oportunidade de observar o tipo de intervenções realizadas pelos enfermeiros

Para trabalhar num SU pediátrico é importante que o enfermeiro possua características como o ser empático, saber comunicar, saber ouvir, colocar-se à altura da criança, pedir sempre autorização e informar dos procedimentos consoante a idade da criança para conseguir transmitir segurança à criança. Pois como já referi anteriormente, é aqui que a criança muitas vezes se depara pela primeira vez com um profissional de saúde, por isso se este tentar transmitir essas características, todo o processo seguinte é mais facilmente tolerado e aceite pela criança.

2.2.Segunda semana

Na segunda semana comecei a sentir-me mais confiante no serviço, pois já conhecia melhor as características e rotinas do serviço, bem como a equipa multidisciplinar.

Observei que existe uma relação de maior confiança e de equipa entre todos os profissionais, cada um tem a sua função e estas são respeitadas, formando uma equipa sólida e que a meu ver transmite uma maior confiança à criança/família. A equipa tem uma dinâmica muito positiva, flexível e organizada, havendo à vontade para discutir algumas intervenções quando necessário. Por exemplo, há um tempo atrás, a maioria das crianças colhiam sangue e era colocado um cateter periférico (tarefa rotineira), implicando mais dor e sofrimento para a criança e um maior gasto a nível de material e tempo. Com muita pertinência e alguma persistência por parte dos enfermeiros, atualmente as crianças só colocam cateter, quando é estritamente necessário. Este é um paço que apesar de aparentar não ter muita importância, é fundamental para a criança, pois a colocação de um cateter causa um grande transtorno, dor e ansiedade para a criança e muitas vezes é um procedimento desnecessário para o diagnóstico e tratamento da criança.

Outra situação que gostaria de salientar foi numa manhã que estava a acompanhar uma enfermeira na sala de triagem e entrou uma criança com 3 anos, acompanhada pela mãe. O menino estava muito prostrado, desidratado e a vomitar, não se conseguindo colocar em pé. Ao avaliar a criança, considerámos pertinente avaliar uma glicémia capilar, e estava com 40 mg/dl, pelo que foi de imediato encaminhado ao pediatra e foi administrada glicose 30% para reverter a hipoglicémia. Este foi de imediato com a criança para a sala de tratamentos, informando que iria realizar uma gasimetria capilar. A enfermeira respondeu de imediato que a criança de certeza que iria necessitar de cateter e uma colheita de sangue e se o médico iria picar a criança mais valia realizar esse procedimento só uma vez e colher tudo, colocando o cateter. O médico disse que não e que ia fazer a gasimetria. Durante a gasimetria o médico necessitou picar 3 vezes a criança e posteriormente esta acabou por necessitar de cateter. Após toda esta situação, eu e a enfermeira refletimos, pois ainda existem situações que os enfermeiros já dominam e tentam melhorar e investigar, no entanto nem todos os profissionais estão despertos para isso. Se iria ser necessário um procedimento doloroso, qual foi a necessidade de picar a criança 4 vezes?! Isso é respeitar a criança e adequar

cuidados? Ou é apenas realizar tarefas? Penso que é este tipo de pensamento e reflexão devem ser realizadas, pois só assim é que se pode melhorar e evoluir, tentando dar respostas adequadas às necessidades da criança.

Num dos dias durante a triagem, após as explicações do programa e acompanhamento consegui triar autonomamente (sobre supervisão) algumas crianças e foi uma experiência muito enriquecedora para mim, enquanto enfermeira especialista, visto que é uma área na qual eu não estava tão confortável e fiquei convicta que é extremamente importante o impacto que o enfermeiro tem na criança, pois é o momento em que esta tira as primeiras impressões do profissional de saúde e isso posteriormente revela-se em todo o comportamento que a criança vai apresentar relativamente a todos os outros procedimentos. Percebi que a disposição e capacidade de adaptação que todos os enfermeiros apresentam é extraordinária, pois além de adequar a linguagem e a postura, percebem também a personalidade da criança, conquistando a sua confiança por esta sentir que está ali um adulto de bata branca, mas que compreende o que está a sentir, isto acontece maioritariamente nas crianças acima dos 3/4 anos.

Como o meu Orientador de estágio tem um horário fixo de manhã, pedi para realizar uma tarde, para poder conhecer a dinâmica do turno. Fiquei na sala de tratamentos. Foi um turno de grande afluência de crianças à Urgência e prestei diversos cuidados de enfermagem, colocando em prática cuidados atraumáticos como a utilização de chucha, glicose, música, presença e carinho dos pais, observando que quando estes cuidados são feitos, a criança fica mais tranquila. Uma das crianças que entrou tinha 5 anos e ficou com o 3º dedo da mão entalada na porta e fez uma ferida com alguma gravidade. Ao entrar estava com a tia que referiu que a sobrinha era muito ansiosa. A criança estava com lágrimas nos olhos e ao entrar coloquei-me ao nível dela e pedi para ver a mão para a podermos ajudar a não doer. A enfermeira que estava comigo administrou-lhe de imediato Paracetamol. Questionei a menina qual era a música que ela gostava e começámos as duas a cantar e ela acabou por me dar a mão e deixar fazer o penso. Isto foi uma demonstração concreta do efeito que a distração pode ter numa criança e que sem dúvida é uma medida que pode e deve ser aplicada pelos enfermeiros, individualizando assim os seus cuidados.

2.3. Terceira semana

A última semana de estágio foi de algum trabalho, pois foi quando terminei a minha pesquisa acerca do Serviço de Urgência Pediátrica. Foi a altura em que coloquei em prática todos os projetos realizados e vi a eficácia dos mesmos.

Penso que, toda a equipa de enfermagem prima pelo respeito à criança/adolescente e família, preocupando-se com a individualidade da mesma e numa perspetiva holística além de cuidar, tenta fazer promoção da saúde da criança. Tem também a capacidade de se adaptar às mais variadas situações, o que implica um grande estudo e capacidade de reflexão. Por exemplo entram crianças apenas com uma gastroenterite, mas de seguida pode entrar uma vítima de violação e os enfermeiros têm que ter uma grande capacidade para encarar aquele momento, sem julgar ou criticar e atuando sempre com um sentido ético e responsável para o bem da criança e família.

Senti-me integrada e com apoio quer do orientador, quer de toda a equipa de enfermagem consegui adquirir competências de enfermagem como:

- A promoção e proteção dos direitos humanos, fator sempre presente em todas as áreas de um serviço de urgência, no qual não se julga nem critica e promovendo a confidencialidade e individualidade da criança e família.

- Incorporar diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática, que pela aplicação dos projetos realizados, que são medidas que melhoram a qualidade, pois pensando na criança existem cuidados e medidas que são facilmente aplicáveis e que melhoram a qualidade da prestação de cuidados à criança, reduzindo a sua ansiedade e medo e contribuindo para a excelência dos cuidados.

- Manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, promovendo um ambiente de segurança e tranquilidade para a criança e família, através da inclusão de medidas que aliviem o sofrimento da criança/adolescente.

- Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, ou seja, considero ter adquirido a capacidade de adequar o meu projeto, tendo em conta a possibilidade da instituição.

- Desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade. Através da observação dos enfermeiros, consegui refletir nas suas características e identificar a melhor forma de interagir com a criança quer na triagem que é a primeira abordagem realizada, quer na sala de tratamentos, local onde a criança tem que passar pelos procedimentos dolorosos.

- Assistência da criança/ jovem e família na maximização da sua saúde, pois quer com a criança, quer adolescente o enfermeiro tem capacidade de se adaptar às diferentes situações, faixas etárias e tipos de personalidade, de forma a ganhar a confiança da criança uma prestação de cuidados tendo em conta a visão de um todo.

- Cuida da criança/jovem e sua família nas situações de especial complexidade. Além da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, os enfermeiros quando triam uma criança com doença crónica (por exemplo com o diagnóstico de drepanocitose) tentam que esta não fique tanto tempo na sala de espera e encaminham de imediato ao médico para proceder ao tratamento ou entregam uma pulseira prioritária, para que a criança não tenha tanto tempo de espera.

- Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem. Esta competência é sem dúvida primordial no serviço de urgência pediátrico, pois existe uma grande preocupação em respeitar a faixa etária da criança/ jovem, dando privacidade e espaço para a criança observar o que a rodeia. Nos adolescentes existe um grande respeito pela confidencialidade e privacidade, para que estes se sintam confortáveis para expor o seu problema, sabendo que não vão ser julgados.

3. Considerações finais

Durante este estágio vi uma realidade, com a qual nunca me tinha deparado, um serviço de urgência pediátrico e considero que consegui adquirir diversas competências enquanto aluna de especialidade.

Deveria ser um estágio de maior duração, pois torna-se difícil em 3 semanas realizar, aplicar um projeto e avaliar as atividades desempenhadas. Foi um desafio que com algum cansaço foi superado e muito útil para a minha formação.

4. Referências bibliográficas

- HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.
- TAVARES, PATRÍCIA P. S. – **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-70-7.

Anexo XVI

Relatório do póster e protocolo da massagem anti-cólica

PÓSTER E PROTOCOLO DA MASSAGEM ANTI-CÓLICA

Estágio Módulo III – Serviço de Neonatologia

Hospital da Luz – Espírito Santo Saúde

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Novembro de 2012

1. Introdução	3
2. Fundamentação teórica	4
3. Avaliação	
4. Considerações finais	8
5. Referências bibliográficas	9
6. Anexos	

1. Introdução

Esta atividade de estágio foi realizada no âmbito módulo III do estágio Unidade de Neonatologia do Hospital Hospital da Luz – Espírito Santo Saúde, com a orientação do Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço.

Os objectivos foram contribuir para a minimização do impacto da dor na criança, com a promoção da passagem anticólica e implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada ao bebé no âmbito do alívio da dor. Como actividades propostas para estes dois objectivos delineei Realização de um póster sobre a massagem anticólica para os pais; realização de ensinios aos pais sobre a massagem anticólica; realização de um protocolo para o serviço com a implementação da massagem anticólica e promoção, junto dos enfermeiros a realização da massagem anticólica. Para avaliar este objectivo, realizei um questionário aos enfermeiros, para perceber a sua opinião acerca póster, com o consentimento prévio.

Neste relatório realizo uma breve fundamentação teórica do tema em questão, posteriormente revelo os dados que foram avaliados e por fim exponho em anexo o póster, um exemplar do questionário aplicado e o protocolo.

2. Fundamentação teórica

O meu tema do relatório são os cuidados atraumáticos, isto é, proporcionar à criança cuidados de enfermagem que sejam o menos traumáticos possível. Nesse sentido senti necessidade de promover o conforto e estratégias de alívio da dor no bebé prematuro. Após alguma pesquisa científica e observação da Unidade de Neonatologia, percebi que a massagem anti-cólica é uma ajuda no alívio da dor abdominal do bebé e é uma medida pouco aplicada no serviço. Assim sendo realizarei um protocolo para ser aplicado pelos enfermeiros e um poster para ser colocado numa sala onde os pais prestam os cuidados de higiene e conforto.

Foi escolhida a sala da banheira para afixar o póster, pois a massagem anti-cólica não deve ser realizada, a prematuros instáveis (que normalmente não podem sair da incubadora). Os bebés ao saírem da incubadora para tomar banho é sinal de uma maior estabilidade, por isso escolhi essa sala, pois assim os pais, em conjunto com o enfermeiro podem massajar suavemente o bebé, proporcionando um maior bem estar.

Ao contrário do que se pensava há algum tempo atrás, atualmente não restam dúvidas quanto à capacidade neurológica das crianças para perceber a dor ao nascimento, incluindo os prematuros. Os principais eixos da dor (periféricos e centrais) estão presentes e funcionais à 24ª semana de gestação. (BATALHA, 2010) Os poucos estudos que analisaram as consequências a curto e longo prazo, das experiências dolorosas ocorridas no período neonatal verificaram que: estímulos nocivos repetitivos aplicados ao bebé, sendo os procedimentos não dolorosos percebidos como dor pelo recém-nascido, desencadeiam respostas de stress, uma generalização da hipersensibilidade à dor e importantes mudanças comportamentais em crianças na idade pré-escolar. (BATALHA, 2010)

Uma das fontes de maior perturbação nos bebés prematuros são as cólicas, que embora possam ter diversos sintomas associados, a causa permanente é um mistério, não existindo um consenso internacional entre investigadores sobre o que causa as cólicas. Estas são uma condição multi-fatorial que causa choro inconsolável nos bebés por longos períodos de tempo, bem como stress e ansiedade neles e nos pais. (MCCLURE, 2008) Na prestação de cuidados atraumáticos, é fundamental aliviar estes sinais de ansiedade do neonato, promovendo o seu bem-estar.

Os benefícios da massagem são inúmeros, entre os quais:

- Estimulação do desenvolvimento e linguagem; melhoria das capacidades de aprendizagem; desenvolvimento muscular; estimula diversos sistemas do organismo (circulatório, hormonal, imunitário, entre outros).

- Alívio nas cólicas, obstipação, dor abdominal, tensão muscular, sistema nervoso.
- Relaxamento, melhora padrões de sono aumenta mecanismos de coping.
- Promove a interação e o *bonding* com os pais.

Por todas estas razões e pensando no conforto do bebé, é importante que os enfermeiros estejam atentos e utilizem esta prática, ensinando-a aos pais e promovendo cuidados de enfermagem de excelência.

Relativamente às competências adquiridas enquanto enfermeira especialista, considero as seguintes:

- Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; através da organização de tempo de acordo com a criança. Os cuidados de enfermagem são adequados ao desenvolvimento do bebé, respeitando sempre o seu conforto, englobando uma conduta preventiva antecipatória.
- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área e concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. Estas competências foram adquiridas com o desenvolvimento das actividades, visto que foi uma contribuição para a qualidade de serviços prestados, após a identificação de uma oportunidade na melhoria.
- Criação de um ambiente terapêutico e seguro; considerando a gestão do ambiente centrada na pessoa, como condição imprescindível para a efectividade terapêutica, promovendo a envolvimento adequada para o bem estar. Com o póster irá haver uma maior sensibilização dos enfermeiros e pais, no âmbito do alívio das cólicas do bebé, promovendo assim o seu conforto e organização.
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Esta competência foi adquirida através da elaboração de um protocolo relativamente ao procedimento, disponibilizando informação acerca do mesmo, bem como do póster.
- Desenvolvimento do auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, através da incorporação nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação.
- Assiste a criança com a família na maximização da sua saúde; através da promoção da saúde do bebé, envolvendo toda a equipa neste cuidado.

- Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade, ou seja na Unidade de neonatologia, em que há inúmeros factores que condicionam a saúde e bem-estar do bebé, o enfermeiro especialista observa as necessidades do bebé e sua família, tentando dar resposta e corresponder à complexidade das diferentes situações e mobilizando conhecimentos recorrendo a diversas abordagens não farmacológicas para o alívio da dor.

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança. Ou seja, necessita ter conhecimentos alargados para perceber o desenvolvimento do bebé prematuro para poder realizar um plano de cuidados adequado à criança, assim como a promoção da parentalidade e vinculação através do toque da massagem.

3. Avaliação

Para avaliação desta actividade, realizei um questionário para os enfermeiros, de forma a perceber a pertinência do póster no alívio das cólicas do bebé. Este foi respondido por 6 enfermeiros da Unidade de Neonatologia.

Previamente ao questionário foi dado um consentimento informado com um esclarecimento acerca do questionário e com as implicações éticas inerentes.

Quanto à constituição do guia de acolhimento, os enfermeiros consideram que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
O tema abordado é pertinente			1 resposta	5 respostas
O temas abordado é útil			1 resposta	5 respostas
O póster é de fácil consulta			1 resposta	5 respostas
O póster está organizado de forma clara			2 respostas	4 respostas
O póster tem conteúdo interessante sobre a massagem anti-cólica		1 resposta	2 respostas	3 respostas
O póster chama a atenção		1 resposta	3 respostas	2 respostas
Vai ajudar na prevenção das cólicas – é um cuidado atraumático		2 respostas	3 respostas	1 resposta
O local da colocação do póster é adequado		2 respostas	3 respostas	1 resposta
É um projeto importante para o bebé			2 respostas	4 respostas

Relativamente ao agrado, a resposta dos enfermeiros foi:

Pouco		1 resposta	3 respostas	2 respostas	Muito
	1	2	3	4	

Como sugestão foi referido por um participante que deveria ter cores mais claras para o póster ficar mais chamativo.

4. Considerações finais

Assim, o enfermeiro especialista das diversas funções que exerce, é englobada a realização de um pertinente diagnóstico de situação no local onde está, percebendo as necessidades do serviço na sua ótica. Quando realiza esta avaliação deve tentar alterar o problema ou melhorar algo no serviço, promovendo uns cuidados de excelência.

Durante o estágio observei que era importante alertar os enfermeiros para a prática da massagem anti-cólica, fator promotor de conforto e que faz a diferença dos cuidados prestados. A meu ver este foi um projecto com bastante sucesso, pois consegui aplicar no serviço e observei a aderência dos pais a esta prática, após o ensino realizado. Ao escolher o local de fixação do póster, este foi pensado de forma que os pais consigam obter uma informação rápida, clara e de fácil aplicação. Assim ao prestar os cuidados de higiene e conforto ao bebé podem observar o póster e ir realizando ao mesmo tempo, sempre com a supervisão do enfermeiro.

Os enfermeiros do serviço avaliaram positivamente esta actividade, sendo esta uma prática que trás benefícios ao bebé e aos pais. Foi também observada uma aderência positiva por parte dos pais a esta prática.

Referências bibliográficas:

- MCCLURE Vimal – **Manual for infant massage instructors**. Portugal. (2008).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.

Anexos

Anexo I

Póster massagem anti-cólica

MASSAGEM ANTI-CÓLICA

Fornecer ao bebé um alívio da dor provocada pelas cólicas.

Atenua a desorganização do sistema nervoso

Desenvolve o tônus muscular, crescimento e a eliminação intestinal

Promove os laços afectivos/ vinculação com o bebé

Estimula a produção de leite materno na mãe

Estimula os sistemas circulatório, digestivo, hormonal, nervoso, respiratório, entre outros.



Promove o conforto e relaxamento e tranquilidade do bebé

Melhora os padrões de sono

Como fazer a Massagem?

- Aqueça as mãos antes de tocar no bebé
- Utilize um creme hidratante ou óleo de amêndoas doces
- Massage suavemente e sem aplicar muita pressão
- Repetir a massagem 1 a 2 vezes por dia, durante cerca de 5 minutos



Passo-a-passo:

1. **Pousar as mãos:** sobre a barriga do bebé.
2. **Pás de moinho:** Massajar com mãos alternadas desde as costelas até às pernas. Repetir 6 vezes com cada mão.



Quando fazer?

- Quando o bebé apresenta a barriga distendida.
- Quando o bebé tem dores/cólicas.
- Preferencialmente a massagem deve ser realizada após o banho, pois o bebé está mais relaxado.



Durante a hospitalização do bebé, deve fazer a massagem acompanhada por um enfermeiro.

Realizado por:

Andreia Lopes (Discente do Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica: Universidade Católica Portuguesa)
Orientação: Enfermeiro Especialista Hugo Pécuto

Referências bibliográficas:
MCCLURE Vimal – Manual for infant massage instructors. Portugal. (2008).

Anexo II

Consentimento informado e questionário aplicado aos enfermeiros

Este questionário é realizado no âmbito do módulo III do estágio Unidade de Neonatologia do Hospital Hospital da Luz – Espírito Santo Saúde, com a orientação do Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, do Curso de Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

O objectivo é perceber a pertinência da realização de um póster sobre a massagem anti-cólica direccionado para os pais do bebé, tendo em conta o conforto e alívio da dor do bebé. O questionário apresenta 11 questões, sendo 10 de resposta fechada e 1 de resposta aberta. As respostas são confidenciais e não existe qualquer obrigatoriedade na realização do questionário.

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir responder ao questionário, poderá retirar a sua vontade de participação em qualquer momento que deseje.

Reconheço que os procedimentos me foram explicados e que me responderam a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o procedimento de estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que a resposta seria de carácter confidencial.

Compreendo que sou livre de me retirar deste estudo em qualquer momento, não havendo qualquer comportamento pejorativo se tal ocorrer.

Pelo presente documento eu _____consinto participar neste estudo

Assinatura:

Data: ____/____/____

Questionário aos enfermeiros – Unidade de Neonatologia (Hospital da Luz)

Relativamente à constituição do póster da massagem, considera que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
O tema abordado é pertinente				
O temas abordado é útil				
O póster é de fácil consulta				
O póster está disposto de forma clara				
O póster tem conteúdo interessante sobre a massagem anti-cólica				
O póster chama a atenção				
Vai ajudar na prevenção das cólicas – é um cuidado atraumático				
O local da colocação do póster é adequado				
É um projeto importante para o bebé				

6. O póster foi do seu agrado? Coloque uma x.

Pouco					Muito
-------	--	--	--	--	-------

1

2

3

4

Que alterações faria?

Obrigado pela sua colaboração

Andreia Lopes

Anexo III

Protocolo para o serviço



PROCEDIMENTO N.º

POLÍTICA N.º

ÁREA

DATA OUTUBRO 2012

1. NOME:

REALIZAÇÃO, ENSINO E AVALIAÇÃO DA MASSAGEM ANTI-CÓLICA AOS PAIS DOS BEBÉS.

2. ÂMBITO:

UNIFORMIZAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

3. PESSOAL ABRANGIDO:

ENFERMEIROS DA NEONATOLOGIA / PISO 4HA

4. ENSINOS DE ENFERMAGEM DIRIGIDOS AOS PAIS

OBJETIVOS

- UNIFORMIZAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, NO ÂMBITO DA REALIZAÇÃO DA MASSAGEM ANTI-CÓLICA.

5. PONTOS IMPORTANTES:

5.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1.1. Os poucos estudos que analisaram as consequências a curto e longo prazo, das experiências dolorosas ocorridas no período neonatal verificaram que estímulos nocivos repetitivos aplicados ao bebé, sendo os procedimentos não dolorosos percebidos como dor pelo recém-nascido, desencadeiam respostas de stress, uma generalização da hipersensibilidade à dor e importantes mudanças comportamentais em crianças na idade pré-escolar. (BATALLA, 2010)

5.1.2. Uma das fontes de maior perturbação nos bebés prematuros são as cólicas, que embora possam ter diversos sintomas associados, a causa permanente é um mistério, não existindo um consenso internacional entre investigadores sobre o que causa as cólicas. Estas são uma condição multifatorial que causa choro inconsolável nos bebés por longos períodos de tempo, bem como stress e ansiedade neles e nos pais. Na prestação de cuidados atraumáticos, é fundamental aliviar estes sinais de ansiedade do neonato, promovendo o seu bem-estar. (MCCLURE, 2008)

5.1.3. Os benefícios da massagem são inúmeros, entre os quais:

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Revisão
1	EESIP Hugo Récurto Enf.ª Andreia Lopes	Enf.ª	
	Data: /10/2012	Data: //	Data: //

- Estimulação do desenvolvimento e linguagem; melhoria das capacidades de aprendizagem; desenvolvimento muscular; estimula diversos sistemas do organismo (circulatório, hormonal, imunitário, entre outros).

- Alívio nas cólicas, obstipação, dor abdominal, tensão muscular, sistema nervoso.
- Relaxamento, melhora padrões de sono aumenta mecanismos de **coping**.
- Promove a interação e o **bonding** com os pais.

5.2. Passo-a-passo da massagem anti-cólica: (MCCLURE,2008)

- Como fazer a Massagem?
 - Aqueça as mãos antes de tocar no bebé
 - Utilize um creme hidratante ou óleo de amêndoas doces
 - Massage suavemente e sem aplicar muita pressão
 - Repetir a massagem 1 a 2 vezes por dia, durante cerca de 5 minutos
- Quando fazer?
 - Quando o bebé apresenta a barriga distendida.
 - Quando o bebé tem dores/cólicas.
 - Preferencialmente a massagem deve ser realizada após o banho, pois o bebé está mais relaxado.

Durante a hospitalização do bebé, deve fazer a massagem acompanhada por um enfermeiro.

- Técnicas da massagem **anti-cólica:**
 - a. **Pousar as mãos:** sobre a barriga do bebé.
 - b. **Pás de moinho:** Massajar com mãos alternadas desde as costelas até às pernas. Repetir 6 vezes com cada mão.
 - c. **Joelhos à barriga:** Empurrar os joelhos juntos até à barriga e manter durante cerca de 6 segundos.
 - d. **Sol e Lua:** Fazer seis vezes. Uma mão desenha um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio. A outra um semi círculo no mesmo sentido.
 - e. Repete os **joelhos à barriga**



Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Revisão
1	EESIP Hugo Sácurto Enf.ª Andreia Lopes Data: /10/2012	Enf.ª Data: //	Data: //

Referências bibliográficas:

- BATALHA, Luís – **Dor em pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: **Lidel** editores, 2010. ISBN: 978-972-757-593-0.
- MCCLURE **Vimal** – **Manual for infant massage instructors**. Portugal. (2008).

Anexo XVII

Relatório do póster da amamentação

PÓSTER DO ALEITAMENTO MATERNO

Estágio Módulo III – Serviço de Neonatologia

Hospital da Luz – Espírito Santo Saúde

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 192011032

Lisboa, Novembro de 2012

Índice

1. Introdução	3
2. Fundamentação teórica	4
3. Avaliação	7
4. Considerações finais	9
5. Referências bibliográficas	10
6. Anexos	

1. Introdução

Esta atividade de estágio foi realizada no âmbito módulo III do estágio Unidade de Neonatologia do Hospital Hospital da Luz – Espírito Santo Saúde, com a orientação do Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço.

O objectivo é contribuir para a adesão dos cuidados atraumáticos ao bebé através da promoção do aleitamento materno. Como actividade proposta para este objectivo delinee a realização de um póster sobre os benefícios do leite materno e realização de ensinios sobre o aleitamento materno. Para avaliar este objectivo, realizei um questionário aos enfermeiros, para perceber a sua opinião acerca póster, com o consentimento prévio.

Neste relatório realizo uma breve fundamentação teórica do tema em questão, posteriormente revelo os dados que foram avaliados e por fim exponho em anexo o póster e um exemplar do questionário aplicado.

2. Fundamentação teórica

O meu tema do relatório são os cuidados atraumáticos, isto é, proporcionar à criança cuidados de enfermagem que sejam o menos traumáticos possível. Nesse sentido senti necessidade de promover o conforto e estratégias de alívio da dor no bebé prematuro.

Após alguma pesquisa científica e observação da Unidade de Neonatologia, percebi que havia a possibilidade de afixar um póster relativamente à amamentação, na sala onde as mães extraem o leite materno. Assim seriam explicadas as vantagens desta prática, as diferenças entre boa pega e má pega e as diferentes posições que se podem adotar durante a amamentação. Escolhi realizar um póster de fácil consulta e com linguagem simples, de forma que quando os pais observem consigam reter a informação fundamental.

Este póster foi realizado com o intuito de promover o aleitamento materno, reduzindo assim o desconforto do bebé. Inicialmente quando os bebés dão entrada a Unidade de Neonatologia são alimentados por sonda, logo certos aspectos como a pega e as diferentes posições de mamar não são experienciados, no entanto quando a criança inicia autonomia alimentar, os bebés são colocados à mama, por isso é fundamental que os enfermeiros façam ensino e os pais percebam os aspectos inerentes a esta prática, para conseguir com sucesso amamentar os seus filhos (se assim o desejarem) .

Um dos aspectos fundamentais do leite humano, é que além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos, também pode ser uma potente intervenção para o alívio da dor, mesmo sendo oferecido por sonda nasogástrica. (LINHARES, 2010) Isto é um fator que favorece muito o bebé, que numa fase inicial da sua vida extra-uterina se sente desorganizado e com desconforto, por isso devem ser aplicadas todas as medidas possíveis para promover o seu bem-estar.

A amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida é um enorme benefício para o bebé, pois previne doenças gastrointestinais, respiratórias; é o alimento com os nutrientes necessários e indispensáveis. (WHO, 2010) Por isso é importante haver uma abordagem por parte dos enfermeiros para que as mães mantenham o aleitamento materno.

Numa investigação realizada no Brasil (Maternidade Escola Assis Chateaubrian), através de um estudo exploratório, foram identificadas as percepções e vivências das mães de recém-nascidos prematuros que amamentaram exclusivamente do 4º ao 6º mês de vida. Foi revelado que a partir da análise compreensiva dos

depoimentos, apreendeu-se que cada mãe vivencia a amamentação de maneira única, singular e própria. A amamentação exclusiva é vista como uma responsabilidade da mulher, como mãe, de dar o melhor de si para que seu filho tenha saúde, principalmente por ser prematuro. (BRAGA, 2008)

O reconhecimento das vantagens do leite materno para o prematuro foi o principal motivo apresentado pelas entrevistadas para amamentarem exclusivamente, mesmo diante de várias situações de insegurança, incómodo e desconforto. Para promover o aleitamento materno exclusivo de prematuros, sugere-se que o atendimento direto às mães seja realizado por uma equipa de profissionais especializados, treinados nas técnicas de aconselhamento em amamentação, orientando-as e as ajudando, quando necessário. (BRAGA,2008)

Com isto observa-se a fundamental função inerente ao papel e competências do enfermeiro especialista que deve, junto das mães realizar uma adequada promoção ao aleitamento materno, tendo em conta todas as suas vantagens e ensinar as mães como manter uma amamentação.

Relativamente às competências adquiridas enquanto enfermeira especialista, considero as seguintes:

- Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; através da organização de tempo de acordo com a criança. Os cuidados de enfermagem são adequados ao desenvolvimento do bebé, respeitando sempre o seu conforto, englobando uma conduta preventiva antecipatória.
- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área e concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. Estas competências foram adquiridas com o desenvolvimento das actividades, visto que foi uma contribuição para a qualidade de serviços prestados, após a identificação de uma oportunidade na melhoria.
- Criação de um ambiente terapêutico e seguro; considerando a gestão do ambiente centrada na pessoa, como condição imprescindível para a efectividade terapêutica, promovendo a envolvimento adequada para o bem estar. Com o póster irá haver uma maior sensibilização dos enfermeiros e pais, no âmbito da promoção do aleitamento materno, alimento fundamental para um favorável desenvolvimento do bebé.
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Esta competência foi

adquirida através da elaboração do póster, facultando os ensinamentos que devem ser realizados aos pais do bebé.

- Desenvolvimento do auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, através da incorporação nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação.
- Assiste a criança com a família na maximização da sua saúde; através da promoção da saúde do bebé, envolvendo toda a equipa neste cuidado.
- Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade, ou seja na Unidade de neonatologia, em que há inúmeros factores que condicionam a saúde e bem-estar do bebé, o enfermeiro especialista observa as necessidades do bebé e sua família, tentando dar resposta e corresponder à complexidade das diferentes situações e mobilizando conhecimentos recorrendo a diversas abordagens não farmacológicas para o alívio da dor.
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança. Ou seja, necessita ter conhecimentos alargados para perceber o desenvolvimento do bebé prematuro para poder realizar um plano de cuidados adequado à criança, assim como a promoção da parentalidade e vinculação.

3. Avaliação

Para avaliação desta actividade, realizei um questionário para os enfermeiros, de forma a perceber a pertinência do póster no alívio das cólicas do bebé. Este foi respondido por 6 enfermeiros da Unidade de Neonatologia.

Previamente ao questionário foi dado um consentimento informado com um esclarecimento acerca do questionário e com as implicações éticas inerentes.

Quanto à constituição do guia de acolhimento, os enfermeiros consideram que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

	1	2	3	4
O tema abordado é pertinente			1 resposta	5 respostas
O temas abordado é útil			1 resposta	5 respostas
O póster é de fácil consulta		1 resposta		5 respostas
O póster está organizado de forma clara		1 resposta	3 respostas	2 respostas
O póster tem conteúdo interessante sobre o aleitamento materno	1 resposta		3 respostas	2 respostas
O póster chama a atenção		3 respostas	3 respostas	
Vai ajudar a manter a amamentação – é um cuidado atraumático		1 resposta	3 respostas	2 respostas
O local da colocação do póster é adequado			2 respostas	4 respostas
É um projecto importante para o bebé			2 respostas	4 respostas

Relativamente ao agrado, a resposta dos enfermeiros foi:

Pouco		1 resposta	3 respostas	2 respostas	Muito
-------	--	------------	-------------	-------------	-------

1

2

3

4

4. Considerações finais

Assim, o enfermeiro especialista das diversas funções que exerce, é englobada a realização de um pertinente diagnóstico de situação no local onde está, percebendo as necessidades do serviço na sua ótica. Quando realiza esta avaliação deve tentar alterar o problema ou melhorar algo no serviço, promovendo uns cuidados de excelência.

Durante o estágio observei que era importante alertar os pais do bebé para a manutenção da amamentação, expondo as vantagens, posições e a forma correta do bebé pegar na mama.

Ao escolher o local de fixação do póster, este foi pensado de forma a que os pais consigam obter uma informação rápida, clara e de fácil aplicação, pois as mães ao extrair leite, conseguem observar o póster e perceber os princípios da amamentação, ficando sensibilizados para esta prática.

Os enfermeiros do serviço avaliaram positivamente esta actividade, sendo esta uma prática que trás benefícios ao bebé e aos pais.

Referências bibliográficas:

- BRAGA D. F.; MACHADO M. M. T.; BOSI M. L.M. - Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. Revista de nutrição. Brasil: Campinas. (Julho 2010) ISSN: 1415-5273
- LINHARES Maria B. M.; DOCA Fernanda N. P. – Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Temas em Psicologia. Brasil: Ribeirão Preto. (2010) ISSN: 1413-389x.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Infant and young child feeding (Julho 2012)

Anexos

Anexo I

Póster

Amamentação

Vantagens do leite materno



Proteção de infecções

Alívio da dor no bebê

Facilmente digerível

Nutrientes perfeitos

Favorece o desenvolvimento do vínculo entre o bebê e a mãe

Protege a saúde da mãe (útero, ovários, mama)

Reduz o choro e acalma o bebê

Bebês amamentados têm um aumento do QI

Diferença entre pega correta e incorreta



Boa pega:

- Toque com o mamilo nos lábios do bebê
- Espere até que a boca esteja bem aberta
- Aproxime rapidamente o bebê à mama, fazendo que o seu lábio inferior fique abaixo do mamilo



Posições para amamentar:

- Sente-se numa posição confortável
- Coloque o bebê com a cabeça e corpo em linha reta
- O nariz do bebê deve estar em frente à mama e o nariz de frente para o mamilo
- Apoie as nádegas do bebê.



Realizado por:

Andréia Lopes (Discente do Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica: Universidade Católica Portuguesa)
Orientação: Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto

Referências bibliográficas: OMS; UNICEF – Aconselhamento em Aleitamento Materno. Portugal. Porto. 2007

Anexo II

Consentimento informado e questionário aplicado aos enfermeiros

Este questionário é realizado no âmbito do módulo III do estágio Unidade de Neonatologia do Hospital Hospital da Luz – Espírito Santo Saúde, com a orientação do Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço, do Curso de Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

O objectivo é perceber a pertinência da realização de um póster sobre o aleitamento materno direccionado para os pais do bebé, tendo em conta o conforto do seu filho. O questionário apresenta 11 questões, sendo 10 de resposta fechada e 1 de resposta aberta. As respostas são confidenciais e não existe qualquer obrigatoriedade na realização do questionário.

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Se decidir responder ao questionário, poderá retirar a sua vontade de participação em qualquer momento que deseje.

Reconheço que os procedimentos me foram explicados e que me responderam a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o procedimento de estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que a resposta seria de carácter confidencial.

Compreendo que sou livre de me retirar deste estudo em qualquer momento, não havendo qualquer comportamento pejorativo se tal ocorrer.

Pelo presente documento eu, _____consinto participar neste estudo

Assinatura:

Data: ____/____/____

Questionário aos enfermeiros – Unidade de Neonatologia
(Hospital da Luz)

	1	2	3	4
O tema abordado é pertinente				
O temas abordado é útil				
O póster é de fácil consulta				
O póster está organizado de forma clara				
O póster tem conteúdo interessante sobre o aleitamento materno				
O póster chama a atenção				
Vai ajudar a manter a amamentação – é um cuidado atraumático				
O local da colocação do póster é adequado				
É um projecto importante para o bebé				

Relativamente à constituição do póster da amamentação, considera que:

(1 – Não satisfaz; 2 – Satisfaz; 3- Satisfaz Bastante; 4 – Excelente)

7. O póster foi do seu agrado? Coloque uma x.

Pouco					Muito
	1	2	3	4	

Que alterações faria?

Obrigado pela sua colaboração

Andreia Lopes

Anexo XVIII

Jornal de Aprendizagem

Jornal de Aprendizagem

Estágio Módulo III – Serviço de Neonatologia

Hospital da Luz – Espírito Santo Saúde

Docente:

Prof. Margarida Lourenço

Enf.^a Orientadora:

Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto

Discente:

Andreia Lopes

Nº: 19201103

Outubro de 2012

Índice

1. Introdução	3
2. Desenvolvimento – Reflexões	
2.1. Primeira semana	4
2.2. Segunda semana	6
2.3. Terceira semana	8
3. Considerações finais	10
4. Referências bibliográficas	11

3. Introdução

Este jornal de estágio foi realizado no âmbito do estágio do módulo III na Unidade de Neonatologia do Hospital Hospital da Luz – Espírito Santo Saúde, com a orientação do Enfermeiro Especialista Hugo Pécurto e orientação tutória da Professora Margarida Lourenço.

Uma das vantagens dos estágios é o fato de poder passar por áreas da pediatria pela primeira vez e participar na prestação de cuidados, adquirindo novas experiências e competências. A meu ver, isto só é possível através de uma reflexão constante e observação dos colegas com mais experiência na área.

Assim sendo pretendo refletir diariamente e construir um jornal, na qual descrevo os meus sentimentos e experiências mais marcantes de cada semana de estágio, pois só assim poderei crescer e desenvolver competências enquanto enfermeira especialista.

4. Desenvolvimento

4.1.Primeira semana

O primeiro dia de estágio, senti que tudo era uma novidade, pois nunca tinha estado numa Unidade de Neonatologia e todo aquele aparato de ventilação, medicação e incubadoras era uma novidade. Além de todos estes aspetos, foi a primeira vez que observei a prestação de cuidados a bebés prematuros.

Nos primeiros dias observei os inúmeros cuidados de enfermagem fundamentais para o bebé, desde a alimentação, medicação, ventilação, circulação e as medidas de conforto proporcionadas para o bem-estar do bebé., adequadas ao desenvolvimento da criança. São cuidados extremamente específicos e que requerem dedicação, decisões imediatas, destreza técnica, trabalho em equipa, capacidade de transmitir empatia, apoio e esperança aos familiares.

Os enfermeiros, estão sempre presentes na unidade e acabam por ter uma grande interação com os pais da criança e acompanhar todos os momentos do desenvolvimento do bebé. São eles que ensinam a cuidar do recém-nascido em todas as suas dimensões, fazem ensinamentos relativamente à alimentação, cuidados de higiene e conforto, eliminação e promovem a vinculação do bebé com os pais. Apoiam e abrem os horizontes aos pais que imaginaram ter um bebé de termo, mas que por alguma razão não aconteceu e por isso têm que perceber e conhecer o seu filho tendo em conta o seu desenvolvimento e aprender a acompanhá-lo no seu percurso.

Relativamente à alimentação, muitos bebés estão em pausa alimentar, no entanto após estarem mais estáveis, é iniciada a alimentação, inicialmente através da sonda nasogástrica e quando toleram é realizado treino alimentar, isto é, é oferecido ao bebé leite por tetina, para este coordenar os reflexos de sucção e deglutição. É um processo muitas vezes lento e que necessita de muita atenção e dedicação, não só para ajudar o bebé, mas também para apoiar os pais, que muitas vezes ficam com alguma ansiedade relativamente a este processo.

Durante os primeiros turnos, além de todas as novidades que observei, tive oportunidade de perceber a importância dos cuidados traumáticos no bebé prematuro. O enfermeiro especialista apresenta um grande conhecimento e sensibilidade para esta prática por diversos fatores:

- Promve o tempo de repouso e alerta do bebê, ou seja, uma das rotinas do serviço é de 3/3 horas observar sinais vitais, administrar terapêutica, alimentar o bebê e trocar a fralda. O enfermeiro especialista promove esta prática tentando sempre conciliar a avaliação da tensão arterial e a prestação dos cuidados de higiene e conforto quando o bebê está desperto. Muitas vezes alerta também o médico para a observação do bebê, quando está a manipulá-lo, para que assim não se interrompa a tranquilidade do bebê e se minimizem os fatores de stress e ansiedade.

- O ambiente está preferencialmente com luz reduzida e as incubadoras são cobertas com uma manta para não entrar luz. O ruído é outro fator tido em atenção, pois a sala de enfermagem está dividida por uma porta e assim ao falar e preparar medicação e alimentação dos bebês, estes são protegidos deste fator.

- O bebê é sempre posicionado confortavelmente, com almofadas e rolos de lençóis, de forma a não haver uma desorganização corporal e manter o conforto.

- É promovido o aleitamento materno, não só como fonte nutricional, mas também como medida não farmacológica de alívio da dor. Num dos turnos o enfermeiro especialista, como promoção de conforto, num bebê que mantinha dieta zero e estava muito queixosa à mobilização, colocou numa seringa 2 ml de leite materno e foi dando gota a gota para acalmar a bebê, cuidado que teve um grande sucesso, pois ficou mais tranquila.

Na primeira semana (3º turno) fiquei responsável pela prestação de cuidados a um prematuro, com um mês de vida, mas com 34 semanas. É um rapaz, irmão gêmeo de uma menina que está com um prognóstico reservado. O menino está estável a nível hemodinâmico, mas dependente de oxigenioterapia e está a ser alimentado de leite materno por sonda. Os pais estão a aprender a prestar os cuidados de higiene e conforto ao filho e ainda necessitam de apoio dos enfermeiros. Realizei vários ensinamentos (acerca da massagem anti-cólica, cuidados de higiene, entre outros) e tive oportunidade de promover a autonomia do bebê e dos pais, pois, o pai pela primeira vez deu o leite ao filho por tetina. Ingeriu apenas 15 ml, mas os pais ficaram muito orgulhosos e para eles foi como se tivesse ingerido um biberon cheio. Isto são pequenas vitórias, sentidas numa Unidade de Neonatologia, com um enorme significado e orgulho para os pais.

Percebi, que são todos estes pormenores que causam a diferença numa Unidade de Neonatologia e que é necessária experiência, dedicação, conhecimento e gosto para trabalhar num serviço com este para conseguir prestar cuidados de enfermagem de excelência.

4.2.Segunda semana

Durante esta semana senti-me mais autónoma nos cuidados, tentei perceber como atuar enquanto enfermeira especialista e que competências desenvolver para poder prestar cuidados de enfermagem de qualidade. O enfermeiro orientador deu-me oportunidade para prestar cuidados a um bebé prematuro (com supervisão). Senti inúmeras dificuldades: a primeira com a medicação, visto que são doses muito pequenas e preparações diferentes das quais estou habituada. Por outro lado a prestação de cuidados de higiene e conforto por vezes tem que ser na incubadora o que torna difícil a mobilização e depois todos os restantes cuidados que tem que se ter e observar porque são bebés que de um momento para o outro podem ficar instáveis por isso qualquer sinal de alerta deve ser tomado em atenção, para se poder agir com alguma rapidez.

Uma das experiências mais marcantes durante todo o estágio foi de uma bebé que tinha um prognóstico reservado e que o caso dela tinha ido a conselho de ética e ficou decidido uma ordem para não reanimar. Tinha perfusão de soro composto e morfina ou fentanil. A menina tinha bastantes queixas durante a manipulação, por isso eram apenas realizados os cuidados imprescindíveis, para não lhe causar desconforto. Após alguns turnos, quando estava a fazer o turno da manhã, ao entrar na sala, apercebi-me que os pais da bebé estavam lá e com um fâcias triste. Quando questionei a enfermeira, esta referiu que a criança tinha tido 2 paragens respiratórias durante a noite e que por isso chamaram os pais para se poderem despedir. Eu fiquei um pouco desconfortável com toda esta situação, pois nunca tinha experienciado a morte de uma criança e fiquei a pensar o que fazer e o que dizer aos pais se essa situação acontecer durante o meu turno. À medida que as horas iam passando as frequências cardíacas e saturação desciam e o pai ou a mãe estavam sempre com a criança ao colo e nunca a deixavam sozinha. Pelas 12 h, mãe estava a dar banho ao gémeo e o pai permanecia com a filha ao colo e quando olhámos para o monitor (que já estava sem som para não alarmar) observámos um sinal de apneia que não revertia. Esperámos até a mãe deitar o gémeo e olhamos para os pais e eles perceberam o que se tinha passado. E ficaram os dois a chorar e despedir-se do filho. Posteriormente todo o restante processo foi bastante terapêutico, pois toda a equipa multidisciplinar deu imensa força aos pais e deu conforto, apoio e deixaram despedir-se da filha.

Esta situação marcou-me muito, pois como enfermeira especialista é também importante saber apoiar a família nestes momentos e este foi um aspeto que nunca

presenciei por isso sinto que apesar de toda a situação, a observação que fiz dos enfermeiros foi uma grande aprendizagem para mim.

Um fator que encontro como menos positivo é a fadiga sentida pelos enfermeiros, devido a vários fatores: o ritmo excessivo de trabalho; lidar com questões de vida e de morte continuamente; lidar com questões éticas que impõe decisões frequentes e difíceis; um elevado nível de exigência dos profissionais com o bebê, família e equipa.

Outro aspeto que quero expor da minha observação é que por vezes não existia um consenso a nível ético, na equipa multidisciplinar, relativamente ao que se deveria fazer à bebé, pois a comissão de ética tinha decidido ordem de não reanimar, no entanto por vezes os enfermeiros questionavam-se se não lhe deveriam dar leite ou dar mais terapêutica e tudo isso leva a um desgaste bastante acentuado por parte de toda a equipa, para se conseguir estipular os melhores cuidados paliativos para aquela criança, tendo em conta o seu bem estar.

2.3. Terceira semana

Na terceira semana, apesar de ainda ter algumas dificuldades por não dominar a área da neonatologia, senti-me mais autónoma na prestação de cuidados. Tive oportunidade de além de cuidar do bebé, fazer ensinamentos da amamentação, massagem anti-cólica, promoção de autonomia alimentar, prestação de cuidados de higiene e conforto, entre outros cuidados.

Um dos turnos da manhã, foi mais complicado, visto que estávamos responsáveis por 5 crianças e por isso teve que haver uma grande organização para ir de encontro a todas as necessidades do bebé. O enfermeiro especialista coordenou a auxiliar de ação médica e a médica, de forma a tentar minimizar as perturbações e promover o descanso do bebé, por isso à medida que se ia prestando cuidados de higiene e alimentando o bebé, a médica observava, era avaliada a tensão arterial e realizados outros procedimentos que o destabilizem. Posteriormente o bebé era colocado confortável a descansar sem interrupções. Este tipo de atitudes tem por trás muitas justificações e que só uma pessoa com conhecimento, sensibilidade e experiência na área é que consegue dar resposta, prestando cuidados de enfermagem de qualidade.

Relativamente às competências que adquiri:

- Desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção. Considero que até agora este foi o estágio onde me deparei com mais dilemas éticos, quer a nível pessoal quer por observação de toda a equipa de enfermagem; isto porque existem crianças que estão em cuidados paliativos e com ordem para não reanimar, o que levanta sempre algumas dúvidas aos profissionais.
- Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; através da organização de tempo de acordo com a criança. Os cuidados de enfermagem são adequados ao desenvolvimento do bebé, respeitando sempre o seu conforto.
- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área e concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. Estas competências foram adquiridas com as actividades da realização dos pósteres e do procedimento da massagem anti-cólica.
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

- Desenvolvimento do auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
- Assiste a criança com a família na maximização da sua saúde; através da promoção da saúde do bebé.
- Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade, ou seja na Unidade de neonatologia, em que há inúmeros factores que condicionam a saúde e bem-estar do bebé, o enfermeiro especialista observa as necessidades do bebé e sua família, tentando dar resposta e corresponder à complexidade das diferentes situações.
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança. Ou seja, necessita ter conhecimentos alargados para perceber o desenvolvimento do bebé prematuro para poder realizar um plano de cuidados adequado à criança.

5. Considerações finais

Durante este estágio vi uma realidade, com a qual nunca me tinha deparado, uma Unidade de neonatologia e considero que consegui adquirir diversas competências enquanto aluna de especialidade.

Deveria ser um estágio de maior duração, pois torna-se difícil em 3 semanas realizar, aplicar um projeto e avaliar as atividades desempenhadas. Foi um desafio que com algum cansaço foi superado e muito útil para a minha formação.

6. Referências bibliográficas

- HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, Dez. 2009.