



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Viviana Alexandra Maia Campos

Porto 2017



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Viviana Alexandra Maia Campos

Sob a orientação de Doutora Constança Festas

Porto 2017

*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”*

Florence Nightingale

Resumo

O Relatório de Estágio que se apresenta com o objetivo de sintetizar e relatar todo um processo de aprendizagem decorrente do estágio desenvolvido, que foi organizado em três módulos: módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crônica; Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia. A metodologia utilizada é descritiva e reflexiva, onde descrevo as práticas desenvolvidas apoiadas numa reflexão crítica, tendo por base os conhecimentos adquiridos na teoria e aqueles que resultam da pesquisa em contexto de estágio. Nos diferentes contextos por onde passei tive oportunidade de observar e atuar de forma diferenciada na assistência ao RN/criança/jovem e família, numa perspectiva holística aumentando as minhas habilidades e competências, focada na promoção da saúde e prevenção de complicações assegurando o seu bem-estar. Paralelamente a esta prática foi realizada uma atualização contínua de saberes com base na evidência científica atual para uma atuação segundo a prática baseada na evidência. Todo este percurso de aprendizagem permitiu-me aplicar os conhecimentos teóricos já adquiridos, ter oportunidade de explorar novas áreas, fortalecer e desenvolver saberes já adquiridos. A elaboração deste documento constituiu sem dúvida um alicerce de um percurso de amadurecimento e construção profissional e pessoal de forma a desenvolver competências assistenciais especializadas e de enfermagem avançada.

Palavras chave: pediatria; saúde infantil; RN; criança; jovem; família

Abstract

The Internship Report presented with the objective of synthesizing and reporting an entire learning process resulting from the stage developed, which was organized into three modules: module I - Child Health; Module II - Medicine and Surgery Services in contexts of acute and chronic disease; Module III - Pediatric Emergency Services and Neonatal Services. The methodology used is descriptive and reflexive, where I describe the developed practices supported by a critical reflection, based on the knowledge acquired in theory and those that result from the research in the context of the stage. In the different contexts where I went, I had the opportunity to observe and act in a differentiated way in the assistance to the RN / child / youth and family, in a holistic perspective increasing my skills and competences, focused on health promotion and prevention of complications ensuring their well- be. Parallel to this practice was a continuous updating of knowledge based on the current scientific evidence for an action based on evidence-based practice. All this course of learning allowed me to apply the theoretical knowledge already acquired, to have the opportunity to explore new areas, to strengthen and develop already acquired knowledges. The elaboration of this document undoubtedly constituted a foundation for a course of maturation and professional and personal construction in order to develop specialized nursing skills and

Keywords: pediatrics; Children's health; RN; child; young; family

Agradecimentos

Às crianças...

Às famílias...

Aos colegas dos serviços...

Às colegas do curso...

À minha família...

Ao namorado...

Aos meus amigos...

Aos meus colegas de trabalho...

Às professoras...

Aos que encorajaram...

Aos que se mantiveram por perto...

Aos que acreditaram...

Aos que deram força para continuar...

Aos presentes e até aos ausentes...

Aos que esmiuçaram ao máximo...

Aos momentos únicos...

Às oportunidades...

Às aprendizagens...

Aos que acreditaram em mim...

Aos que me tornaram uma pessoa melhor...

Lista de Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APR - Atendimento Pediátrico Referenciado

CAJ - Centro de Atendimento a Jovens

CCIRA - Comissão Controlo Infecção Risco Antimicrobiano

CE - Chefe Equipa

CIPE - Classificação Internacional Prática Enfermagem

CPAP - Ventilação Pressão Positiva Continua

CPCJ - Comissão Proteção Crianças e Jovens

CPLEESIP - Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EESIP - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO - Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enf.^a – Enfermeira

MESIP - Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MCDT - Meios Complementares Diagnóstico e Tratamento

NSE - Necessidades Saúde Especiais

PBE - Prática Baseada na Evidência

PIIP - Plano Individual Intervenção Precoce

PNSIJ – Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

REPE - Regulamento Exercício Profissional de Enfermeiros

RN - Recém-nascido

SAPE - Sistemas Apoio Prática Enfermagem

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SMI - São Mamede Infesta

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade Cuidados Saúde Personalizados

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UMDR - Unidade Média Duração e Reabilitação

USF - Unidade de Saúde Familiar

Índice

1.Introdução	10
2.Desenvolvimento de competências	
2.1. Área da Prestação de Cuidados.....	15
2.2. Área da Formação	48
2.3. Área da Gestão	55
2.4. Área da Investigação.....	62
3.Conclusão	68
4. Bibliografia.....	70
Apêndices	76
Apêndice I – Caracterização dos locais de estágio	78
Apêndice II – Sessão de educação parental “ Problemas comuns no primeiro ano de vida”	84
Apêndice III – Sessão de educação parental “Prevenção de acidentes e primeiros socorros no primeiro ano de vida”	92
Apêndice IV – Planeamento das sessões de educação parental.....	86
Apêndice V – Sessão de formação de pares “Dermatite da fralda: Prevenção e tratamento”.....	122
Apêndice VI – Poster Informativo sobre dermatite da fralda para profissionais de saúde	128
Apêndice VII – Poster elucidativo sobre a dermatite da fralda para pais	132
Apêndice VIII – Planeamento da sessão de formação de pares “Eritema da fralda: Prevenção e tratamento”	136
Apêndice IX – Enquadramento teórico sobre o tema “ O sono na adolescência”	148

1.Introdução

A realização deste documento encontra-se inserida no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação da Doutora Constança Festas.

Após um percurso teórico de aquisição de novos saberes, aliado à minha experiência profissional e uma vasta pesquisa bibliográfica sobre o conhecimento científico atual centrado na busca da excelência do cuidar, seguiu-se uma parte mais focada na prática, onde tive oportunidade de aplicar e desenvolver todos estes saberes adquiridos num estágio de assistência à criança e família, que decorreu em diferentes contextos.

Os módulos de estágio decorreram entre 2 de Maio de 2016 e 13 Janeiro de 2017, tendo um total correspondentes a 750 horas, entre as quais 540 horas de contacto e 210 horas de trabalho individual subdivididas equitativamente por três módulos de estágio. O Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica; Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia.

Segundo o plano de estudos do curso de mestrado, para o estágio, são propostos cinco objetivos gerais, alguns dos quais ligados à prática iminentes aos módulos de estágio e outros à concretização do relatório, sendo eles:

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

elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- Possuir conhecimentos e capacidade compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em Enfermagem;
- Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Destes cinco objetivos, o plano de estudos organiza 29 competências a partir das quais foram delineados objetivos específicos e descritas actividades desenvolvidas, que serviram como elemento chave na projecção e desenvolvimento deste percurso. Por uma questão pessoal de organização, de raciocínio lógico e mediante as áreas de intervenção de enfermagem, as competências foram distribuídas pelos quatro domínios de actuação da enfermagem: prestação cuidados, formação enfermagem; gestão enfermagem e investigação enfermagem, culminando numa reflexão crítica acerca do processo de desenvolvimento e fundamentando a aquisição destas mesmas competências. Embora tenha sido realizado um esforço para a divisão dos objectivos pelas competências, alguns deles são transversais a vários domínios, na prática as situações não são estanques e como tal existem competências e objectivos a serem abordados e atingidos em simultâneo.

Este relatório descreve um percurso de aprendizagem, onde reflecto sobre as experiências vivenciadas e os objectivos a que me propus, em concordância com as áreas abrangidas sendo um testemunho na primeira pessoa de todo um percurso e processo de aprendizagem.

O presente documento encontra-se dividido em três grandes partes: este primeiro capítulo introdutório; de seguida um capítulo mais extenso onde desenvolvo e faço uma reflexão sobre as competências adquiridas, objectivos e actividades realizadas; e por fim a conclusão. Ao longo de todo este trabalho escrito utilizarei a palavra criança assumindo que se trata de RN/ criança/ jovem e adolescente.

A metodologia utilizada é descritiva, onde desenvolvo uma construção crítica reflexiva sobre aquilo que tive oportunidade de observar assim como colaborar e prestar cuidados associado a uma pesquisa bibliográfica contínua, tratando-se de uma análise pessoal onde descrevo várias situações e emoções vividas e onde inter relaciono a

teoria, com aquisição de novas competências e solidificação de saberes já adquiridos.

Este documento será um testemunho de todo um percurso realizado onde há especial ênfase as aprendizagens de competências técnicas e relacionais alcançadas.

2.Desenvolvimento de competências

Previamente ao início do estágio, foi elaborado por mim um projeto de estágio onde foram traçados objetivos previsíveis para o cumprimento das vinte e nove competências expectáveis de alcançar segundo o plano de estudos do mestrado profissional com especialização em saúde infantil e pediátrica e assim consequentemente atingir os objetivos gerais para este ciclo de estudos. Com o decorrer dos estágios e conhecendo a realidade de cada local, foram realizadas algumas alterações adequando o máximo possível á obtenção do maior número de experiências possíveis.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria para além das competências básicas da sua categoria profissional, assume competências específicas quer a nível técnico quer científico de forma a assegurar e garantir cuidados de enfermagem diferenciados à criança/família. Como nos indica o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista (2010), página 2,

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Tendo por base as quatro grandes áreas de atuação do enfermeiro: gestão, formação, investigação e prestação de cuidados, optei por organizar e agrupar as competências nestes domínios de atuação embora algumas competências possam ser concordantes a mais que um domínio. Segundo o REPE *“Os enfermeiros constituem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”.* Este tipo de exposição permitiu uma melhor organização do meu raciocínio, desenvolvendo a minha reflexão pessoal sobre as atividades desenvolvidas e as práticas observadas, de forma a alcançar os objectivos traçados e consequentemente adquirir as competências previamente preconizadas a cada um deles.

2.1. Área da Prestação de Cuidados

Competências Desenvolvidas
Demonstrar capacidade trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar
Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;

Objetivos:

- ✓ Conhecer os diferentes locais de estágio no que diz respeito à sua estrutura física e dinâmicas de funcionamento (organizacional e assistencial);
- ✓ Conhecer a dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar;

Atividades realizadas:

- Realizar visitas aos serviços;
- Observar as dinâmicas de funcionamento e métodos de trabalho dos serviços;
- Pesquisar e consultar os protocolos do serviço;

Reflexão:

Em todos os contextos a dinâmica de acolhimento foi muito semelhante, sendo realizada pelos enfermeiros chefes e posteriormente com uma apresentação ao respetivo tutor e a toda a equipa multidisciplinar enquanto aluna da especialidade em saúde infantil e pediátrica. Destaco o serviço de neonatologia que possui um manual de acolhimento com uma estrutura de orientação e avaliação do estágio muito bem concretizada, interessando-se pela nossa opinião enquanto alunos e uma mais-valia para o serviço.

Em todos os serviços tive oportunidade de consultar os protocolos existentes, destaco, os protocolos do serviço de urgência, nomeadamente atuação em sala de emergência, o serviço de neonatologia também possui vários protocolos de atuação, nomeadamente em situações mais complexas, como é o caso da hipotermia onde verifiquei que não sendo uma situação usual no serviço é alvo de pesquisa por parte dos

colegas, neste serviço verifiquei que existem alguns protocolos que se encontram em reestruturação dado avanço dos conhecimentos científicos. Estes aspetos foram fundamentais para a minha integração no serviço sendo um ponto de partida quer para o meu reconhecimento na equipa quer para a minha incorporação para trabalhar de forma adequada com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Para um melhor conhecimento dos contextos, realizei pesquisa sobre cada um dos locais de estágio, de forma a conhecer e adaptar-me aos seus valores, missão e conhecendo os seus objetivos. (apêndice I)

Observei métodos diferentes de trabalho, ao nível do internamento e serviço de neonatologia há uma distribuição dos RN/crianças/jovens por enfermeiro, segundo o modelo de trabalho individual, ficando este responsável pela prestação de cuidados individualizados e necessários aos doentes que lhe foram atribuídos, estabelecendo assim uma sequência lógica mais produtiva de continuidade de cuidados. Relativamente ao serviço de urgência este implícito um maior trabalho em equipa, segundo método funcional, embora exista uma distribuição dos elementos pelos vários sectores, ao mesmo tempo “todos estão em todas as áreas” e necessitam e ter uma visão geral sobre o que se passa em todos os sectores, este é um serviço imprevisível e como tal a atuação vai sendo adequada às áreas de maior afluência.

Gostaria ainda de destacar o aspecto físico do serviço de urgência e de internamento em pediatria que possui uma decoração muito característica da pediatria, do imaginário, reduzindo o impacto que estes locais podem ter quer para os pais quer para as crianças. A existência da sala das brincadeiras no serviço de internamento de pediatria, com a presença da educadora é um fator também muito positivo uma vez que permite que as crianças socializem entre si e aumentem as suas relações interpessoais, percebendo que tal como elas existem inúmeras crianças em situação semelhante, permitindo que se consigam abstrair do meio em que estão inseridas mantendo o lúdico, que em casos de internamentos mais prolongados torna-se ainda mais evidente para a criança, a educadora funciona como elo de ligação com os pais e com a própria criança que se sente menos fragilizada e num ambiente mais acolhedor e afectuoso.

No serviço de internamento a estrutura do serviço em relação à distribuição das enfermarias é realizada segundo as faixas etárias, existindo enfermarias de berços, enfermarias destacadas para crianças e adolescentes, que é cumprido sempre que

possível à exceção das situações em que por escassez de vagas poderá ser necessária a junção de RN/ crianças com adolescentes na mesma enfermaria. Considerei que este fator tem impacto quer para as crianças/jovens e famílias quer para os profissionais, sendo evidente nos adolescentes que têm esta necessidade de independência e que ao terem de dividir o espaço com uma criança ou RN poderá ser algo constrangedor para eles, verifiquei que a maioria dos adolescentes solicita inclusive a possibilidade de ficarem numa enfermaria sozinhos. No caso das famílias, nomeadamente os RN, o facto de ficarem juntamente com outras mães permite uma maior partilha de experiências entre si, sentindo-se mais cómodas uma vez que nesta sala de berços possuem todas as condições para a assistência ao RN. Esta distribuição permite uma assistência mais eficaz e adequadas aos clientes.

Em suma, mediante as realidades de cada contexto é desenvolvida uma metodologia de trabalho eficaz que se adequa às suas necessidades de forma a garantir a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

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

Objetivo:

- ✓ Aprofundar competências comunicacionais com a criança e família nos diferentes contextos assistenciais;

Atividades realizadas:

- Mobilizei os conhecimentos teóricos sobre comunicação com a criança e família, que foram lecionados;
- Pesquisei sobre as diferentes formas de comunicação e a sua implicação na prática;
- Utilizei diferentes formas de comunicação com a criança e família;

Reflexão:

A comunicação através de palavras é o meio mais comum de relacionamento

entre as pessoas. O poder das palavras, a expressão, a entoação e o comportamento que optamos são fortes influenciadores desta comunicação. Considero que a assertividade é talvez a característica que melhor define a comunicação, saber o que dizer, quando dizer, saber esperar o momento certo e de que forma o dizemos, é sem dúvida a chave para o sucesso na comunicação. Ter em consideração todos estes fatores leva a um discurso fundamentado quer diga respeito a aspetos simples ou complexos da nossa atuação, tal como reforça Hockenberry e Wilson, 2014, “*Muitos fatores influenciam o processo de comunicação. Para ser bem sucedida, a comunicação deve ser apropriada à situação, adequadamente oportuna e feita com clareza. Isto implica o uso de técnicas eficazes pelos enfermeiros, incluindo saber ouvir.*”

No processo de assistência às crianças e famílias foi possível utilizar diferentes técnicas de comunicação, adequando-as à faixa etária, ao seu próprio processo de desenvolvimento pessoal e à situação específica.

No serviço de neonatologia permitiu-me desenvolver competências de comunicação não-verbal, a interpretação da comunicação do RN provocou-me curiosidade onde tive necessidade de realizar pesquisa para perceber a informação que me estava a transmitir e desta forma favorecer o seu desenvolvimento e recuperação, segundo Andrea Santos, 2011, “*Períodos prolongados de sono difuso, choro inconsolável, mudanças abruptas do fluxo sanguíneo devido às rotinas, mudanças de posicionamentos, manipulações agressivas, procedimentos invasivos (...), ambientes ruidosos e luminosos, (...) provocam efeitos no cérebro e parecem consequentemente provocar alterações no desenvolvimento.*”

Nesta fase da vida tudo aquilo que o RN nos transmite é através de atitudes, estar atenta ao tipo de choro, ao fáceis, aos movimentos, é essencial para que estabelecer uma comunicação eficaz. A observação pormenorizada do RN, é fundamental para que consiga dar uma resposta adequada e facilitar a comunicação. A forma como reagem aos nossos estímulos, como o franzir da sobrancelha, as mãos cerradas, mostrando desconforto, compreender os diferentes tipos de choro, por fome, por desconforto ou por dor, ou pelo contrário a postura de descontração agrado pelo toque com delicadeza os tons agradáveis, uma música calma, tudo isto são formas de perceber e interpretar aquilo que têm para nos transmitir. Segundo Hockenberry e Wilson, 2014, 198, “*A expressão facial específica é a característica mais consistente e*

as escalas estão disponíveis para avaliar sistematicamente as características faciais, como o encerramento firme dos olhos, a protuberância entre as sobrancelhas, a boca aberta e a língua esticada.”

Em vários contextos, utilizei a comunicação verbal, utilizando linguagem adequada à faixa etária das diferentes crianças. No que diz respeito ao pré-escolar tive especial atenção no tipo de vocabulário que usava, uma vez que estão atentas a tudo o que dizemos e interpretam as palavras literalmente como as enunciamos. Gostam de ser informadas de tudo o que vai acontecer, e o que vão sentir, deixa-las manipular os objetos ajuda diminuir a sua ansiedade e expectativa do que irá acontecer, como refere Hockenberry e Wilson, 2014 “ *As crianças fazem leituras diretas e concretas daquilo que ouvem e veem. São incapazes de abstrair e, por isso, fazem interpretações literais das palavras.*” Utilizei frases curtas e simples de forma a tornar o discurso claro. Hockenberry e Wilson indicam que em idade escolar, “*Elas querem explicações e motivos para tudo, (...). Demonstram interesse nos aspectos de funcionamento de todos os procedimentos, instrumentos e actividades.*”, pretendem saber o porque de tudo, o porquê de um objeto existir, o porquê de ser utilizado, é importante deixar que colaborem no procedimento sempre que possível o segurar o penso para depois colocar, faz-lhos sentir mais envolvido. Nesta fase estão muito centradas na sua integridade corporal, necessitam de tempo para expressarem os seus medos e preocupações, centrei-me em ouvir, tentar tranquilizar e estabelecer formas de reduzir a sua ansiedade e inquietações. Além de tudo aquilo que a criança nos diz e expressa verbalmente, ela comunica muito através dos gestos, forma de estar, tiques, olhar, devemos estar atentos de forma a verificar se a oralidade é concordante com as outras formas de comunicação. No caso dos adolescentes, este foi o grande desafio, uma vez que se encontram num processo de desenvolvimento de identidade muito própria que os diferencia uns dos outros, não existindo uma forma standardizada de comunicar eficazmente com eles. Em muitas situações não querem discutir nem demonstrar as suas preocupações, recusam responder ou respondem muito através de monossílabos, mostrando ainda insegurança para conosco. As situações de internamento levam muitas vezes a sentirem uma perda de controlo numa fase em que se encontram na busca da identidade e individualidade, a melhor técnica e a que senti mais eficaz foi a aceitação, isto é, o simples mostrar que o ouvimos e não julgamos o que nos foi dito, demonstrar que percebemos aquilo que nos

esta a dizer e respeitamos as suas diferenças e a sua privacidade, realçando e destacando o sigilo que é algo que valorizam muito e os faz sentir seguros, levam a que o adolescente se sinta mais confiante e colabore nos cuidados, porque se sentem que são entendidos, também se esforçam para entender a necessidade dos cuidados.

A linguagem abstrata é também das mais utilizadas com crianças. Recorri ao imaginário para distrair a criança, em muitas situações como foi o caso do internamento e do serviço de urgência. A estrutura do serviço ajudou neste sentido, pelo facto de existirem desenhos no tecto, facilitou a distração da criança, o recurso à brincadeira, usar o objecto que traz consigo e permitir que ela também seja a enfermeira do seu brinquedo. Deixar manipular materiais e equipamentos, ajuda a sentir-se mais segura sobre o que vai acontecer, tornando-se participante nos cuidados, *“Muitos profissionais usam o brincar terapêutico para reduzir as consequências negativas da doença e hospitalização e para preparar a criança para procedimentos terapêuticos.”* (Hockenberry e Wilson, 2014, 130). Também utilizei a estratégia de abstração, que ao solicitar um tema de interesse para eles, sugerir temas actuais do seu interesse (por exemplo, qual o presente que pediram ao Pai Natal), *“Quando a criança esta ocupada com uma actividade que lhe interessa é menos provável que elas dêem atenção ao procedimento.”* (Wong, 2008, 715).

Em síntese, os enfermeiros devem utilizar comportamentos de aceitação e utilizar efeitos espelhados em que criança sinta confiança e não se sinta inferiorizada ou desvalorizada.

Embora a criança seja o principal alvo dos nossos cuidados, não podemos colocar de parte as famílias, que também são alvo dos nossos cuidados e os principais mediadores nos cuidados com as crianças. São eles os principais intermediários dos cuidados que fornecem informação essencial para o cuidado da criança. Saliento o primeiro contacto com os pais, que são os maiores observadores e avaliadores da nossa comunicação e postura, este primeiro contacto pode ser algo bloqueador ou facilitador de toda a comunicação que advir e da própria prestação de cuidados da criança. É fundamental privilegiar a comunicação próxima dos pais, mantendo uma escuta ativa, empatia, demonstrar disponibilidade para os ouvir e ter um comportamento de aceitação e compreensão sobre aquilo que expressam, tal como reforça Hockenberry e Wilson, 2014, 126 *“A essência da interação empática é a compreensão precisa dos sentimentos*

do outro”. Todas estas são técnicas que considero fundamentais e que utilizei no processo de assistência às crianças e famílias, em todos os contextos onde fiz estágio.

Os pais estão preparados para que após o nascimento dos seus filhos estes possam ir com eles para casa, e quando isto não acontece a sensação de perda de controlo e desespero é ainda maior, como tal, estabelecer desde o início uma relação de confiança e envolvimento dos pais em todos os cuidados é algo tranquilizador.

Todas estas experiências de comunicação e a possibilidade de mobilizar os conhecimentos evidenciados na literatura que pesquisei, permitiram-me reconhecer que tive oportunidade de aprofundar competências comunicacionais na assistência à criança e família.

Competências Desenvolvidas
Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
Refletir na e sobre sua prática de forma crítica;

Objetivos:

- ✓ Promover a saúde da criança e família nos diferentes contextos em que se encontra;
- ✓ Aprofundar conhecimentos e habilidades relacionadas com o processo de doença e hospitalização;
- ✓ Assistir a criança/família nos diferentes contextos, tendo em conta os conhecimentos teórico práticos e utilizando a metodologia científica;

Atividades realizadas:

- Prestar cuidados à criança doente hospitalizada;
- Colaborar com os programas específicos relacionados com vigilância e promoção da saúde;

- Realizar Acções de Educação para a Saúde (AES) informais à criança/família;

Reflexão:

Os cuidados à criança hospitalizada é um dos temas que mais tem evoluído ao longo dos tempos, quer pelo próprio evoluir do reconhecimento da criança enquanto ser frágil e vulnerável, quer pela presença dos pais junto das crianças hospitalizadas como facilitadores dos cuidados. É nossa missão enquanto enfermeiros tornar a hospitalização o menos traumática possível quer para a criança, quer para a família. Tal como refere Hockenberry e Wilson, 2014, 1034 *“Embora a hospitalização possa ser, e habitualmente seja, stressante para as crianças, ela também pode ser benéfica. (...) pode representar uma oportunidade para as crianças dominarem o stress e sentirem-se competentes nos seus mecanismos de coping.”* E este é o grande desafio da prestação de cuidados à criança hospitalizada.

O contexto de internamento é algo que não me é totalmente desconhecido, uma vez que colaboro com esta equipa de internamento em pediatria na minha unidade de trabalho tal como em unidades que já trabalhei anteriormente.

Tive oportunidade de assistir s criança/família com problemas do foro cirúrgico, contudo fiquei surpreendida com a quantidade de internamentos de crianças com casos sociais que são encaminhados para instituição quer por abandono familiar, quer por falta de capacidade e condições dos familiares.

É notável a forma como esta equipa é bem diferenciada com formação e informação necessária para atuação adequada às necessidades da criança. Para além de existir uma adaptação contante da equipa às necessidades das crianças e famílias, esta encontra-se focada na minimização dos factores de stress da hospitalização, segundo Hockenberry e Wilson, 2014, 1026 *“Os principais stressores da hospitalização incluem a separação dos pais e ente queridos; o medo do desconhecido; a perda de controle e autonomia; a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor e mutilação e o medo da morte.”* Sendo estes os principais factores que me preocupei de observar e minimizar ao longo dos contextos de estágio.

A nossa prática não deve ser incidente apenas no momento do internamento e no

seu decorrer, uma vez que os efeitos da hospitalização podem ser iniciados ainda antes do internamento e podem repercutir-se após a alta. (Hockenberry e Wilson, 2014)

Desde a admissão da criança começa o planeamento da alta, segundo Morais, 2010, “*Os enfermeiros desempenham um papel crucial na preparação do regresso a casa ao ajudar o doente na sua recuperação e a facilitar o seu familiar, na aquisição de competências para o papel de cuidador.*”, este foi um dos princípios que mantive ao longo deste módulo de estágio, todas as oportunidades são ótimas para ensinar e instruir os pais dos cuidados essenciais para o pós alta. No caso da neonatologia a aquisição de competências parentais desenvolve-se de forma gradual, em que são realizadas apreciações das habilidades que os pais possuem reforçando as que se encontram menos evidentes. No serviço de internamento, nomeadamente em especialidades cirúrgicas, verifiquei que existe uma divergência de cuidados após alta por parte da equipa de enfermagem e médica, havendo uma exigência por parte destes últimos para que seja entregue aos pais um documento informativo sobre os cuidados pós alta, observei que alguns colegas não concordantes com este documento limitavam-se a entregar aos pais não desenvolvendo ensinamentos de enfermagem, contudo achei que mesmo existindo esta controvérsia que a equipa de enfermagem discorda, poderá sempre realizar-se ensinamentos aos pais sobre cuidados pós alta e sinais de alerta de forma verbal.

A realização da admissão de uma criança numa unidade de saúde é sempre um fator de *stress* para elas próprias e para as suas famílias, mais ainda quando este internamento surge num contexto de urgência e não programado. No serviço de internamento a criança/jovem encontra-se sempre acompanhada pelos pais, sendo a admissão realizada em simultâneo com os dois, no caso dos internamentos cirúrgicos que são programados, é feito o acolhimento pelo enfermeiro, realizando a avaliação inicial da criança, aproveitando este momento para retirar dúvidas existentes com a criança e família. “*A brincadeira terapêutica centra-se no que a criança se encontra a viver ou experimentou anteriormente e serve-se da brincadeira para partilhar informação em ambos os sentidos: do enfermeiro para a criança e da criança para o enfermeiro. É muito útil no momento da admissão ao hospital e na preparação para procedimentos.*” (Tavares, 2008) Sendo em muitas situações também um desbloqueador da ansiedade e medo presenciadas pela criança e família.

A admissão de crianças no serviço de neonatologia é realizada numa fase inicial

ao RN, que pode carecer de cuidados imediatos, ou apenas cuidados iniciais como avaliação de sinais vitais e sua estabilização, neste caso verifiquei que a equipa se articula para que esta admissão seja realizada de forma agilizada, diminuindo a ansiedade dos pais, que apenas são admitidos á posteriori, em que numa fase inicial é feita admissão pela assistente operacional mais direcionada para as regras da unidade e reconhecimento dos locais, a admissão dos pais por parte da equipa de enfermagem, sendo este um momento primordial para que se estabeleça uma relação terapêutica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2001,

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo).”

O facto de a neonatologia ser uma área completamente nova para mim, implicou uma maior pesquisa e revisão de conhecimentos adquiridos anteriormente, tornando-se uma área com expectativas elevadas, uma vez que tinha a consciência que me iria trazer competências e saberes novos. O serviço de neonatologia é uma unidade referenciada a nível da prematuridade, patologia cardíaca, metabólica, respiratória na região norte do país. Para além disso é uma unidade com grande rotatividade de doentes, exigindo muita concentração por parte dos profissionais não se deixando cair na tentação da rotina, e pensar que cada criança que dá entrada na unidade é uma criança nova, com uma família nova que na maioria dos casos não está preparada para esta realidade e que esta não foi a expectativa que teriam criado para esta criança.

As atuações em cuidados intermédios, são relacionadas com o motivo de admissão ou advém de uma evolução positiva de cuidados, adjacente dos cuidados intensivos, estando os pais nesta situação mais tranquilos, senti que esta é a altura ideal para se investir nas competências parentais e na realização de ensinamentos aos cuidados ao RN, promovendo assim capacidades e habilidades comportamentais para o seu regresso a casa. Neste sentido estimei a presença dos pais e a sua parceria sempre que era

necessária alguma intervenção tornando-os autônomos nos cuidados.

Como já referi, sendo esta uma área completamente nova para mim, foi estabelecido com o enfermeiro tutor uma adaptação de forma progressiva no serviço, em que numa fase inicial integrava os cuidados intermédios e posteriormente os cuidados intensivos neonatais dada a sua elevada especificidade e situações muito complexas.

Tive oportunidade de assistir RN com diversas patologias, desde a prematuridade, a icterícia, a pós cirúrgico. Nesta unidade senti-me independente na prestação de cuidados, dediquei-me às conversas com os pais, perceber quais eram as suas inquietudes e dar reforços positivos para que se sintam confiantes nas práticas e no cuidar dos seus filhos. Em muitas situações dado o prolongado tempo de internamento conferi que existe uma grande proximidade de relação entre os colegas e os pais, sendo um fator positivo na relação de confiança que se estabelece.

A colaboração e participação nas consultas de saúde infantil e juvenil foram também um desafio pelo largo espectro de conhecimentos e especificidades que abarcam. A relevância de efectuar estas consultas para as quais existe um padrão pré definido de itens de avaliação, tem impacto pelo nosso olhar crítico sob a crinaça na detecção precoce de sinais de alarme, assim como transforma-las em momentos de partilha de conhecimentos e extração de dúvidas aos pais. Tal como refere a DGS, 2013, 12 *“Sem prejuízo da observação completa da criança/jovem, são referidas, para cada consulta, as ações a efetuar tendo em vista a caracterização dos aspetos relacionais e a deteção precoce de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento.”* É concordante para todos os profissionais que atualmente as ações de vigilância de saúde infantil e juvenil, realizadas de forma estruturada e adequada, contribuem positivamente na avaliação de aspetos de índole biológica, física, social e ecológica da criança; a saúde infantil/juvenil não depende exclusivamente da prestação de cuidados mas beneficia claramente com esta intervenção.

No sentido da realização das consultas de saúde infantil e juvenil e vacinação foi solicitada colaboração da enfermeira da USF. Tive oportunidade de observar e colaborar em 8 consultas de saúde infantil, distribuídas da seguinte forma: uma consulta no primeiro mês de vida, duas consultas a lactentes; três consultas em idade pré-escolar; uma consulta em idade escolar. Embora considere este número de consultas escassas,

consegui abranger a maioria das consultas em idades chave à exceção da consulta do adolescente.

Em todas as consultas que colaborei segui juntamente com a enfermeira da unidade a avaliação dos parâmetros antropométricos, avaliação de sinais vitais, e os cuidados antecipatórios mencionados no PNSIJ, assim como a avaliação segundo a escala de Mary Sheridan.

De uma forma geral a consulta encontra-se dividida em duas fases, uma fase inicial de avaliação do desenvolvimento e crescimento direcionada para a criança e uma fase posteriori mais direcionada aos pais, para colocação de questões por parte da enfermeira e retirar dúvidas existentes pela parte dos pais.

Relativamente à consulta no primeiro mês de vida, senti que de todas esta foi a mais complexa, uma vez que para além da avaliação da criança, os pais trazem muitas dúvidas sendo necessário realizar um maior número de ensinamentos, as consultas a lactentes são muito semelhantes, sendo que é dado maior ênfase aos sinais de alarme no sentido de deixar os pais alertas para estes sinais. Nas consultas em idade pré-escolar e escolar, é possível estabelecer uma maior dinâmica com a criança, contudo muitas vezes o sentimento de medo dificulta a sua colaboração e a entrevista é direcionada para os pais, sendo muitas vezes difícil conseguir a sua colaboração na sua avaliação.

Ao longo das consultas verifiquei que os focos mais comuns abordados foram: RN – alimentação, cuidados à pele, sono e repouso, eliminação vesical e intestinal; lactentes – alimentação (início da diversificação alimentar), sono e repouso, início da erupção dentária, prevenção de acidentes, estimulação; 1ª infância – alimentação, sono e repouso, início do treino dos esfíncteres, início cuidados orais; idade escolar – alimentação, sono e repouso, hábitos de saúde oral, actividade física, rendimento escolar.

Verifiquei que existem elementos chave a serem abordados em todas as faixas etárias, contudo existe uma adaptação mediante as necessidades e as áreas que carecem de mais ensinamentos, senti que existe uma imposição de *timings* que tornam a atuação da enfermeira limitada pela imposição médica, que tive oportunidade de observar em alguns casos, devido ao facto da consulta se realizar previamente à consulta médica.

Associado a estas consultas de saúde infantil surge a vacinação, tal como refere a DGS, 2017, 18, *“Todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar ou atualizar o esquema vacinal”*. Assim, sempre que a criança se desloca à consulta este momento é aproveitado também como momento de vacinação para atualizar o plano. As oportunidades de vacinação que tive oportunidade de assistir foram também escassas, contudo aproveitei o facto de estar numa fase de alteração do plano nacional de vacinação para discutir e perceber as alterações que foram realizadas com a EE e conhecer as taxas de adesão à vacinação na unidade, segundo esta existe uma elevada taxa de adesão, das situações que tive oportunidade de assistir verifiquei que os pais sentem a vacinação como algo a cumprir estritamente contribuindo para a promoção da saúde dos seus filhos. Associada ao ato de vacinar foram realizados ensinamentos aos pais, sobre possíveis efeitos adversos e reações pós vacinais.

Como já referi ao nível da USF não surgiu possibilidade de assistir a nenhuma consulta de adolescentes contudo direcionei esta vertente para assistência ao nível do CAJ. Este surge de uma parceria com a Câmara Municipal, ficando localizado na Casa da Juventude, o seu horário de funcionamento é às 4ª feiras das 17h às 19h, este horário foi criado visto ser o dia em que todas as escolas do conselho não têm aulas.

É um projecto que tem como objectivo sensibilizar os adolescentes para que adoptem comportamentos de procura de saúde e comportamentos saudáveis sob orientação de técnicos especializados. Para além disso, sempre que o adolescente/jovem recorre a estes serviços é realizada uma avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, ficando toda esta informação registada em modelos próprios de registos criados pela unidade.

Tive oportunidade de acompanhar a EE Saúde Comunitária durante uma tarde no CAJ, pude constatar que este é um espaço onde é cedida confidencialidade a quem recorre, existe uma psicóloga de permanência no local, caso seja necessário recorrer aos seus serviços. A consulta de adolescentes é um grande desafio, uma vez que tal como refere Hockenberry e Wilson, 2014, 129, *“são rápidos a rejeitar as pessoas que procuram impor valores em detrimento dos seus, cujo interesse é simulado ou que revelam ter pouco respeito pelo que o adolescente é e pelo que pensa e diz”*, para além disso é uma fase em que encontram numa definição de identidade e como tal *“É tão*

frequente o engano de considerar o adolescente como tendo a sabedoria e controlo de um adulto, tal como é assumir que possui as preocupações e expectativas de uma criança.” Sendo este para mim o grande desafio, ter uma abordagem assertiva e segura com os adolescentes.

As situações mais frequentes que recorrem ao CAJ são o fornecimento de contraceptivos e esclarecimento de dúvidas sobre comportamentos de risco. As situações que tive oportunidade de observar foram 3 consultas, todas elas direccionadas para a contraceção, verifiquei que existem dúvidas permanentes referentes à correcta utilização dos contraceptivos, desencadeadas das conversas com pares e informações de comunicação social, o que me levou a reflectir, que mesmo havendo uma concepção de que este tema é muito debatido e que até pode estar desgastado, continuam a surgir erros e questões de utilização concluindo que é importante manter esta formação.

Segundo EE o CAJ tem diminuído a procura, fator que estão a tentar combater, pensando em estratégias de mudança. A enfermeira referiu que neste momento este local é também muito frequentado por idosos, uma vez que existem salas com desenvolvimento de actividades para estes podendo ser este um fator que retrai os jovens. Em reflexão com esta referi também a possibilidade de estas consultas serem da responsabilidade do enfermeiro da saúde escolar, e ser este a dinamizar e informar os jovens da existência deste espaço. Penso que sendo uma pessoa já conhecida pelos adolescentes e jovens através da saúde escolar, estes poderão sentir-se mais à vontade em colocarem as suas dúvidas e não sentirem constrangidos sobre quem é que vão encontrar e com quem vão falar nas consultas.

A visitação domiciliária é uma oportunidade única e muito específica de intervenção. Sendo considerada uma ferramenta de elevada eficácia na avaliação da família no contexto real. Segundo a DGS, 2013, 7, *“A visitação domiciliária é considerada “elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade”.*

Tive oportunidade de realizar duas visitas domiciliárias, uma delas a gêmeos RN, na primeira semana após a alta hospitalar, neste sentido tive oportunidade de observar o meio físico e familiar em que os RN se encontram inseridos, numa fase inicial incidiu-se uma conversa informal com os pais no sentido de perceber como

estava a decorrer esta adaptação e onde expuseram algumas das suas dúvidas e receios em relação aos RN, neste caso mais direcionadas para a parte da alimentação mais concretamente o aleitamento materno, com ensino sobre técnicas a adotar e desmistificação de dúvidas inerentes à amamentação, de seguida foi realizada uma avaliação de crescimento, seguindo-se um esclarecimento de aspetos relacionados com eliminação vesical e intestinal, sono e repouso, que não tinham ainda sido abordadas anteriormente. No meu caso já conhecia esta mãe das sessões que assisti do curso de preparação para o parto e como tal senti que existiu empatia e que consegui interagir com a mãe deixando-a à vontade para a colocação de dúvidas e para a concordância dos ensinamentos e relação de confiança.

Tive ainda oportunidade de realizar uma outra visita domiciliária neste caso a uma criança com doença crónica, aqui não se centrou tanto em ensinamentos e avaliação, mas como uma medida de seguimento, no sentido de dar continuidade aos cuidados que já teriam sido planeados, verificar se existiam alterações e avaliar quais as preocupações da família e a necessidade de adequar o plano de cuidados da criança, funcionando apenas como ponto de situação.

É na visita domiciliária, que se consegue observar e reconhecer quais as verdadeiras dinâmicas que se passam e qual a realidade familiar em que a criança e jovem se encontra inserida, a intervenção do enfermeiro é diferenciada, não fica só pela simples avaliação da criança ou jovem, deve existir uma perspetiva avançada de avaliação e intervenção na família, ter uma visão holística do mundo que rodeia a criança em causa, e numa perspetiva de que a qualquer momento a situação poderá alterar-se sendo necessária uma intervenção especial.

Ao longo do estágio tive oportunidade de acompanhar um grupo em 4 sessões de massagem infantil, este é um tema pelo qual as mães demonstram muito interesse, sendo um promotor de bem-estar e conforto para o bebé, fortalecendo os laços e sendo considerado momento único de vinculação, sabendo que contribui para o desenvolvimento cognitivo e afectivo-social da criança. Segundo a Associação Portuguesa de Massagem Infantil *“Os benefícios não se limitam só ao nível fisiológico, vão muito para além, pois aumentam o vínculo pais/bebés permitindo uma base de confiança, segurança e de aceitação emocional importante para o desenvolvimento*

positivo da personalidade do bebé.” Este foi um dos momentos para o qual mais me senti motivada ao longo do estágio uma vez que é uma prática onde fica muito patente a questão da parentalidade, as mães vão dando feed back daquilo que sentem e de como esta experiência contribui para a maximização do papel parental, sendo também momentos utilizados para a colocação de dúvidas e de ensino de competências, para os quais o EESIP deve estar preparado. Ao longo das sessões mantive um contacto com as mães no sentido de perceber qual a percepção que têm sobre esta temática, verificando se a implementam no domicílio e de que forma, garantindo assim a eficácia desta prática.

As sessões de educação parental encontram-se inseridas no Projecto Bem-me-quer, sendo constituído por quatro sessões, das quais duas foram dinamizadas por mim e as restantes duas dinamizadas pela EESIP da unidade. Este foi sem dúvida um momento em que consegui estabelecer uma melhor relação de ajuda com os pais, uma vez que nesta fase de transição de papéis, é notório que os pais sentem uma grande responsabilidade e que nada pode falhar nos cuidados aos seus filhos, buscam muita informação e vêm em nós os profissionais diferenciados para os ajudar e esclarecer.

Foi necessário realizar pesquisa bibliográfica exaustiva sobre estes temas: Prevenção de Acidentes e Problemas Comuns no Primeiro Ano de Vida, mantendo informação mais actual de forma a transmitir informação de forma simples e prática, discutindo a mesma com a enfermeira tutora.

No que diz respeito aos problemas comuns no primeiro ano de vida, tendo em conta o sinal mais comum de recorrência ao serviço de urgência que é a febre, achei que faria todo o sentido abordar este tema, para além disso dada a época do ano, achei pertinente abordar também a questão da tosse e obstrução nasal. Os pais referem muita preocupação sobre os acidentes que ocorrem no domicílio e a forma de atuar perante estes, sendo também um tema que decidi destacar. O facto de ser uma profissional que exerce funções no serviço de urgência e de levar situações práticas e reais para as sessões foi um fator de maior impacto para os pais, pois despertou mais a sua atenção e aumentou o interesse. Pais com filhos mais velhos ou até mesmo sobrinhos, colocam muitas questões e dão muitos exemplos do seu dia-a-dia, neste sentido tentei tornar a sessão num momento de partilha e interação entre todos, o que considerei muito

interessante e produtivo.

Uma das minhas principais preocupações no desenvolvimento das sessões passou também por aprofundar a necessidade de recorrer ao serviço de urgência, no sentido de valorizar sempre preferencialmente a avaliação pelo pediatra ou médico assistente. Tive oportunidade de desmistificar ideias erradas e tentei ressaltar a importância de se manterem calmos e esperar, ao invés de se deslocarem de imediato ao serviço de urgência que muitas vezes não traz vantagens.

Em forma de reflexão com enfermeira tutora referi ainda que o facto de as sessões serem realizadas após o curso de massagem faz com que as mães se sintam mais confiantes, coloquem mais dúvidas e se sintam à vontade no grupo. O tema dos primeiros socorros é um tema que causa mais impacto e assusta mais as mães, senti que durante a sessão havia mais receio em abordar o tema, embora muito interesse em todos os aspectos práticos que foram colocados.

Denotei um grande impacto nas sessões de educação parental, como já referi anteriormente os pais estão muito recetivos a toda a informação que lhes é transmitida, surgem sempre dúvidas e situações que sentem esta necessidade de estarem atualizados. Considero que este tipo de formação é um dos grandes desafios da enfermagem, sentindo eu própria também este como um grande desafio mas que se tornou muito gratificante uma vez que nas sessões seguintes os pais expunham as situações que tinham colocado em prática acerca dos temas apreendidos anteriormente, denotando-se desta forma a grande utilidade destas sessões, nomeadamente no que diz respeito à limpeza das vias aéreas, que durante a formação senti que ficaram assustados com exemplificação da forma eficaz de o fazer, mas que à posteriori mostraram satisfação pelos resultados obtidos na implementação desta intervenção.

Objetivos:

- ✓ Promover a parentalidade;

Atividades realizadas:

- Estabelecer relação ajuda e empática com a criança/jovem e os pais;

Reflexão:

A parentalidade é um processo que se encontra bem evidente nos contextos de assistência de saúde infantil e pediátrica. Nomeadamente nos serviços de neonatologia onde os pais se encontram deparados com o binómio do filho imaginado e filho real que nem sempre são correspondentes e nem sempre os pais estão preparados para encarar esta realidade. Segundo Hockenberry e Wilson, 2014, 59, “*O nascimento de uma criança representa o desafio de prestar cuidados totais 24 horas por dia a um novo membro da família. (...) requer mudanças no desempenho de papéis e significativas mudanças nas relações. (...) pode causar uma disrupção no vínculo do casal e reduzir intimidade e afetividade*” De uma forma geral a minha actuação centrou-se na valorização das suas capacidades e habilidades, na reestruturação familiar e de papéis e na reorganização das suas dinâmicas familiares para que se tornem parceiros do cuidar.

O mesmo acontece no serviço de internamento de pediatria, onde esta vertente da parentalidade se encontra muito trabalhada e desenvolvida através da utilização de escalas para avaliação dos conhecimentos e habilidades dos pais em relação ao seu filho divididos pelas diferentes faixas etárias. É fundamental a integração dos pais para participarem nos cuidados aos seus filhos, sendo este o ambiente ideal para avaliação de competências. A percepção de que o seu filho está a ser alvo de cuidados diferenciados e de excelência, no sentido de garantir a sua promoção da saúde, olhando para a equipa de enfermagem como parceiros naquilo que eles próprios entendem ser o melhor para os seus filhos. Health, 2006, aprofunda que “*O paradigma não é mais dizer aos pais o que devem fazer, mas antes perguntar-se como profissionais: Como posso ajudar os pais a tornarem-se mais confiantes nas decisões que estão a tomar e a sentirem-se mais competentes na sua habilidade para criar os seus filhos?*”

Em ambos os serviços a minha atuação foi no sentido de dar abertura aos pais, para que possam prestar os cuidados e capacitá-los para isso mas numa fase em que eles assim o desejem, e não sentirem-se pressionados a fazê-lo, o que considerei que iria dificultar este processo de vinculação, tive que em algumas situações esperar o momento certo para que eles próprios mostrassem a disponibilidade para interiorizar os ensinamentos e assim garantir a eficácia da minha atuação.

Este processo também é abordado ao nível da UCC, onde é estabelecido

contacto com a grávida na preparação para o parto, uma vez que este processo se inicia na gravidez e posteriormente através da consulta de saúde infantil, visitaçã domiciliária, sessões de massagem infantil, assistimos a este processo de transição. CIPE define a parentalidade como

“a acção de tomar conta com as características específicas: assumir a responsabilidade de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação do recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou não.”

Sendo este o trabalho realizado ao nível da UCC na preparação dos pais para assumirem este papel e no sentido de lhes transmitir os conhecimentos e ferramentas para que possam desenvolver as habilidades na assistência aos seus filhos.

No que diz respeito ainda à UCC, as sessões de educação parental, são também ótimos momentos de promover a parentalidade, o PNSIJ refere que, *“O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo.”* É competência do enfermeiro transmitir aos pais os conhecimentos, ensiná-los, instruí-los para que encarem esta transição de forma segura e não sendo dificultadores e trazendo constrangimentos para este processo.

No âmbito do serviço de urgência, há um sentimento de impotência dos pais para o cuidar dos filhos, uma vez que estão fragilizados pela sua situação de doença e focados na procura de um diagnóstico que os tranquilize, o que nem sempre é possível. Esta pressão sentida por eles, muitas vezes é exibida de uma forma mais agressiva em relação aos profissionais, culpabilizando-os da situação que estão a viver ou até mesmo pela sensação de fraqueza na assistência aos seus filhos, sentindo-se culpados pelas intervenções a que são submetidos. Enquanto profissional tentei manter a calma, demonstrar compreensão e apoiar os pais, referindo que estaria lá para ajudar a cuidar dos seus filhos, expliquei os processos de doença, para que percebessem os mecanismo

de ação da doença e desculpabilizando os seus atos, reforçar que os pais querem sempre o melhor para os filhos, e que era normal o sentimento que estavam a perspetivar, mostrando abertura para que quando se sentissem mais serenos e seguros, estaríamos ali para o ajudar. Hockenberry e Wilson, 2014, 1046, reforçam que *“Os pais podem precisar de ajuda para aceitar os seus próprios sentimentos em relação à criança doente. Se dor dada a oportunidade, os pais revelam muitas vezes os seus sentimentos de perda de controlo, raiva e culpa.”*

Objetivo:

- ✓ Promover amamentação;

Atividades realizadas:

- Incentivar a amamentação;
- Realizar ensinios sobre amamentação;

Reflexão:

O aleitamento materno é também uma das áreas onde os enfermeiros se devem centrar e refletir sobre as suas ações, uma vez que as suas atitudes podem interferir positiva ou negativamente neste processo. Tal como indica Bertolo E Levy, 2012, *“Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós parto imediato e durante a estada da mãe e do bebé no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelcimento da lactação e a duração do aleitamento materno.”*

A amamentação é um processo de transição, sendo que muitas mães consideram-se frágeis, sentindo que esta não é a prioridade de que os seus filhos necessitam, por outro lado existem mães que têm este princípio de não amamentar pré estabelecido, sendo mais difícil e quase redutor mudar estas ideias pré concebidas. Considerei que neste último caso a nossa atuação passa por explicar às mães quais as vantagens do aleitamento materno e a sua função e implicação na vida do RN, contudo quando esta opinião se encontra muito interiorizada senti que a nossa atuação pode ser constringedora e bloqueadora de outros cuidados. Segundo Hockenberry e Wilson, 2014, 346 *“O apoio social à mãe influencia de forma determinante a sua decisão de*

amamentar.” Neste sentido tentei antes de qualquer julgamento, perceber o porquê da decisão tomada pelas mães e posteriormente intervir adequando-me à realidade.

Na unidade de neonatologia existe um “cantinho da amamentação” quase que improvisado, funcionando mais como local de extração de leite, as mães utilizam os cadeirões junto das incubadoras e berços dos seus filhos para este efeito, em mães que demonstraram algum constrangimento pela estrutura em *open space* da unidade providenciei com a equipa biombos, para que se sintam mais resguardadas e desfrutem desde momento único com maior privacidade.

No serviço de internamento verifiquei que todos os profissionais estão muito centralizados no incentivo das mães á amamentação, providenciando ensinamentos e mostrando sempre disponibilidade para estarem presentes com as mães, em situações mais críticas e específicas verifiquei que é solicitada a colaboração de outros profissionais com competências diferenciadas, como é o caso dos conselheiros da amamentação, esta unidade está também inserida no Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigos Bebés.

Ao nível dos cuidados de saúde primários este foco da amamentação esta a cargo da EESMO, sendo que o próprio cantinho da amamentação é lugar-comum com o gabinete da enfermeira, não sendo possível a minha dinamização deste local. Contudo aproveitei o facto de realizar visita domiciliária a RN para incentivar o aleitamento materno desta mãe e instruir sobre técnicas que poderiam ser utilizadas, senti que este ensinamento ao ser realizado no seu próprio ambiente, permite-nos verificar quais as verdadeiras dificuldades que as mães estão a sentir e auxilia-la nesse sentido, por exemplo em muitos casos a ineficácia da amamentação passa pelo posicionamento da mãe, por muito que num gabinete com cadeirão a mãe fique acomodada e consiga agilizar o seu posicionamento com a almofada da amamentação ou outras técnicas que possamos achar pertinentes, é no domicilio em concordância a sua estrutura física que podemos adequar estas técnicas de forma mais eficaz, atuando nas reais necessidades e dificuldades da mãe.

Objetivo:

- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre linguagem classificada (CIPE) e sistemas de

registos;

Atividades realizadas:

- Utilizar a linguagem CIPE, para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- Utilizar o sistema de registos da ULS e explorar as vantagens do sistema partilhado de informação entre Hospital/ Centro de Saúde;

Reflexão:

A necessidade da utilização de linguagem científica surge em paralelo com o próprio desenvolvimento da profissão, tendo surgido a CIPE como uniformização da linguagem em enfermagem para que a informação transmitida seja reconhecida de igual forma. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2012 a CIPE *“visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros.”*

Ao longo dos estágios tive oportunidade de utilizar esta linguagem quer a nível oral, nomeadamente nas passagens de turno, quer escrita em registos de enfermagem. A ULSM e serviço de neonatologia através da utilização do SAPE permitem a introdução diagnósticos de enfermagem, e intervenções que optimizam a prática realizada, possibilitando a execução de registos com rigor, e permitindo a avaliação contínua do impacto das intervenções, acompanhando a actualização da prática. Este tipo de sistema de informação baseado em linguagem CIPE permite melhorar a assistência dos cuidados de enfermagem, tal como assegura a Ordem dos Enfermeiros, 2009, *“A documentação dos cuidados de Enfermagem utilizando a CIPE® irá melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde ao fornecer dados sistemáticos, recuperáveis, acerca dos cuidados de saúde em todo o mundo.”*

Queria aqui também deixar um grande destaque à intercomunicação existente na ULSM em que todos os profissionais conseguem consultar todo o histórico da criança quer a nível da hospitalização quer a nível dos cuidados de saúde primários e mesmo de consultas de especialidade. Por exemplo no internamento após realização da avaliação da escala de conhecimentos dos pais e de serem iniciados os ensinamentos caso não haja oportunidade de todos serem novamente validados esta informação migra para a enfermeira dos cuidados de saúde primários, que toma conhecimento de quais as áreas

que ainda carecem de ensinamentos e para onde se deve direcionar. Este tipo de programa, permite sem dúvida ao enfermeiro uma maior abrangência

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

Objetivos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos e habilidades relacionadas com situações de assistência diferenciada nos diferentes contextos;
- ✓ Refletir de forma crítica e constante sobre situações problema e de maior complexidade;

Atividades realizadas:

- Colaborei na assistência à criança e família em situações diferenciadas;
- Consultei documentação de apoio, para situações complexas, como protocolos de atuação de RN alto risco, sala de emergência e triagem canadiana;

Reflexão:

A assistência a RN de alto risco requer uma qualificação e formação diferenciada. Segundo Hockenberry e Wilson, 2014, 332, *“O recém-nascido de alto risco é definido como um recém-nascido que apresenta uma maior morbidade e mortalidade do que a média dos recém-nascidos, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer, geralmente devido às condições ou circunstâncias sobre*

impostas pelo curso normal dos acontecimentos associados ao nascimento e adaptação à vida extrauterina.” Neste sentido a minha atuação baseou-se na observação e colaboração nas intervenções realizadas e na discussão dos casos com a enfermeira tutora.

O próprio rácio doente/enfermeiro é na maioria das situações de 1/1, dada a complexidade de cuidados e a atenção contínua que estes doentes requerem. Tive oportunidade de observar a atuação em doente com hipotermia onde há uma avaliação prolongada da criança, mediante o protocolo de atuação existe no serviço que é seguido em pormenor. Tive ainda oportunidade de colaborar na admissão de RN que se encontrava em anúria, sendo necessária uma intervenção alargada e imediata logo após a sua chegada, verifiquei que a equipa se centra muito nesta prestação de cuidados prioritários, agilizando recursos humanos e físicos para atuação de forma eficiente e garantindo a eficácia, funcionando muito em parceria com a equipa médica que se encontra em permanência na unidade.

A minha intervenção mais direta em relação aos RN de alto risco ficou mais direcionada para os grandes prematuros, onde me sensibilizei para os pormenores, como o ruído, o toque, que são demasiado perturbadores. Tendo necessidade de reestruturação de comportamentos, mas que me permitiu a aquisição de novas competências. O simples facto do RN ter uma apresentação tão frágil era para mim uma barreira na prestação de cuidados, contudo senti que a equipa esteve focada em proporcionar-me momentos de aprendizagem, revelando estratégias para a minha evolução.

Embora a minha prática diária esteja relacionada com o serviço de urgência considerei a atuação na sala de emergência e a realização da triagem canadiana como situações de elevada complexidade pelo facto de constituírem uma unidade de atendimento diferenciado e no caso da triagem um serviço pioneiro.

A nível da sala de emergência tive oportunidade de observação e colaboração numa situação de taquicardia supra ventricular. A equipa rapidamente se coordenou entre quem colabora na sala de emergência e quem se mantém nos restantes setores para assegurar e manter os cuidados, foi notória também a forma como a equipa se combinou nas diferentes posições em sala de emergência (via aérea, preparação medicação, manobras).

A calma com que todos os elementos se mantiveram, a comunicação eficaz que se estabeleceu, o facto de não deixarem a família de lado explicando todos os procedimentos, e permitirem a sua entrada na sala e conseqüentemente o facto de ter evoluído para uma situação positiva, com estabilização da criança, foi para mim uma experiência muito positiva, senti segurança por parte da equipa e permitiu-me sentir capacitada para uma atuação com eficácia.

No trauma não tive oportunidade em nenhuma situação concreta, contudo foram realizadas conversas e mesmo formação com a tutora sobre os casos de trauma que existiram no serviço e a forma de atuação, esta formação tratou-se mesmo de uma simulação onde treinei o posicionamento da vítima, estabilização, imobilizações em plano duro, aplicação e troca de colar cervical, alinhamento neutro em plano duro. Considerei esta simulação importante uma vez que não tendo experiência em trauma, consegui ter algumas noções sobre a forma de atuação e estar mais desperta para os princípios básicos na assistência a uma vítima de trauma.

A triagem Canadiana era algo que me despertava muita curiosidade, uma vez que esta é a única urgência a nível da região Norte com este sistema de triagem que é o que mais se adequa à pediatria. Aqui destaco os conhecimentos e experiência necessária para um enfermeiro, que possui grande capacidade de olhar crítico sob a criança de forma a encaminhar eficazmente e em tempo útil as crianças em situações de risco, a enfermeira tutora por várias vezes reforçou as atitudes que tomava e explicou os encaminhamentos que realizou, despertando em mim a atenção para algumas situações específicas. A triagem sendo um posto que necessita de uma grande capacidade de comunicação, organização e reconhecimento de situações urgentes e emergentes é realizada apenas por enfermeiros especialistas.

Objetivo:

- ✓ Conhecer as dinâmicas de intervenção à criança e família com maior vulnerabilidade;

Atividades realizadas:

- Participar em atividades no âmbito do NACJR;
- Participar em atividades no âmbito da ELI;

Reflexão:

O NACJR é também uma área nova para mim que implicou uma pesquisa de novos conhecimentos como já foi descrito anteriormente.

Nesta atuação, estão incluídas as situações de maus tratos, negligência e todas as situações de risco e perigo para a criança/jovem. Trata-se portanto de uma área extremamente crítica, com muita aplicabilidade jurídica. Como tal foi necessário consultar o manual de procedimentos do NACJR do ACESM, que serve como guia para os profissionais, contendo informação essencial à prática de toda a equipa multidisciplinar, para além disso consultei também informação de outros grupos de encaminhamento como a CPCJ e consulta de leis de proteção de menores, articulando com informações já pesquisadas e observadas em módulos de estágio anteriores, nomeadamente a urgência HSJ onde presenciei vários casos de abusos e maus tratos a crianças.

A referenciação destas crianças e jovens poderá acontecer por vários locais, instituições de saúde através serviço de urgência ou mesmo pelas equipas de saúde familiar, a comunidade como as escolas ou grupos sociais onde as crianças e jovens estão inseridos. Após a sinalização é feita uma recolha de informação pela equipa multidisciplinar, através da consulta de processo, visita domiciliária, entrevista à família, estes aspectos são considerados essencialmente pela EESIP e pela assistente social, toda a informação recolhida é discutida pela equipa multidisciplinar com presença também da psicóloga e médica que reúne todas as semanas para discussão dos casos.

Por se tratar de situações sensíveis do ponto de vista sigiloso que a situação requer, a equipa achou que seria pertinente não estar presente em algumas reuniões, nas reuniões realizadas com as famílias referenciadas e nas visitas domiciliárias, situação que compreendi. Contudo este impedimento levou a que esta área não pudesse ser tão explorada por mim de forma prática, sedo realizadas discussões e conversas com a enfermeira tutora para a discussão de alguns casos.

Esta intervenção que também constituiu algo de novo para mim e muito distinto da minha prática. Durante o estágio tive oportunidade de assistir e colaborar na avaliação de duas crianças. Previamente a esta observação consultei as competências e o

papel do enfermeiro enquanto membro da equipa multidisciplinar da ELI Matosinhos.

A avaliação da criança é realizada segundo o modelo arena, onde existe um ambiente com brinquedos com espaço livre para a criança brincar, é através do jogo que é feita a avaliação da criança nos vários níveis, comportamental, físico, cognitivo. Por norma esta avaliação é feita pela psicóloga ou pela terapeuta ocupacional, contudo se algum outro profissional da equipa pretender colaborar tem abertura para isso, caso contrario a restante equipa multidisciplinar, fica ao lado a observar esta avaliação juntamente com a família, senti que este modelo de avaliação e o facto de a criança se sentir observada é um aspecto dificultador da sua colaboração.

Após esta avaliação e recolha de informação juntamente com família, é realizada uma reunião onde são discutidas as áreas de intervenção na criança, é feita a sua avaliação ao nível dos diferentes domínios: cognitivo, motor, comunicação e linguagem, autonomia, socialização e comportamento, estabelecendo um PIIP (Plano Individual Intervenção Precoce), é sempre diferenciado um elemento que fica como gestor de caso, podendo ficar este papel a cargo de EESIP que é o principal responsável por garantir a eficácia da implementação do plano e a sua reestruturação se necessário sendo o principal elo de ligação entre equipa, família, escola, etc. Segundo Hockenberry e Wilson, 2014, *“A filosofia do cuidado centrado na família reconhece que a família é a constante na vida de uma criança e que os sistemas de serviços e os profissionais devem apoiar, respeitar e destacar as potencialidades e a competência da família.”*

Nestas avaliações senti que a intervenção de enfermagem centra-se muito pela avaliação desenvolvimento apenas de carácter observacional no momento da avaliação, é uma situação delicada, uma vez que não é possível que todos os profissionais avaliem a criança e interajam com ela.

Das situações que tive oportunidade de assistir, utilizei juntamente com a EESIP o modelo de avaliação desenvolvimental de Mary Sheridan, através do qual fomos discutindo aplicabilidade de alguns parâmetros adequados ao contexto que estávamos a observar, tentei interagir com a equipa multidisciplinar no final da avaliação, senti que os pais se sentem muito pressionados nesta avaliação, tendo sugerido ao enfermeiro tutor que antes da avaliação fosse realizada uma avaliação com os pais de forma a explicar e esclarecer quais as implicações desta avaliação, contudo tive oportunidade de

estar presente numa reunião multidisciplinar com vários pais e toda a equipa multidisciplinar dos vários ACES onde os pais demonstraram este mesmo constrangimento inicial, mas uma satisfação á posteriori ao verificarem a eficácia da intervenção deste programa. Estas situações são muito delicadas e carecem de uma intervenção diferenciada, verifiquei que todos os profissionais possuem uma vasta experiência nesta área e a tratam com muita delicadeza, sendo este um factor de excelência e tranquilizador para os pais.

Competências Desenvolvidas

Demonstrar consciência critica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Objetivos:

- ✓ Refletir de forma crítica sobre os problemas da prática nos diferentes contextos de estágio;

Atividades realizadas:

- Conhecer assistência de enfermagem relacionada com a dor na criança;
- Observar dinâmicas relacionadas com a parceria de cuidados;

Reflexão:

Um dos focos para o qual o enfermeiro de pediatria está mais direcionado é o controlo e diminuição do impacto da dor na criança. A dor é um processo subjetivo, que carece de uma avaliação pormenorizada e da sensibilidade dos profissionais, como refere a Ordem dos Enfermeiros, 2013 *“A dor é uma experiência subjetiva por definição, pelo que a forma como se vive e classifica a dor de cada um é única e intransmissível, dando-lhe, por este motivo, uma necessidade de intervenção individualizada que vai muito além da administração de analgésicos.”* Avaliar a dor em pediatria é um desafio constante para o enfermeiro, reunir toda a informação necessária e concisa para uma avaliação fidedigna da dor em crianças. Segundo Manuela Amaral, 2012, *“Falar de dor em pediatria é falar de quê? Começemos por pediatria. Estamos a falar de RN, lactentes, crianças pré-verbais, verbais, adolescentes? Com alterações do desenvolvimento? Com alterações cognitivas? E, de que dor falamos? Aguda, crónica, oncológica, causada por procedimentos? Dor física? Ansiedade, medo?”* Todas estas

questões tornam a avaliação da dor em pediatria uma acção complexa, que carece de elevado grau de sensibilização e orientação. Para além destas especificidades de avaliação do próprio foco, há também o desafio pelas faixas etárias que esta área comporta cada uma com individualidades próprias. Por todos estes motivos para mim foi também um desafio abordar esta temática de forma crítica ao longo dos contextos.

Ao longo dos contextos aqueles em que senti uma maior sensibilização da equipa de enfermagem para este foco da dor foi o serviço de neonatologia. *“A dor em Neonatologia tem sido difícil de estudar e, paralelamente à dor em Pediatria, foi durante muito tempo subvalorizada e subtratada”* (Gina Reis, 2009). Verifiquei que toda a equipa está instruída e preparada para intervir e atuar na avaliação e controlo da dor, esta área carece de especial atenção uma vez que a dor não é verbalizada, e é necessário estar atento aos sinais que os RN nos transmitem, uma vez que a dor influencia todo o processo de doença. *“A dor sentida pelos RN (prematuros e de termo) criticamente doentes pode alterar a estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica, aumentando a morbilidade e a mortalidade neonatais.”* (Gina Reis, 2009).

Neste serviço pela própria filosofia de cuidados, verifiquei que este tema da dor é a nível de toda a equipa multidisciplinar esta bem enraizado e fundamentado, aplicando-o na prática de forma sistemática. Segundo Manuela Amaral, 2014 *“O enfermeiro que cuida destes utentes necessita desenvolver competências para perceber os pequenos sinais que lhe permitem valorizar efectivamente a dor do RN”*. Esta prática está patente quer através da utilização de instrumentos de avaliação, neste caso através da escala EDIN, quer através da utilização de medidas não farmacológicas de controlo da dor, como medidas comportamentais, físicas, ambientais e emocionais, através das caricias, embalo, suação não nutritiva, massagem, ambiente calmo com canção de embalar.

Outro contexto que suscitou a minha atenção para este tema foi o contexto de internamento em que verifiquei que este também é um tema que preocupa a equipa, neste caso são abrangidas todas as idades desde RN até adolescência, sendo a intervenção de enfermagem diferenciada para cada faixa etária.

Neste sentido, ao longo deste módulo de estágio no internamento observei que todas as crianças em contexto cirúrgico são submetidas a punção venosa antes de irem

para o bloco operatório. Apesar de verificar a colocação de EMLA, que tal como reforça Luis Batalha et al, 2009, *“A aplicação de anestésicos tópicos tem sido uma prática de cuidados de excelência e que deve ser incentivada pela aplicação de protocolos que maximizem o controlo da dor sem aumentar o tempo de espera e custos.”* esta situação acarreta um estado de ansiedade e desconforto na criança, neste sentido debati esta situação com enfermeiro tutor e com vários elementos da equipa, transmitindo a realidade da minha prática diária em que as crianças apenas são puncionadas no bloco operatório após a indução anestésica inalatória. Da discussão com os colegas verifiquei que esta é uma situação delicada para a equipa e que já teria sido discutida anteriormente, mas tratando-se de uma mudança de comportamento que implica outros serviços a sua modificação torna-se mais difícil.

Neste contexto tive também oportunidade de recorrer ao uso de medidas não farmacológicas como a musicoterapia, as actividades lúdicas que ajudam na distração e abstração da criança/ adolescente, assim como a instrução de técnicas de relaxamento como o controlo da respiração, a utilização do humor e do riso de forma a diminuir as suas vivências negativas relativamente à dor, não subestimando qual a sua percepção de dor e o conceito de doença e o que estes implicam em si, mas priorizando a experiência da mesma e causando o menor impacto possível. Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros, 2013 *“A dor tem sido frequentemente minorizada, apesar de já há mais de uma década ter sido definida como 5º sinal vital.”* Ao longo de todo o percurso tive oportunidade de desenvolver estas técnicas descritas verificando a sua eficácia.

No processo de controle da dor, os pais são um forte elo de ligação com a criança, sentindo-se estas mais seguras na presença dos pais. *“A presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. No processo de gestão da dor na criança esta presença assume particular importância.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Para além deste foco de actuação de enfermagem complexo onde o enfermeiro pode intervir de forma autónoma, a inclusão dos pais deve ser tida em conta desde a formulação do plano de cuidados, sendo também eles próprios alvo dos cuidados, e elementos a considerar desde a avaliação inicial, o planeamento, implementação e avaliação da sua eficácia. Esta especificidade da parceria de cuidados, foi também algo em que refleti de forma crítica.

O modelo da parceria de cuidados em pediatria foi implementado por Anne Casey, segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2012, “*O modelo teórico de Anne Casey (1998), considera que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os Enfermeiros desenvolvem todo o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento negociado dos pais no processo de cuidar (respeitando a fase de impacto do processo saúde/doença em que os pais se encontram) otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental.*” Embora este seja um tema que considero que esteja na mente de todos os enfermeiros que trabalham em serviços de pediatria, nem sempre a aplicação do modelo é aplicada corretamente.

Quer no serviço de neonatologia quer de internamento estes princípios da parceria de cuidados encontram-se bem representados. O serviço de neonatologia pela própria faixa etária implica desde logo uma fase em que os pais necessitam de orientações e instruções para o cuidar dos seus filhos e é uma fase em que estão muito despertados e recetivos às nossas respostas, mais ainda quando o seu filho fica hospitalizado nestas unidades. Segundo Goreti Mendes et al, 2012 “*Quando a criança é hospitalizada a família é hospitalizada também, por isso o beneficiário dos cuidados é o binómio criança/família.*” Este deverá ser sempre o foco dos enfermeiros e a base dos cuidados em saúde infantil pediátrica, um cuidado não direcionado apenas para a criança mas centrado também na família.

No serviço de neonatologia como já referi senti que toda a equipa de enfermagem esta enfatiza este modelo de cuidados centrados na família, promovendo a formação dos pais, ensinando e instruindo-os de forma a capacita-los de competências e habilitando-os de capacidades para que possam cuidar e tratar dos seus filhos, tendo por base a relação de confiança. O próprio método de trabalho desta unidade baseado no *Family Centered Care* refere que as famílias “*são essenciais para a saúde e bem estar das pessoas e são aliados na qualidade e segurança no âmbito do sistema de cuidados de saúde.*” O fato de nesta unidade a maioria dos internamentos serem prolongados, leva a uma maior relação de confiança e à vontade dos pais para assumirem estes papéis sentindo-se protegidos e confiantes.

No que respeita ao serviço de internamento verifiquei que em muitas situações,

nomeadamente em crianças desde pré-escolar até adolescentes, os enfermeiros procuram apenas conhecer os hábitos das crianças e adequar as suas rotinas ao internamento, embora este também seja um dos objetivos na hospitalização da criança, a parceria de cuidados vai mais além. Segundo Mendes, 2010, *“A parceria não pode ficar circunscrita a um apurar de hábitos da criança a que pretendemos dar resposta com a participação da mãe, mas ela prescreve que conheçamos a família que cuida, como cuida, quais e que forças ela é capaz de mobilizar para resolver problemas de saúde”*. Neste sentido, debati esta situação com o enfermeiro tutor, que ressaltou o facto de existirem muitos internamentos de curta duração e manterem este modelo mais evidente em crianças com doença crónica, sendo que ao longo de todo o módulo de estágio não tive oportunidade de presenciar nenhuma situação de assistência a criança com doença crónica. Incentivei os colegas para que demonstrassem através das boas práticas em pediatria que esta acção iria trazer benefícios para a criança que neste caso é o alvo principal dos nossos cuidados e para onde todos os profissionais devem estar direcionados. No que respeita aos cuidados ao recém-nascido há um maior envolvimento dos enfermeiros e uma maior motivação para aplicação deste modelo de parceria de cuidados, funcionando em simultâneo com a avaliação do papel parental.

De uma forma geral, a minha observação e reflexão crítica sobre as prática no que respeita à dor e parceria de cuidados enquanto problemáticas atuais da prática de cuidados, posso concluir que ambas são situações onde o enfermeiro pode intervir autonomamente, prestando cuidados personalizados e especializados de forma a que estes cuidados caminhem para a excelência do cuidar.

2.2 Área da Formação

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

Objetivos:

- ✓ Utilizar os conhecimentos adquiridos na formação base, durante o curso MEESIP e da prática clínica diária;
- ✓ Executar pesquisa bibliográfica de forma a aumentar o conhecimento científico sobre assuntos de pertinência;
- ✓ Reflectir sobre a prática diária, nomeadamente situações de maior complexidade de forma a melhorar os cuidados prestados ao RN/criança/jovem e família;

Atividades realizadas:

- Mobilizar conhecimentos teóricos aprendidos na formação base, mestrado e prática diária
- Manter pesquisa bibliográfica constante;
- Fundamentar as intervenções realizadas na assistência ao RN/criança/jovem e família;

Reflexão:

A vertente formativa da nossa profissão é para mim um grande desafio, sendo este um compromisso assumido desde o início da minha vida profissional, também justificado pela minha frequência neste curso de mestrado. A perspetiva de me tornar enfermeira especialista implica uma formação diferenciada de forma a dar resposta a situações complexas, sendo uma referência na promoção da formação dentro dos

serviços e equipas questionando as práticas de forma a refletirem sobre elas e avaliando o impacto da sua atuação.

Tive oportunidade de conhecer outras realizadas assistenciais diferentes da minha prática diária, sendo estes os fatores que implicaram um maior processo de autodesenvolvimento através de pesquisa bibliográfica e observação de comportamentos. Mesmo em contextos onde possuo alguma experiência, existem especificidades que me permitiram refletir e discutir nomeadamente com enfermeiro tutor sendo alvo de um questionamento no que diz respeito às intervenções realizadas. Senti uma necessidade de confrontar as práticas realizadas no meu dia-a-dia com as práticas observadas, em particular a avaliação do papel parental na criança/jovem internada seja em contexto médico ou cirúrgico, onde na minha realidade não é realizada qualquer avaliação e após este confronto e a sua ligação aos conceitos teóricos pesquisados e recolhidos na unidade de estágio permitiram uma transposição destes saberes para a minha prática contribuindo para o meu crescimento profissional e da equipa onde estou inserida.

O contexto de neonatologia foi onde senti necessidade de realizar maior formação, uma vez que como já referi não tive qualquer contacto anterior com esta área. Foi necessário realizar pesquisa bibliográfica sobre temas mais diferenciados, como a hipotermia, colocação de cateter umbilicais e epicutâneos, CPAP, assim como sobre a filosofia de cuidados da unidade, muito deste conhecimento foi lecionado nas aulas de mestrado onde também fui buscar informação, para além disso tive também oportunidade de consultar os protocolos do serviço onde esta patenteada toda informação sobre as situações de maior complexidade. Tudo isto permitiu-me inter relacionar a teoria com a prática de forma a refletir sobre ela e contribuir para o melhoramento dos cuidados prestados. As oportunidades de formação com a enfermeira tutora foram também fundamentais para perceber o porquê das práticas utilizadas na unidade e fundamentar os conhecimentos teóricos já adquiridos.

No que diz respeito à formação diferenciada ao nível da neonatologia como é o caso do programa NIDCAP este é da responsabilidade de enfermeiros especialistas e de referência na unidade, sendo apenas cinco enfermeiros que possuem esta formação, que são o elo de ligação com as suas equipas para que este possa ser implementado pelo maior número de profissionais possíveis. Segundo Andrea Santos, 2011, “*A integração da abordagem do NIDCAP nas UCIN reduz as complicações iatrogénicas relacionadas com o seu ambiente, uma vez que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde.*” Neste sentido, verifiquei que mesmo os

colegas que não possuem formação em NIDCAP, todos estão muito direcionados para este modelo de prestação de cuidados o que permite uma uniformização e uma avaliação concisa da eficácia de aplicação deste programa. O NIDCAP classifica-se como um programa individualizado de avaliação e cuidados dentrados no desenvolvimento do RN, reconhecendo que *“O fundamento dos cuidados centrados no desenvolvimento não é simplesmente cobrir a incubadora ou utilizar suportes para o posicionamento do bebê, assim como também não é simplesmente diminuir as luzes e os ruídos.”*, indo mais além deste princípio, sendo uma *“abordagem comportamental baseada na informação que o comportamento do RN nos fornece. Permite a formulação de um plano de cuidados que melhora e fortalece as forças do RN e que o suporte em situações de sensibilidade e vulnerabilidade.”* (Andrea Santos, 2011).

A avaliação do RN neste programa assenta em nove elementos chave, sendo eles: Coordenação, avaliação, ambiente tranquilo, consistência no cuidar, agrupamento dos cuidados, posicionamento adequado, oportunidade contacto pele a pele, suporte individualizado para alimentação, conforto para a família. Tive oportunidade de partilhar informação com uma das enfermeiras instrutoras deste modelo, que demonstrou algumas destas práticas, demonstrando como têm o modelo implementado na unidade e como fazem a avaliação, embora este modelo ainda não seja considerado o modelo de cuidados ideal.

Relativamente ao serviço de urgência destaco a triagem canadiana que apenas é realizada por enfermeiros especialistas e com obtenção de formação diferenciada a este nível, considero esta uma intervenção complexa, pela grande capacidade de olhar crítico para em poucos minutos, conseguir uma avaliação fidedigna que irá influenciar todo o restante processo da criança no serviço de urgência, sendo fundamental para diferenciar situações de emergência, urgência, ou não urgência. Sendo este também um serviço pioneiro deste sistema de triagem e que realiza formação a outros serviços, senti que poderia tirar daqui o maior proveito e comparar com o sistema de triagem que utilizo no meu dia-a-dia e no que diz respeito à adequação á pediatria.

Este sistema de triagem é certificado e permite a diferenciação dos utentes que recorrerem ao serviço de urgência tendo o princípio de triar as crianças que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes daqueles que podem aguardar em segurança. *Trata-se de um sistema de triagem exclusivamente pediátrico que inclui três passos:*

impressão clínica de gravidade, avaliada pelo triângulo da avaliação pediátrica (TAP), avaliação da queixa/motivo de vinda à urgência e avaliação dos sinais vitais tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. (DGS, 2016), sendo o resultado desta avaliação diferenciado por um sistema de cores que limita o tempo máximo de espera, acima do qual a criança deverá ser novamente triada, sendo eles: vermelho – emergente, laranja – muito urgente, amarelo – urgente, verde – pouco urgente, azul – não urgente.

Destaco a preocupação constante dos tutores em proporcionarem o maior número de contacto com situações críticas, foi sobretudo nestas reflexões e discussões entre a teoria e a prática que se debruçaram as grandes aprendizagens que promoveram o meu crescimento e a formulação de questões de forma a tornarem-se oportunidades de desenvolvimento profissional.

Ao nível da aquisição de novos saberes tive oportunidade de participar em eventos formativos proporcionados pela ULSM, nomeadamente as Jornadas Alergologia, realizadas pela equipa da pediatria do HPH. Assim como a participação no fórum das especialidades de enfermagem “As pessoas, a violência e os cuidados de saúde”. Destaco aqui as temáticas abordadas no fórum especialidades que me alertou para os casos de maus tratos que tive oportunidade de vivenciar quer ao nível do serviço de urgência, quer dos cuidados de saúde primários nomeadamente no NACJR.

Desta forma tive oportunidade de utilizar a formação proveniente da minha formação e da minha prática profissional e incorpora-la nos diferentes contextos, mantendo uma consciência crítica, nomeadamente nas situações de maior complexidade promovendo o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Competências desenvolvidas

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
Promover a formação em serviço na área de EESIP;
Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

Objetivos:

- ✓ Promover o processo de desenvolvimento da equipa de enfermagem;
- ✓ Realizar formação em serviço pertinente mediante as necessidades identificadas nos respectivos serviços, de forma a contribuir para o seu desenvolvimento profissional;
- ✓ Utilizar linguagem científica no discurso da prática;
- ✓ Transmitir conhecimentos de forma clara, adequando discurso e a técnica às características dos formandos (enfermeiros /público em geral);

Atividades realizadas:

- Conhecer os planos de formação do serviço;
- Identificar as necessidades formativas das equipas na área de Saúde Infantil e Pediatria;
- Realizar formação de pares sobre um tema actual e relevante para a prática diária do serviço;
- Realizar pesquisa bibliográfica sobre temas abordados nas sessões de educação parental;
- Transmitir informação de forma clara, sucinta e organizada quer a criança/jovem e família quer a profissionais;

Reflexão:

A formação é uma das áreas essenciais em saúde dada a evolução contínua da investigação e do desenrolar da prática clínica, sendo assim fundamental para os profissionais de saúde manterem a formação contínua em prol do seu desempenho profissional. O enfermeiro especialista, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros, 2010, deve “*ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*”. Embora cada profissional sendo especialista ou não deva conter em si esta perspectiva de se manter actualizado em relação à evidência científica actual, que se encontra em constante actualização, verifiquei que nos serviços o enfermeiro especialista é visto como um elemento de referência e o meio de transmissão de informação actualizada.

Nos diferentes contextos, especificamente os módulos I e II, pude verificar que os serviços possuem um plano de formação estruturado e anual, onde são recolhidas numa fase inicial as necessidades formativas expostas pelos enfermeiros e é formalizado o plano de formação realizado mensal e trimestralmente respectivamente, por forma a colmatar ao máximo estas necessidades formativas, o que achei ser a melhor estratégia. Existem outros contextos como é o caso do serviço de urgência e neonatologia, onde verifiquei que os momentos da passagem de turno são explorados para partilha de informação de temas actuais, são também serviços que funcionam muito assentes em protocolos de atuação, o que permite uma uniformização do cuidar.

Pude constatar a existência de um plano pré definido com temas sugeridos pelos profissionais, torna a formação mais expectante o que leva a um maior número de presenças e comprometimento de assiduidade por parte dos enfermeiros, sendo maior a probabilidade de obter melhores resultados, sendo também um momento de partilha de informação igual para todos os que assistem, tornando a formação como algo mais formal, ao contrário do que acontece em passagem de turno que se torna algo mais ligado à partilha de saberes.

No caso dos cuidados de saúde primários foi onde senti que pude contribuir de forma mais ativa para o desenvolvimento dos profissionais através da minha experiência clínica diária e da pesquisa realizada sobre temas a serem abordados nas sessões de educação parental sobre “Os problemas comuns do 1ºano de vida” (apêndice II). e a “Prevenção acidentes e primeiros socorros no 1ºano de vida” (apêndice III). O facto de trazer dados concretos sobre foco mais comuns de recorrência ao serviço de urgência

como é o exemplo da febre e da justificação de medidas a implementar tendo em conta o conhecimento científico mais actual, permitiu-me partilhar esta informação com os enfermeiros, nomeadamente enfermeiro tutor e colocar os saberes em prática. Toda a fundamentação teórica acerca destas temáticas foi deixada na unidade para consulta com linguagem científica e actual. (apêndice IV)

O desafio da formação de pares surge no módulo II, onde me deparei com um elevado número de internamentos de crianças até um ano de vida, quer por caso social quer médico, onde verifiquei a existência de um foco comum a várias, que é o eritema da fralda, levantando várias questões sobre as intervenções a tomar nestas situações e os métodos mais eficazes, não havendo uma actuação protocolada por parte de todos os profissionais. Considero que o eritema da fralda poderá facilmente ser evitado e até mesmo tratado através de intervenções autónomas dos enfermeiros e daí ter sentido esta necessidade de sensibilizar os colegas para esta temática, com a informação mais atual possível para que possam colocar em prática e evidenciar os resultados das suas práticas. Neste sentido propus ao enfermeiro tutor a realização de formação de pares sobre esta temática, sendo sugerido por ele a criação de um protocolo de actuação.

Em parceria com Professora Constança e Professor Paulo Alves fiz pesquisa bibliográfica de artigos actuais sobre eritema da fralda e elaborei uma formação através de uma apresentação power point. (apêndice V) A formação foi realizada em dia de formação em serviço uma vez que haveria maior adesão por parte dos colegas, em toda a formação utilizei um discurso científico e actualizado acerca do tema. No final da sessão foi aberto um debate aos colegas acerca do tema, onde existiu uma partilha sobre casos concretos de situações que decorreram no serviço e quais as mudanças que poderiam ser consideradas. Embora não existisse uma avaliação formal desta sessão, pelos testemunhos ouvidos pelos colegas no final da sessão penso que a formação para o tema foi bem conseguida, assim como o despertei interesse pela consulta da informação cedida ao serviço.

Segundo esta mesma linguagem científica realizei um póster que deixei no serviço, onde constava um “protocolo” de actuação assim como as formas de prevenção. (apêndice VI).

Achei ainda que seria fundamental incluir os pais nesta formação e criei um póster para colocar na sala de berços sobre os cuidados à pele e sinais de alerta, com linguagem mais adequada e sucinta, dando especial enfase que qualquer alteração devem solicitar ajuda

de profissional de saúde e não eles próprios estabelecerem um tratamento não adequado. (apêndice VII) Todos os artigos utilizados foram deixados ao serviço fomentando assim o desenvolvimento profissional dos colegas.

Para garantir a eficiência desta formação, foi realizado um planeamento da sessão, onde consta informação minuciosa acerca da escolha do tema, onde faço a ligação do tema às necessidades do serviço, com fundamentação teórica. (apêndice VIII)

Foi transversal a todos os contextos a minha procura das necessidades formativas e a colaboração na formação de profissionais pelas várias formas já descritas, noemadamente a formação de pares, tudo isto contribuiu para promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional e dos colegas, tendo por base os problemas e temáticas que foram surgindo de maior complexidade utilizando um discurso fundamentado.

2.3 – Área da Gestão

Competências desenvolvidas
Realizar a gestão de cuidados na área da EESIP;
Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP;
Colaborar na integração de novos profissionais;
Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;

Objetivos:

- ✓ Identificar os modelos de gestão dos cuidados de enfermagem e de recursos nos vários contextos de estágio;
- ✓ Conhecer as estratégias de gestão dos cuidados de enfermagem nos vários contextos de estágio e verificar a sua eficácia;
- ✓ Refletir criticamente e constatar qual o papel do enfermeiro especialista de saúde infantil na gestão de cuidados;

- ✓ Observar os cuidados de enfermagem diferenciados prestados pelo enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria;
- ✓ Conhecer o processo de integração de novos profissionais nos contextos;

Atividades realizadas:

- Conhecer o processo de gestão de cuidados existentes nos diferentes contextos;
- Refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro chefe de equipa no que diz respeito à gestão e mobilização de recursos físicos e humanos;
- Colaborar com a equipa no sentido de promover a melhoria dos cuidados prestados;
- Verificar a articulação com outros serviços das unidades e com a comunidade;
- Colaborar com enfermeiro tutor na organização da prestação de cuidados de forma produtiva e criativa.
- Consultar os protocolos do serviço;

Reflexão:

A gestão é uma área primordial na enfermagem, para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Pressupõe habilitar o profissional de saúde de forma técnica e científica para que possa responder com eficiência e eficácia aos desafios constantes organizacionais e humanos

No que se refere à gestão de cuidados na área de ESIP tive oportunidade de observar várias formas de gestão e liderança relacionadas com a prestação de cuidados, a tomada de decisão dentro das equipas, a capacidade de gerir recursos humanos que em muitas situações são escassos, levando à prestação de cuidados de qualidade segundo as boas práticas.

Uma gestão eficaz implica um leque de saberes sobre a temática, mas também um domínio de todos os recursos e funcionalidades dos serviços, assim como da equipa multidisciplinar que se está a gerir.

De entre os vários serviços por onde passei, á exceção dos cuidados de saúde primários todos possuíam um elemento de referência, normalmente denominado chefe de equipa que na ausência do enfermeiro chefe é o responsável durante o seu turno, sendo que em todos os casos este elemento é enfermeiro especialista, excepto um elemento do serviço de neonatologia que ocupa este cargo pela vasta experiência e tempo de serviço na unidade, sendo que não verifiquei nenhuma alteração de postura e de liderança relativamente a outros colegas, possuindo um grande conhecimento sobre as dinâmicas e funcionamento da unidade assim como de todos os elementos da equipa, achei este critério congruente e plausível de ser considerado na nomeação de chefe de equipa. Verifiquei que em todos os contextos os elementos recorrem com frequência a este elemento para esclarecimento de dúvidas ou por questões organizacionais imprevistas que surjam, sendo ele que da resposta a todas as situações.

Sendo esta uma área que não domino e que tenho menos desenvolvida tentei em cada contexto observar as várias formas de gestão e perceber quais as suas vantagens, desvantagens, limitações e estratégias e refletir criticamente sobre a sua aplicação adequada a cada contexto.

Mediante os diferentes contextos que conheci tive oportunidade de observar diferentes métodos de trabalho, que se adequam às suas realidades e características próprias. No caso do serviço de neonatologia e internamento de pediatria o método utilizado é prestação de cuidados individuais (Costa, 2004) onde a cada enfermeiro é atribuído um doente ou mais mediante as patologias e carga de trabalho, sendo este responsável por todos os cuidados inerentes ao seu período de trabalho, mantendo a continuidade dos cuidados. Por outro lado no serviço de urgência o método utilizado é funcional (Costa, 2004) em que há uma definição de tarefas e cada enfermeiro fica responsável por uma tarefa específica, por exemplo, sala de pequena cirurgia, triagem, etc., dada a grande afluência de utentes a este serviço senti que este seria o método que melhor se adequa a esta realidade, embora tenha a percepção de que nem sempre conseguem estabelecer uma continuidade de cuidados, uma vez que os enfermeiros não conseguem perceber todos os utentes que foram observados e ter uma visão global do serviço.

Em todos os contextos existe o enfermeiro chefe que é responsável máximo por todos os cuidados, recursos e situações que ocorram no serviço, existindo uma

delegação de tarefas na sua ausência para os chefes de equipa ou chefes de turno, no caso do serviço de urgência e neonatologia há uma distribuição dos enfermeiros por equipa, sendo que todas as equipas já têm pré estabelecido quem é o chefe de equipa, assumindo estas funções em todos os turnos, no caso do serviço de internamento é delegada a tarefa de chefe de turno ao elemento mais velho da equipa ou com maior experiência pela enfermeira chefe, sendo esta delegada turno a turno.

Verifiquei que nos serviços onde a chefia segue o princípio da gestão partilhada, onde é valorizada a opinião dos elementos, há uma maior dinâmica de equipa e partilha, os elementos sentem-se como parte das decisões tomadas, e estão mais motivados, ao contrário dos serviços em que as decisões partem das chefias ou mesmo da sua consolidação apenas com chefes de equipa em que observei muitas discussões e desmotivação entre os elementos. Considero que, dado em todas as equipas existir um elevado número de enfermeiros especialistas, com conhecimentos e competências avançadas a busca e respeito pelas suas opiniões seria vantajoso para os serviços, sendo mais motivador para o exercício das suas funções, pois como já referi sentir-se-iam incorporados nas decisões, facilitando a sua perceção sobre as dificuldades das situações e aceitação das mesmas.

Como já referi na ausência da enfermeira chefe, esta tarefa fica delegada ao enfermeiro responsável de turno que por norma é o chefe de equipa, em todos os contextos esta responsabilidade era delegada ao enfermeiro tutor e como tal tive oportunidade de observar e refletir com o próprio as suas ações e decisões.

Verifiquei que mediante o chefe de equipa existem formas de estar e de trabalho muito particulares dentro das equipas, no contexto de neonatologia por exemplo existem CE que ficam responsáveis por RN em cuidados intermédios, uma vez que atuação não é tão complexa, de forma a ficarem mais livres para resolverem outras situação que possam surgir ao longo do turno e gerirem o mesmo, e outros CE decidem que ficam com os RN de alto risco uma vez que são os que necessitam de cuidados mais diferenciados e que defendem que são o elemento ideal para prestar cuidados de excelência, contudo senti que dada a existência de um elevado número de enfermeiros com competências avançadas para assumir os cuidados a RN de alto risco, faz-me sentido que o CE fique mais livre para a dinamização do turno e resolução de problemas que possam surgir, estando mais disponível para estar atento a tudo o que se passa.

No caso do serviço de urgência o CE não fica com nenhuma área atribuída, ficando responsável por dar auxílio a todas as áreas e fica responsável por gerir e orientar todas as situações que surjam, por exemplo a transferência de doente para outras unidades hospitalares em que ele gere as situações onde a transferência é prioritária ou não.

Conferi ainda que nos serviços existe um enfermeiro de referência, que esta presente apenas no turno da manhã e que no caso do serviço de neonatologia é responsável pela verificação de *stocks* de material, assim como realização de follow up's, o que também acontece no serviço de internamento, ficando também com doentes atribuídos para os cuidados, sendo que em turnos mais complicados esta ligação entre a gestão e a prestação saem prejudicadas não conseguindo dar resposta a ambas as áreas.

Todas as equipas e nomeadamente os chefes de equipa têm uma preocupação na uniformização de situações mais complexas, como é o caso da atuação na sala de emergência, a admissão de RN de alto risco, hipotermia e atuação no caso de suspeita de maus tratos no caso do serviço de urgência, para as quais existem protocolos que são sempre seguidos e lembrados pelos CE para o seu cumprimento, tal como já referi embora exista uma gestão pessoal dentro das equipas relacionada com as características pessoais e profissionais do CE, existem situações críticas que têm de estar bem delineadas para todos os elementos, independentemente da equipa a que pertencem.

No que diz respeito à execução dos cuidados existe também um cuidado em realizar uma gestão de forma produtiva e criativa, este aspeto foi mais desenvolvido no módulo I, onde o enfermeiro tutor tem uma maior flexibilidade de gestão das suas atividades, nomeadamente no planeamento das sessões de educação parental e massagem infantil. Neste sentido verifiquei que o enfermeiro por dificuldade de agenda em conciliar todas as atividades, tenta criar um plano de atuação inter relacionando as sessões práticas de massagem e as sessões de educação parental, das situações que tive oportunidade de seguir, fez-me sentido a existência dos cursos de educação parental apenas após a massagem, a existência de ambos os cursos em simultâneo leva a uma diminuição da participação, o facto de os pais terem de se deslocar quase diariamente às sessões (uma de massagem infantil e duas de educação parental por semana, durante quatro semanas), associado a consultas de seguimento, vacinação, etc. que possam ter leva a um excesso de atividades que se torna fatigante para eles. Por outro lado, as

sessões de massagem pela sua componente muito prática leva os pais a sentirem-se mais à vontade e criarem uma relação empática com enfermeiro, sentindo-se mais confiantes para a exposição de dúvidas e anseios posteriormente nas sessões de educação parental.

Foi também neste módulo onde conferi que existe uma grande articulação com os serviços da comunidade, neste caso com a autarquia local na cedência de espaços, para a execução do curso de massagem infantil, preparação para o parto e sessões de educação parental, havendo uma gestão de horários entre estes e a enfermeira tutora na realização das suas atividades. Assim como a articulação com a casa da juventude na cedência de espaço para a dinamização do CAJ, que funciona em equipa com técnicos do local e a enfermeira especialista, formando uma equipa multidisciplinar na prevenção de comportamentos desviantes e orientação de jovens.

No contexto de internamento realizado na ULSM, sendo esta uma unidade de referência nomeadamente no que diz respeito à articulação com os cuidados de saúde primários, sem dúvida que este é um trabalho muito bem desenvolvido sobretudo em situações críticas em que há uma necessidade mais imperativa de continuidade de cuidados, que na maioria das situações tem o acompanhamento da enfermeira de família. Este paralelismo está muito bem conseguido através da primeira visita domiciliária realizada ao RN pela enfermeira do serviço, que por norma é a enfermeira de referência do serviço de internamento, em conjunto com a enfermeira de família. Embora não tenha surgido esta oportunidade enquanto estive no serviço, percebo que esta dinâmica é bastante positiva, nomeadamente para os pais, que nesta visita têm uma enfermeira que não lhes é desconhecida e que reconhecem do internamento quer neonatologia quer pediátrico) e a enfermeira que lhes irá dar acompanhamento no domicílio, funcionando quase como uma passagem de testemunho na presença da família.

No serviço de neonatologia tive ainda oportunidade de verificar a articulação com outros serviços do hospital como é o caso da terapia ocupacional, que faz a intervenção junto dos RN quando estão internados e após a alta, onde é estimulado o desenvolvimento físico e cognitivo, são realizadas técnicas de relaxamento, estimulação cerebral, correções posturais, desenvolvimento de competências sensoriomotoras e amadurecimento de reflexos, trabalhando em conjunto com equipa multidisciplinar. Esta é uma vertente pouco desenvolvida em Portugal, mas para onde estão direcionadas

as práticas, onde se pretende a inclusão de um terapeuta ocupacional em permanência em todas as unidades de neonatologia.

Relativamente ao processo de integração de novos profissionais, tive oportunidade de assistir a este método no serviço de urgência e internamento, onde não existe um manual de integração como modelo a seguir, neste caso o enfermeiro segue um EESIP com experiência no serviço, acompanhando-o e assim nas diferentes áreas no caso do serviço de urgência, ou assumindo os mesmos doentes no caso do internamento, dada as especificidades dos serviços, a existência de um manual permitiria um evoluir planeado e contínuo de cada profissional, evitando lacunas, assumindo que mesmo que não surjam algumas oportunidades de integração, existem requisitos chave que são sempre alcançados.

O serviço de neonatologia embora não tenha assistido à integração de nenhum colega, possui um manual de integração muito bem estruturado e fundamentado, que tive oportunidade de consultar, sendo da mesma forma orientado pelo EESIP. Esta integração é realizada de forma sistemática, e com tempos bem definidos para aquisição de novas competências, permitindo uma evolução, entre o reconhecimento do local, materiais, e a prestação de cuidados de forma ascendente assim como dos conhecimentos, sendo esta uma área tão específica.

Em suma, todas estas observações e possibilidade de questionar e refletir sobre os diferentes modelos de gestão e métodos de trabalho dos contextos que tive oportunidade de assistir permitiram-me ter uma perspetiva dos diferentes métodos e análise de situações complexas adequando-os a cada realidade, assim como conhecer os diferentes modelos de gestão das unidades e à sua adequação às suas práticas diárias, como a formação e supervisão de alunos, integração e supervisão de cuidados.

2.4 Área da Investigação

Competências desenvolvidas

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

Comunicar resultados da sua prática e de investigação aplicada para audiências especializadas;

Participar e promover a investigação em serviço na área de EESIP;

Objetivos:

- ✓ Utilizar o conhecimento científico actual em todo o exercício profissional;
- ✓ Desenvolver pesquisa bibliográfica nomeadamente em áreas de interesse dos profissionais e situações de maior complexidade consoante os contextos;
- ✓ Suportar uma atualização perseverante sobre temas e assuntos pertinentes na área de saúde infantil e pediatria;
- ✓ Promover a prática baseada na evidência para fundamentar a planificação de cuidados de enfermagem;

Atividades realizadas:

- Realizar pesquisa bibliográfica de forma actuar segundo conhecimento científico actual;
- Mobilizar os conhecimentos teóricos;
- Comparar práticas observadas com as recomendadas segundo a prática baseada na evidência;

Reflexão:

À medida que o enfermeiro investe na sua formação, surge o investimento na investigação em enfermagem. Com esta investigação pretende-se fomentar nos profissionais uma atitude de reflexão e capacidade de análise crítica de forma a desenvolver a enfermagem no sentido da prática baseada na evidência.

A investigação em enfermagem é uma das funções mais relevantes do enfermeiro especialista e que levam a um aumento da qualidade dos cuidados prestados e do reconhecimento da profissão. Os contextos novos para mim foram aqueles que me levaram a uma maior pesquisa bibliográfica para que pudesse actuar e desenvolver uma consciência crítica segundo a prática baseada na evidência.

Assim gostaria de destacar alguns temas que suscitaram uma maior pesquisa em áreas que considere de elevada especificidade e complexidade de actuação do enfermeiro especialista.

A neonatologia trouxe-me um vasto leque de conhecimentos para os quais não estava desperta anteriormente, como é o caso do Programa NIDCAP e o controlo da dor.

O NIDCAP é um modelo de prestação de cuidados centrado no desenvolvimento, para além de pesquisa acerca do tema, embora muito escassa nos descritivos em português, tive oportunidade de conversar com enfermeira instrutora do curso, de quais os alicerces deste modelo, como é implementado no serviço, assim como a sua própria postura e relação com RN, que se encontra centrado nas seguintes áreas: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas; posicionamento adequado; oportunidade para contacto pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação; conforto para a família (Santos, 2011). Ao observar várias enfermeiras do serviço na prestação de cuidados detectei que todas estão muito consciencializadas sobre as evidências deste programa e todas o aplicam. Este é um fator facilitador da avaliação da eficácia da implementação do programa, permitindo verificar quais os ganhos em saúde que se obtêm dos cuidados, contribuindo para a promoção da saúde.

A dor é um aspecto chave em neonatologia, uma vez que os procedimentos e o próprio cuidado básico ao RN pode ser algo traumático, observar a face do RN, dos movimentos dos membros é essencial, implica ainda planeamento de cuidados de forma a não estar constantemente a manipular o RN, a utilização de estratégias não farmacológicas também são importantes. A escala utilizada no serviço é EDIN, trata-se de uma escala de referência em UCIN, utilizada em RN ventilados e não ventilados, consiste numa avaliação comportamental: expressão facial, movimentos corporais, qualidade de sono, qualidade de interacção (sociabilidade) e reconforto

(consolabilidade). A equipa multidisciplinar esta muito desperta para este factor, cumprindo analgesia antes de procedimentos invasivos, e avaliando a dor durante e após procedimento, toda a equipa também se interliga e comunica entre si de forma a aglomerar todos os procedimentos e diminuir os ruídos, luz e actividade na unidade. O recurso à sacarose, contenção, toque, sucção e conforto são medidas muito utilizadas onde por várias vezes tive oportunidade de verificar a diferença de comportamento do RN com utilização destas medidas e sem a sua utilização, este foi um dos aspectos que mais me chamou atenção e que implicou uma alteração do meu próprio comportamento, uma vez que o simples pousar a mão na incubadora pode causar um ruído desconforto para o RN.

Ao falarmos em internamento de um RN/criança/jovem e família, surge logo implicitamente a utilização do modelo de parceria de cuidados. Contudo senti necessidade de aprofundar este tema, a parceria não é apenas um combinar com os pais, mas sim torna-los capazes de assistir os seus filhos. Neste sentido foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e observado o papel do enfermeiro em relação à aplicabilidade deste modelo de parceria, assim como pesquisados artigos e partilhado com os colegas e discutido com enfermeiro tutor se o modelo esta bem implementado ou não no respectivo serviço. Das inúmeras situações que tive oportunidade de observar e que colaborei, existe uma preocupação em verificar a adaptação dos pais à situação actual da criança e após esta adaptação a actuação do enfermeiro centra-se no cuidar (criança/família), apoiar, ensinar e encaminhar. (Casey, Mobbs, 1988) Em muitos casos verifiquei que embora os colegas tenham consciencia da aplicação deste modelo e de como aplicá-lo nem sempre as práticas fundamentam a teoria.

Uma outra área que suscitava curiosidade era a utilização do Modelo de Triagem Canadiana, visto utilizar um modelo diferente na minha prática diária. No serviço os colegas cederam-me manuais para consultar acerca deste modelo, sendo único utilizado nesta unidade em Portugal. Este assenta na avaliação de três bases: queixa principal, avaliação rápida (ABC), comportamento da criança. É necessário um domínio e perspicácia para uma avaliação fidedigna e segura. Pelo que pesquisei e verifiquei que este é realmente o modelo que esta preconizado e adaptado à pediatria, ao contrário do modelo que utilizo na minha unidade de saúde que carece de lacunas e adaptabilidade à

área pediátrica sendo implementado de igual forma para adultos.

A formação de pares que tive oportunidade de desenvolver no módulo II, implicou uma pesquisa bibliográfica exaustiva assim como consulta de peritos sobre o tema, como é o caso do Professor Paulo Alves, para assim puder incorporar e comunicar os resultados da prática validada em investigação. Foi realizada pesquisa em base de dados, nomeadamente *PubMed*, *UpToDate*, *Scielo*, numa fase inicial encontrei algumas dificuldades, uma vez que a maioria dos artigos estava relacionada com adultos e não com crianças, foi solicitada ajuda ao Professor Paulo Alves, que realizou esta pesquisa comigo, verificamos que existe uma percentagem muito exígua de artigos em português, sendo a sua maioria artigos em inglês, de onde foram seleccionados 21 artigos entre os quais artigos de revisão da literatura e artigos de estudos realizados, destes foram seleccionados sete artigos que se encontravam directamente relacionados com o tema em questão, prevenção e tratamento do eritema de fralda. Da revisão destes artigos foi retirado o conteúdo de toda a formação e foram deixados no serviço para consulta por parte dos colegas.

O processo de investigação implica uma avaliação inicial, planeamento, intervenção e avaliação de resultados, onde o enfermeiro vai reformulando e atualizando a sua intervenção. Tive oportunidade de realizar partes deste processo ao longo do módulo I, no que respeita às sessões de educação parental, assim numa fase inicial foram verificadas quais as áreas em que os pais apresentavam mais dúvidas e inquietações, foi realizado um diagnóstico informal com os pais durante as sessões de massagem infantil de forma a determinar os temas mais adequados de serem abordados, posteriormente à análise deste foram identificadas situações prioritárias assim como foram debatidos com o enfermeiro tutor e planeadas e realizadas sessões de educação parental. Dado o curto tempo de duração deste módulo de estágio não foi possível fazer uma avaliação e discussão dos resultados da intervenção contudo ao fim de cada ano é realizado pela enfermeira responsável por esta área uma avaliação e análise de dados, verificando os ganhos em saúde provenientes do impacto desta implementação.

Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre os temas escolhidos: “Problemas Comuns Primeiro Ano de Vida” e “Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros no Primeiro Ano de Vida”, sobretudo com base em manuais de actuação, como o Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, publicado

pela Ordem dos Enfermeiros, Orientações Clínicas em Idade Pediátrica publicado pela Urgência Pediátrica Integrada do Porto e Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica publicado pela DGS, assim como literatura de referência, nomeadamente Hockenberry e Wilson – Enfermagem da Criança e Adolescente, protocolos de actuação dos serviços, as publicações na sociedade portuguesa de queimados e sociedade portuguesa de pediatria e as normas, orientações e programas da DGS. Nestas sessões pude verificar que os pais fazem muita pesquisa em casa, e questionam muito, o EESIP tem uma extrema necessidade de manter uma actualização contínua, e acompanhar a evolução do conhecimento científico de forma a poder esclarecer os pais.

Neste módulo e na área da saúde escolar abordei a temática do sono na adolescência sendo uma área ainda não desenvolvida na unidade surgiu como implementação de um novo projecto, onde foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema, e acima de tudo partilhados os resultados de outros estudos já realizados sobre a temática realizados anteriormente, constituindo um aspecto relevante na área de especialização. A temática do sono é talvez das que neste momento necessita de maior intervenção, com a quantidade de informação e acesso às novas tecnologias que as crianças e jovens hoje em dia possuem, estes hábitos são pouco valorizados hoje em dia. Neste caso a pesquisa foi centrada nos jovens que recorrem à utilização da televisão, dos tablets e computadores nomeadamente na utilização de chat's e troca de mensagens antes de irem para a cama. Sabendo que pela própria alteração fisiológica que estão a ultrapassar já existe uma predisposição para o adormecer tardio, estes factores ainda vêm agravar mais esta situação. Neste sentido foi realizada pesquisa em bases de dados, onde encontrei alguns artigos que abordam os factores associados à sonolência diurna dos adolescentes, a avaliação das funções cognitivas dos adolescentes relativamente ao sono e referente à quantidade de horas que é necessário descansar e a qualidade do sono. Na pesquisa deparei-me com várias teses de mestrado onde foram feitos estudos, sobre o sono e a adolescência, na área da psicologia, destes selecionei quatro teses, de onde retirei fundamentação relativas a estudos concretos realizados sobre a percepção dos adolescentes sobre o sono, os seus hábitos, a relação entre o sono e o rendimento académico, a qualidade, higiene e crenças sobre o sono em adolescentes. Estes resultados são a base para se reconhecer as áreas onde há necessidade de intervir primordialmente. (apêndice IX)

Verifiquei que é requerido ao EESIP competências diferenciadas no âmbito da investigação e da demonstração da prática baseada na evidência, sendo um elo fundamental na comunicação dos resultados de investigação atuais e sendo promotor e dinamizador da investigação em serviço na sua área de especialidade, na procura contínua da excelência do exercício profissional.

3. Conclusão

Este relatório para além de ter sido um elemento de avaliação, foi sobretudo uma oportunidade de organizar a reflexão realizada, onde tive oportunidade de repensar em várias práticas e dinâmicas de trabalho e funcionamento dos serviços, e assim poder progredir a nível pessoal e profissional, uma vez que apenas refletindo sobre aquilo que foi feito é que se pode mudar alguma coisa, melhora-la ou mantê-la.

O percurso realizado foi o alicerce para a minha formação enquanto enfermeira, uma vez que tive oportunidade de vivenciar experiências e contactar com várias realidades, ressalvo os cuidados de saúde primários e o serviço de neonatologia que foram o grande desafio, com os quais não tive qualquer contacto anteriormente, que me permitiu desenvolver novas competências, permitindo-me conhecer novos contextos alguns de práticas complexas que até então não tinha percebido.

Esta oportunidade única de transferir a teoria para prática, considerando a prática baseada na evidência actual, traduzida numa reflexão constante emergindo para os cuidados de excelência, é o ponto-chave para perceber e conhecer as várias áreas e diferentes tipos de atuação que o EESIP poderá assumir, destacando o seu papel diferenciado em todas as equipas, nomeadamente nos quatro domínios de atuação (gestão, investigação, formação e prestação de cuidados).

De uma forma geral todos os objetivos propostos foram alcançados com sucesso, a diversidade e complexidade de áreas desenvolvidas foram a base que contribuiu para aumentar a minha qualificação técnica, científica e prestar cuidados de grau especializado.

Apenas após findar todos estes contextos foi possível verificar a abrangência da atuação do enfermeiro na área da EESIP, onde é expectável a existência de uma prestação de cuidados perspicaz, cuidadoso, atenta e diferenciada na intervenção junto do RN/crianças/jovem e família.

Chegado ao final deste curso a sensação é de dever cumprido, apesar da intensidade com que é vivido, de forma a aproveitar todas as oportunidades educativas e conciliar com a nossa vida pessoal e profissional, sinto que valeu a pena o empenho e a dedicação que investi.

4. Bibliografia

- Almeida, J., Lima, M., Silva, R., *Acidentes domésticos na infância. Escola Superior de Saúde*, Universidade de Mindelo. Cabo Verde, 2013.
- Amaral, M, *Dor em Pediatria: Papel do enfermeiro...Evidência e Boas Práticas*, Secção Regional de Saúde do Norte, 2012.
- Aquino, A., Chianca, T., Brito, R. (2012, Abil/Junho). Integridade da Pele Prejudicada Evidenciada por Dermatite na Área das Fraldas: Revisão Integrativa. *Revista Electronica de Enfermagem, Vol. 14 No.2*, 414-424.
- Bastos, V., *A Febre*. Revista de Saúde Infantil. Hospital Pediátrico de Coimbra. Coimbra, 2002. Nº 24/3.
- Bértolo, H., & Levy, L. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés;
- Boscolo, A., Sacco, I., Antunes, H., Mello, M., Tupik, S., *Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes*, Revista Portuguesa da Ciência do Desporto, nº 7 (1), 18-25.
- Cortez, C., *Qualidade do sono, higiene do sono e crenças sobre o sono em adolescentes*, Tese de Mestrado integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, 2014.
- Coughlin, C., Eichenfield, L., Frieden, I. (2014). Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differentil Diagnosis. *Pediatric Dermatology Vol. 31 Suppl. 1*, 19-24.
- Cruz, C., Caromano, F., *Características das técnicas de massagem para bebés*. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 2015. Vol. 16, nº 1, pp. 47-53.
- Del Ciampo, L. (2012). O sono na adolescência. *Adolescência & Saúde*, 9, 2, 60-66.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2015). Enfermeiros com Competência Emocional na Gestão dos Medos de Crianças em Contexto de Urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental Nº 13*, 43-51.
- Direcção Geral de Saúde, 2010, *Orientações Técnicas sobre avaliação da dor nas crianças*;

nº14.

DGS, Direcção Geral da Saúde. 2016. Programa Nacional de Vacinação. Portal da Saúde Direcção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Direcção Geral de Saúde, Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica, Orientações Técnicas, DGS Lisboa, 2004;

Duarte, J. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental: Universidade do Porto

Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. Fisiopatologia da Dermatite da Área das Fraldas – Parte I. *An Bras Dermatol.* (2008), Vol. 83 No. 6, 567-571.

Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. Quadro Clínico e Tratamento da Dermatite na Área das Fraldas – Parte II. *An Bras Dermatol.* (2009), Vol. 84 No.1, 47-54.

Gomes, A., Fernandes, A., Mesquita, G., Revista Dor em Pediatria, Permanyer Portugal, 2009, volume 17, nº2.

Gray, M., Bliss, D., Doughty, D., Seltun, J., Evans, K., Palmer, M. (2007). Incontinence – associated Dermatitis: A Concesus. *Journal Wound Ostory Continece Nurs*, Vol. 34 No.1, 45-54.

Hockenberry, M. & Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª Edição Vol. I, Loures: Lusociência, 2014;

Hockenberry, M. & Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª Edição Vol. II, Loures: Lusociência, 2014;

Hockenberry, M. & Wilson, D., *Wong: Fundamnetos de Enfermagem Pediátrica*, 7ª Edição, Loures: Elsevier Mosby, 2008;

Instituto do Consumidor, *Crescer Seguro para Crescer Feliz*, Lisboa 2002.

Leite, A., Castral, T., Scochi, C., *Pode a amamentação promover alívio da dor aguda dos recém-nascidos?* Revista Brasileira de Enfermagem, 2016. Vol. 59 nº 4, pp. 538-542.

Levy, L., Bértolo, H., *Manual de aleitamento materno*, Comité Português para UNICEF. Lisboa, 2008.

Lopes, M., Catarino, H., Dixe, M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III série Nº1, 109-118.

Martinez, E., Tocatins, F., Souza, S., *As especificidades da comunicação na assistência*

de enfermagem á criança. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2013. Vol.34 nº 1, pp. 37-44.

Mendes, M., Martins, M. (2012). Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: Do Discurso á Ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III série Nº 6, 113-121*.

Morais, J., (2010), Preparação do Regresso a Casa: do Hospital ao Ambiente Familiar, (dissertação de mestrado), Universidade Católica Portuguesa, Porto;

Moreno, T. (2013). Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos, validação em português da “Pediatric Daytime sleepiness scale”(dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.

Motta, A., Perosa, G., Barros, L., Silveira, K., Lima, A., Carnier, L., Hostert, P., Caprini, F., *Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil*. Estudos de Psicologia. Campinas, 2015. Vol. 32, pp. 331-341

Nunes, M., *A relação entre o sono e o rendimento escolar: estudo com adolescentes de Monção*, Tese de mestrado em Promoção e Educação para a Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2012

Oliveira, A., Carreiro, E., Conceição, C., Monteiro, V., Ferreira, N., Meireles, C., *Acidentes e Intoxicações: Estudo numa População do Norte de Portugal*. Revista Nascer e Crescer do Hospital de Crianças Maria Pia, 2006. Vol. XV nº 1.

Ordem dos Enfermeiros; Guia Orientador da Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança; Ordem dos Enfermeiros 2013; Série I, nº6;

Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática - Guias Orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, 2011. Serie I, nº 1 volume 2.

Ordem dos Enfermeiros; *Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais*; Mesa do Colégio de Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, 2012.

Ordem dos Enfermeiros, 1996, *Regulamento Exercício Profissional Enfermeiros*;

Ordem dos Enfermeiros; 2010; *Regulamento de Competências das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*;

Ordem dos Enfermeiros; 2010; *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*;

Pádua. A., Martinez, J., *Modos de assistência ventilatória*. Simpósio: Medicina Intensiva, 2001. Capitulo VI 4ª parte, pp 133-142.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém nascido (0.28 dias); 2012;

PORTUGAL, Direcção Geral de Saúde: Direcção dos Cuidados Saúde Primários; Febre; 1990;

Pereira, E., Teixeira, C., Louzada, F., *Sonolência diurna excessiva em adolescentes: prevalência e fatores associados*, Revista Paulista de Pediatria. 2010; nº 28 (1); 98-103.

Pereira, É, Barbosa, D., Andrade, R., Clauman, G., Pelegrini, A., Louzada, F., *Sono e adolescência: quantas horas as adolescentes precisam dormir*, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2015; nº 64 (1).

Peytavi, U., Hausser, M., Lunnenam, L., Stamatas, G., Kottner, J., Bartels, N. (2014). Prevention of Diaper Dermatitis in Infants – a Literature Review. *Dermatology Vol. 31 No. 4*, 413-429.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0.28 dias); 2012;

PORTUGAL, Direcção Geral de Saúde: Direcção dos Cuidados Saúde Primários; Febre; 1990;

Queirós, P.S.; Costa, D.M.; Souza, A.C.S.; Chaveiro, L.G.; Silva, A.L.A.C.; Silva, D.A.; Silva, C.D.A.; Calpiñeiro, N.E.N. (2010). *Planeamento estratégico de uma unidade saúde da família - Região leste de goiânia*. Revista de salud pública, (xiv) 1: 15-23;

Ramos, E., Silva, L., Cursino, E., ;Machado, M., Ferreira, D., *O uso da massagem para livio de cólicas e gases nos recém-nascidos*. Revista de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, 2014. Vol. 22, nº 2 , pp. 245-250.

Rebelo Pinto, T., Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação? *Actas do 12º congresso de psicologia e educação*, 990-1002

REIS, G., 2007. (tese de mestrado), Expectativas dos Pais durante a hospitalização da

criança, Universidade do Porto.

Rocha, N., Selores, M. (2004). Dermatite das Fraldas. *Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia Vol. XIII No. 3*, 2016-214.

Sampaio, I., Graça, A., Moniz, C., *Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquémica: da evidência científica á implementação de um protocolo*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2010. Ata pediátrico nº 41, pp. 184-190.

Santos, A., *O sono e o rendimento académico em adolescentes portugueses*, Tese de Mestrado em Psicologia, Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, sociais e da vida, 2013
Silva, S. (2015). *Relatório de Estágio Profissionalizante*, Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.

Santos, A., *NIDCAP: Uma filosofia de cuidados*. Nascer e Crescer: Revista do hospital de crianças maria pia. Ano 2011, Vol. 20, no. 1.

Santos, G., *Conhecimentos e crenças dos adolescentes sobre o sono*, Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de lisboa, 2016.

Stamatas, G., Tierney, N., (2014). Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention and Management. *Pediatric Dermatology Vol. 31 No. 1*, 1-7.

TAVARES, P.P. – Acolher Brincando – A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2008. Tese de mestrado.

Vantine, F., Carvalho, P., Candelária, L., *Estudo dos fatores que alteram a cronologia de erupção dentária*. Sotar R, Virtual Odontol. 2007, 1 (13), 18-23.

Urgência Pediátrica Integrada do Porto, Orientações Clínica – Ambulatório em Idade Pediátrica, 2008;

Vasconcelos, A., Cardoso, B., Barros, M., Almeida, H., *Abordagem da criança vítima de maus tratos na urgência pediátrica – 5 anos de experiencia no Hospital Dr. Fernando Fonseca*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2011. Ata pediátrico nº 42, pp. 8-11.

Yonezawa, K., Haruna, M., Shinaishi, M., Matsuzaki, M., Sanada, H. (2014). Relationship Between Skin Barrier Function in Early Neonates and Diaper Dermatitis During the First Month of Life: A Prospective Observational Study. *Dermatology Vol. 31 No. 6*, 692-697.

Pesquisa de protocolos existentes no serviço;

Informação fornecida pelos enfermeiros tutores;

Manuais e Protocolos existentes na Unidade

<http://www.ordemenfermeiros.pt> visto a 7/12/2016;

<http://www.hevora.min-saude.pt/> visto a 07/12/2016;

<http://www.arsnorte.min-saude.pt> in Projetos UPIP visto a 07/12/2016;

<http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/> visto a 07/12/2016;

Apêndices

Apêndice I – Caracterização dos locais de estágio

Descrição dos locais de estágio

Módulo I – Unidade Cuidados Comunidade São Mamede

A UCC São Mamede Infesta onde desenvolvi maioritariamente este estágio, assim como a UCSP São Mamede Infesta que integrei em algumas áreas da saúde infantil encontram-se integradas na ULS Matosinhos. A ULSM foi criada através do Decreto-Lei n.º 207/99 de 9 de Junho, integrando numa única entidade pública, os cuidados de saúde primários, secundários e terciários à população do concelho de Matosinhos; é dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e de gestão de natureza empresarial.

Desde a recente reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários a nível nacional, todos os Centros de Saúde da ULSM (Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e S. Mamede de Infesta) passaram a integrar o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro). Neste encontra-se inserido também o Hospital Pedro Hispano e Unidade Média Duração e Reabilitação (UMDR).

Esta UCC encontra-se localizada na Rua Godinho Faria, n.º 731, 4465-156 S. Mamede Infesta, piso 2, com horário de funcionamento entre as 8h e as 20h todos os dias, à exceção da ECCI que possui um horário mais alargado mediante as necessidades. Esta instituição tem como missão: contribuir para a promoção e melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através de uma abordagem multiprofissional, em articulação com as Unidades Funcionais, Hospital Pedro Hispano e parceiros, visando a obtenção de ganhos em saúde da sua população, assim como, prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, integrados e especializados à população das freguesias de S. Mamede de Infesta e Leça do Balio de modo a dar respostas às necessidades identificadas, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A equipa multiprofissional encontra-se dividida pelas diferentes áreas e programas inseridos na unidade. Segundo o plano de acção 2016-2018 os programas /

projectos desenvolvidos na unidade são os seguintes: Programa Nacional de Saúde Escolar; Programa da Saúde da Mulher, Criança e Jovem; Programa de Cuidados Reabilitação; Programa Saúde Mental; Programa de gestão Integrada de Doença Crónica; Cuidados Continuados e Rede Social. A unidade conta ainda com parceria a nível de cedência de espaços da Junta de Freguesia e da Casa da Juventude de São Mamede Infesta.

Módulo II – Serviço Internamento Pediatria – ULS Matosinhos

O Hospital Pedro Hispano encontra-se inserido na Unidade Local Saúde Matosinhos, onde também se encontra inserido o Agrupamento Centros Saúde Matosinhos (ACES) e Unidade Média Duração e Reabilitação (UMDR).

Este encontra-se direccionado para a prestação de cuidados assistenciais diferenciados em regime de internamento e ambulatório, para a formação pré e pós graduada e para a investigação. Encontra-se dividido em departamentos, sendo a pediatria inserida no Departamento da Mulher, Criança e Jovem. O serviço de pediatria confere assistência de crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade, quer através do internamento, consulta externa, hospital de dia e atendimento pediátrico referenciado. Apresenta uma vasta área de consultas especializadas, nomeadamente: neuropediatria, perturbações desenvolvimento, alergologia pediátrica, patologia de crescimento e doenças endócrinas, através do projeto “Aprendendo com a doença”.

Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço Neonatologia – Hospital São João

Ambos os contextos de estágio inseridos neste módulo foram realizados no Hospital de São João, em unidades diferente. Esta unidade hospitalar foi oficialmente inaugurado a 24 Junho de 1959, onde colmata a prestação de cuidados, ensino e investigação, sendo uma unidade diferenciada a nível nacional em todas estas áreas, tendo como visão ser exemplo a nível da prestação de cuidados, e tornar-se uma marca

de referência no sector da saúde.


Ao nível dos serviços por onde tive oportunidade de passar, a urgência pediátrica é um serviço de referência a nível da zona Norte do país, sendo um serviço de urgência polivalente, onde têm a finalidade de tratar todas as crianças e jovens até 17 anos e 364 dias que necessitem de assistência em caso de doença aguda ou grave /emergente. É constituído por uma zona de admissão/recepção; duas salas de triagem; uma sala de emergência; duas salas de espera; uma zona de OBS com 10camas sendo uma delas de isolamento; 6 gabinetes médicos; 1 gabinete de sala de tratamentos enfermagem; 1 sala de pequena cirurgia; 1 sala de apoio a ortopedia; 1 sala interna de espera. A nível de recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 42 elementos, destes 16 são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria. Os turnos são divididos em manhas (8h-15h30), tardes (15h às 22h30) e noites (22h às 8h30), em cada turno estão presentes 7 enfermeiros, um responsável de equipa, dois de triagem, dois em OBS, um na pequena cirurgia e um de apoio aos gabinetes.

Relativamente ao serviço de neonatologia a equipa de enfermagem é constituída por 38elementos, sendo que 23 são enfermeiros especialistas, em cada turno estão presentes 6 enfermeiros (divididos por equipas) que intercalam entre os cuidados intermédios e intensivos. O serviço esta inserido no modelo “open space” onde há visibilidade sob todos os berços /incubadoras, existe ainda uma sala de estar para pais, sala de preparação medicação, sala de sujos e armazém. O serviço sofreu uma mudança de instalações em Março deste ano, pelo que ainda existem alguns locais improvisados.

Apêndice II – Sessão de educação parental
“ Problemas comuns no primeiro ano de vida”


Problemas Comuns no 1º Ano de Vida

Viviana Campos, Enfermeira a nível de
Cuidado Secundário em Pediatria, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Sub-especialidade de Unitária, Mestrado em Saúde da Criança, Universidade Católica Portuguesa





Problemas Comuns no 1º Ano de Vida

- Febre
- Diarreia
- Vómitos
- Tosse
- Obstrução nasal
- Bronquiolite Aguda
- Erupção dentária



Febre



Febre - locais avaliação




Febre - valor

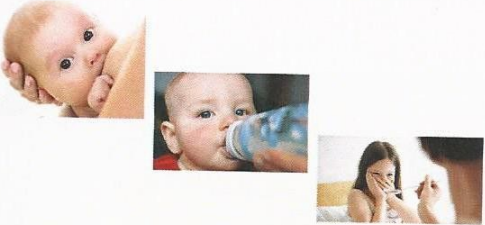


> 38°C



Febre - Medidas Adoptar



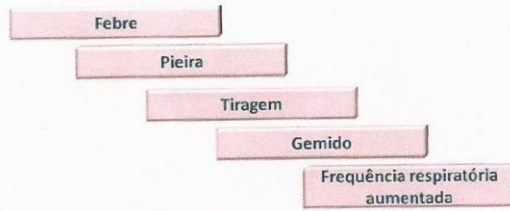
<h3>Febre - Recorrer urgência</h3> <p>Superior a 5 Dias</p> <p>Menos de 3 Meses de Idade</p> <p>Outros sinais e sintomas associados: diarreia, tosse, vômitos, mau estado geral</p>  	<h3>Diarreia</h3>   
<h3>Diarreia</h3>   	<h3>Vômitos</h3>   
<h3>Vômitos - Medidas Adoptar</h3> <p>30 MINUTOS</p>   	<h3>Vômitos - Recorrer urgência</h3> <p>Mau estado geral</p> <p>Menos de 3 Meses de Idade</p> <p>Sinais de desidratação: olhos encovados, pele pálida, protusão</p>  

Tosse

Mecanismo de defesa utilizado para eliminar o excesso de muco ou material estranho aspirado



Tosse - Recorrer urgência



Tosse - Croup



Obstrução nasal



Obstrução nasal - Medidas Adoptar



Bronquiolite Aguda


Doença infecciosa
Comum entre os 3 e 6 meses



Bronquiolite Aguda

Febre	Sibilância
Rinorreia	Adejo nasal
Tosse	Gemido

Frequência respiratória aumentada



Bronquiolite Aguda- Medidas Adoptar




Bronquiolite Aguda - Recorrer urgência

Recusa alimentar

Cianose





Agravamento sinais dificuldade respiratória




Erupção dentária







Erupção dentária

6 - 8 M - Incisivos Centrais inferiores	
8 M - Incisivos Centrais Superiores	
8 - 12 M - Incisivos Laterais Inferiores	
10 - 12 M - Incisivos Laterais Superiores	



Erupção dentária

14 - 20 M - Quatro primeiros pré molares	
18 - 24M - Quatro caninos	
2 - 3 Anos - Segundos pré molares	



Erupção dentária - Escovagem



Dúvidas



Obrigado pela atenção



Apêndice III – Sessão de educação parental
“Prevenção de acidentes e primeiros socorros no
primeiro ano de vida”



PRIMEIROS SOCORROS

Curso de Educação Parental

UCC São Mamede Infesta – ULS Matosinhos

Viviana Campos, Enfermeira a realizar o
 Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 sob a orientação da Ena² Elisabete Moura | Centro de Saúde de S. Mamede Infesta
 Universidade Católica Portuguesa






Sumário

- Prevenção Acidentes
 - 0 - 4 Meses
 - 4 - 6 Meses
 - 6 - 9 Meses
 - 9 - 12 Meses
- Engasgamento
- Manobras
- Quedas
- Equimoses e Hematomas
- Feridas
- Queimaduras
- Intoxicações
- Convulsões






Prevenção Acidentes 1 - 4 Meses

- Realizar transporte seguro da criança em cadeira adequada segundo as normas e a Lei;
- Não deixar a criança sozinha em cima de mesa ou cadeira, nem que seja só por um bocadinho;
- Dormir numa posição de barriga para cima;




Prevenção Acidentes 1 - 4 Meses

- Seguir as normas para grades da cama;
- Verificar sempre a temperatura da água do banho assim como os líquidos oferecidos;
- Não transportar líquidos quentes ou beber com a criança ao colo;

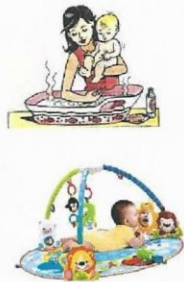
Prevenção Acidentes 4 - 6 Meses

- Brinquedos macios com diâmetro superior a 3,2cm, retirar os fios ou peças soltas;
- Não deixar bebe sozinho na banheira mesmo com pouca água;
- Ter atenção à preparação da sopa e papa, não conter pedaços;

Prevenção acidentes 4 - 6 Meses

- Verificar temperatura das refeições;
- Preparar os espaços com zonas amplas e livres (parque – obedecer a regras de segurança);



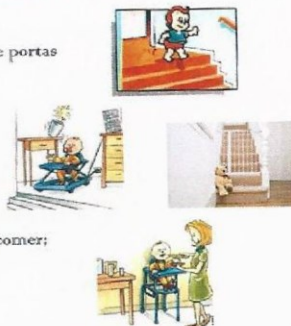
Prevenção Acidentes 6 - 9 Meses

- Usar protectores de tomadas;
- Ter atenção ao brincar com objectos pequenos;
- Proteger lareiras, aquecedores;
- Guardar produtos tóxicos e brinquedos;



Prevenção Acidentes 6 - 9 Meses

- Proteger escadas, janelas e portas com acesso a varandas;
- Não usar andarilhos;
- Segurança na cadeira de comer;



Prevenção Acidentes 9 - 12 Meses

- Colocar cancelas e vedações em lugares perigosos;
- Guardar objectos perigosos em locais trancados e seguros;
- Proteger os cantos dos móveis;



Prevenção Acidentes 9 - 12 Meses

- Manter produtos químicos em armários fechados;
- Não dar alimentos duros;
- Mantenha o transporte seguro da criança;



Prevenção Acidentes

- Embora sigam todos estes cuidados no domicílio, não devem esquecer que fora de casa também devem manter um ambiente seguro.



Prevenir Acidentes VS Primeiros Socorros

• Não consegui evitar o acidente e agora.....



Engasgamento

Sinais:

- Não tosse e não chora;
- Cor arrochada;

O que fazer:

- Abrir a boca do bebê e inspecioná-la;
- Caso consiga ver o objeto, colocar o dedo em "gancho" e retirá-lo

Engasgamento

5 Pancadas nas Costas (Inter escapulares)



Engasgamento

5 Compressões Torácicas



Quedas

• Equimoses / Hematomas



• Feridas



Equimoses e hematomas

O que fazer:

- Aplicar frio com intervalos de cerca 20 min
- Proteger sacos de gelo (cubo de gelo)

Choro persistente, limitação de movimento do membro afetado, dor intensa no local deve recorrer ao Hospital

Feridas

O que fazer:

- Lavar a ferida com água da torneira e sabão neutro ou limpar a ferida com soro fisiológico
- Secar a ferida com uma compressa
- Se necessário proteger a ferida



Feridas

- Feridas muito sangrantes, com grande extensão devem ser tratadas em ambiente hospitalar



Queimaduras 1º Grau / Minor

O que fazer:

- Colocar a zona afectada debaixo de água corrente durante cerca de 10 minutos ou aplicar compressas frias ou mesmo colocar dentro de um recipiente
- Não rebentar as flictenas, caso rebentem por si não remover a pele;
- Aplicar produto para queimaduras



Vigiar a pele!

Se sinais de infeção ou área muito extensa recorrer ao hospital!

Queimaduras 2-3º Grau / Major

O que fazer:

- Arrefecer o máximo possível a zona queimada com água
- Não remover roupas
- Não rebentar flictenas

Pedir Ajuda / Recorrer ao Hospital



Intoxicações

Sinais:

- Alteração comportamento;
- Não responde;
- Esta tonto;

Como actuar:

- Contactar Centro de Intoxicações Anti-Venenos (CIAV);
- Encaminhar a criança para os serviços de saúde adequados.
- Não induzir o vómito

Intoxicações

Quem: idade, sexo, peso

O quê: rótulos das embalagens

Quanto: quantidade do produto, tempo de exposição...

Quando: à quanto tempo

Onde: em casa, na rua...

Como: em jejum, com alimentos

Estado de alerta: consciente, inconsciente...



Convulsões = Subida térmica

- São contracções musculares súbitas e involuntárias
- Deve ter-se em atenção qual a causa: febre, desidratação, traumatismo, doença, etc;



Convulsões

O que fazer:

- Permanecer calmo;
- Colocar a criança de lado com uma almofada para que fique o mais confortável possível

Pedir Ajuda / Recorrer ao Hospital

Quando ligar ao 112... Que informações

- Local exacto onde se encontra (morada);
- Informações concretas sobre a vítima;
- O quê? Quando? Como? Quem?
- Manter a calma;
- Não desligar antes do operador;

Material Primeiros Socorros

- Lurvas descartáveis
- Compressas
- Pensos rápidos
- Adesivo
- Analgésicos
- Ligaduras
- Soro fisiológico;
- Tesoura
- Gaze gorda



Contactos Úteis

Local	Número
Número Europeu Emergência	112
Saúde 24	808242400
Centro Informação Antivenenos (CIAV)	808250143
Hospital Pedro Hispano	229391000
Centro Hospitalar São João	225512100
Serviço Apoio a Situações Urgentes (SASU) Matosinhos	220914600
Farmácias Serviço	118 ou 12118
Polícia Segurança Pública	222006821
Bombeiros Voluntários S. Mamede Infanta	229010017
Bombeiros Voluntários Leça Baloi	229511330
SOS Criança	800202651

Apêndice IV – Planejamento das sessões de educação parental

Sessões de Educação Parental

Planeamento

UCC São Mamede Infesta – ULS Matosinhos



Aluna: Viviana Campos

Enfermeiro tutor: Enf^a Elisabete Moura

Professor Coordenador: Professora Constança Festas

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Lista de Siglas

Enf^a – Enfermeira

ULS – Unidade Local Saúde

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

Índice

1.Introdução.....	99
2.Planeamento	100
2.1. Análise da situação / Escolha do tema.....	100
3. Objectivos.....	102
4. Selecção e organização Conteúdos.....	103
5. Selecção e Organização de estratégias ensino aprendizagem	104
6. Programa da sessão.....	104
7. Fundamentação teórica.....	106
8. Execução.....	116
9. Avaliação	117
10. Conclusão	118
11. Bibliografia.....	119

1.Introdução

Este projecto de educação parental encontra-se inserido no Módulo I – Saúde Infantil, realizado na UCC São Mamede Infesta e inserido no Programa Bem me Quer, no âmbito da parentalidade. Dentro desta área da saúde infantil a UCC tem incorporados projectos quer na preparação da parentalidade quer no pós parto, nomeadamente com o curso de massagem infantil realizada entre o 1º e 2º mês de nascimento.

Após assistir a um curso de massagem infantil que inclui 4 sessões, fui verificando e questionando as grávidas sobre as suas principais dúvidas e situações que gostariam de ver esclarecidas, neste sentido foram escolhidos os quatro temas a serem abordados nas sessões de educação parental que tem como público-alvo as mães / famílias que terminam o curso de massagem e outros que estejam interessados, assim sendo e como ponto de partida situamos que as sessões seriam direccionadas apenas para o primeiro ano de vida e os temas a serem desenvolvidos seriam: os problemas comuns; a prevenção de acidentes e primeiros socorros; alimentação e estimulação.

De seguida procedeu-se ao agendamento das sessões, que segue em cronograma anexo. Foram convocadas todas as mães que frequentaram os dois últimos cursos de massagem infantil. Por uma questão de logística e espaço, o local escolhido para a realização das sessões foi a Junta de Freguesia de São Mamede Infesta.

Visto serem quatro sessões a Enfermeira Elisabete Moura solicitou a minha colaboração para apresentação de duas sessões sendo que as outras duas seriam desenvolvidas por ela. Neste sentido e dada a minha experiência profissional e contexto, assumi a realização das sessões de problemas comuns e prevenção de acidentes e primeiros socorros.

2.Planeamento

O planeamento em saúde caracteriza-se pelo processo de analisar a realidade e organizar os caminhos para se atingir um objetivo coletivo. Este processo envolve um exercício da razão e da sensibilidade, que engloba atividades de maior ou menor complexidade, proporcionando a construção de planos para enfrentar situações atuais ou futuras (Queirós, Costa, Souza, Chaveiro, Silva, Silva, Silva & Calpiñeiro; 2010).

2.1. Análise da situação / Escolha do tema

Cada vez mais, ser pai ou ser mãe é uma tarefa que implica muito empenho da sua parte, eles pretendem ser o mais competentes possível no desempenho desta função e como tal sentem-se constantemente a serem avaliados quer pelo meio familiar quer social a serem modelos deste papel.

Para além disso é notável a diminuição do número de filhos por casal, e neste sentido o filho é considerado o bem precioso, aquele ser em quem depositam todas as suas energias e por quem abdicam e tudo e muitas vezes até deles próprios e da sua vida, vivendo em função deste e esquecendo que para além de pai/mãe são um casal com amigos, família e meio social envolvente.

Com toda esta pressão que inerte sob os pais surge a necessidade de que as suas dúvidas sejam esclarecidas e que estejam bem preparados e conscientes de que têm informação suficiente para serem os melhores cuidadores dos seus filhos.

Cada vez mais se verifica que a falta de segurança leva os pais constantemente aos serviços de urgência e que mesmo depois de vários esclarecimentos estes não se sentem confortáveis em estar em casa com o filho doente e sentem a necessidade de ouvir a opinião médica, sendo este um problema que me parece importante desmistificar e onde podemos actuar de forma autónoma para satisfazer as dúvidas e carências dos pais.

Este planeamento surge na sequência das dúvidas colocadas pelas mães no curso de massagem infantil assim como os seus maiores anseios, revertendo ainda da análise

embora não estatística das situações mais frequentes de recorrência ao serviço de urgência, vinda da minha prática profissional diária.

Assim sendo é perfeitamente notória que o *focu* mais comum de ida ao serviço de urgência é a febre este pareceu-me ser o tema que ainda suscita muitas dúvidas aos pais a vários níveis, quer pelo entender deste sinal quer como lidar com ele e atuar. Tendo em conta ainda a época do ano em que estamos, onde é muito frequente os sintomas de tosse e obstrução nasal, pareceu-me também muito pertinente a abordagem destes temas para que os pais saibam como proceder e quando deverá suceder a observação médica.

Um outro tema dos quais os pais têm muitos anseios e os demonstraram constantemente foram os primeiros socorros, neste sentido pareceu-me de todo pertinente abordar primeiramente a prevenção de acidentes e posteriormente como atuar no caso de mesmo após utilização de medidas para prevenir os acidentes possam acontecer.

3. Objectivos

Objectivo Geral:

- Aumentar os conhecimentos das famílias em relação aos problemas comuns, prevenção de acidentes e primeiros socorros no 1º ano de vida;

Objectivos Específicos:

- Desmistificar a percepção da febre como uma patologia;
- Saber quais as medidas a tomar no caso de filho com febre e quais os cuidados;
- Identificar quais as situações em que se devem deslocar ao serviço de urgência;
- Saber como atuar em caso de diarreia e vómitos;
- Conhecer as medidas a implementar no caso de obstrução nasal;
- Conhecer a técnica de lavagem nasal com soro fisiológico;
- Identificar as medidas a implementar no domicílio no caso de tosse;
- Identificar sinais de alarme em que se devem deslocar ao serviço de urgência em todas estas situações;
- Conhecer quais os acidentes mais frequentes no 1ºano de vida;
- Saber e identificar quais as medidas que poderão implementar no domicílio de forma a evitar a ocorrência de acidentes;
- Saber como atuar no caso de obstrução da via aérea, feridas, equimoses, queimaduras e intoxicações;
- Conhecer quais os contactos que poderão utilizar no caso de ocorrência de acidente;

4. Selecção e organização Conteúdos

Os conteúdos a serem abordados nestas sessões são os seguintes:

Problemas comuns primeiro ano de vida:

- Febre;
- Diarreia;
- Vómitos;
- Obstrução nasal;
- Tosse;
- Bronquiolite aguda;
- Erupção dentária e escovagem;

Prevenção acidentes e Primeiros socorros

- Prevenção acidente 0 -12 meses;
- Manobras desobstrução via aérea;
- Equimoses e hematomas;
- Feridas,
- Queimaduras;
- Intoxicações;
- Convulsão vs Subida térmica;
- Material de primeiros socorros;
- Contactos uteis;

5. Selecção e Organização de estratégias ensino aprendizagem

Para a apresentação destas sessões de educação parental foi utilizada técnica expositiva, com método afirmativo – participativo, utilizei como meio ensino aprendizagem um computador e retroprojector.

Visto ambos os temas serem muito realistas, recorri à utilização de muitas imagem para suscitar maior curiosidade e despertar o interesse e atenção das mães para os temas. Uma vez que alguns dos temas implicavam a prática como o caso da desobstrução da via aérea onde exemplifiquei com boneco a realização da técnica e no caso da lavagem nasal, utilizei vídeos para que pudessem observar concretamente qual a técnica a ser utilizada.

6. Programa da sessão

Formadora: Viviana Campos			
Tema: Problemas Comuns no 1º ano de vida			
Grupo Alvo: Mães de crianças entre 1º e 2º mês de vida			
Data e Hora: 13/12/2016 às 14horas			
Local: Auditório Junta de Freguesia São Mamede Infesta			
Duração: 1hora			
Fases / Tempo	Conteúdo	Metodologia	Recursos
Introdução	Apresentação pessoal Apresentação tema	Método afirmativo / expositivo	Computador e retroprojector com apresentação power point

Desenvolvimento	Febre Diarreia Vómitos Obstrução nasal Tosse Bronquiolite aguda Convulsão Febril vs Subida térmica Erupção dentária e escovagem	Método afirmativo / expositivo Diálogo	Computador e retroprojector com apresentação power point
Conclusão	Espaço para colocação de dúvidas;	Método afirmativo Diálogo	Computador e retroprojector com apresentação power point

Formadora: Viviana Campos

Tema: Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros no 1º ano de vida

Grupo Alvo: Mães de crianças entre 1º e 2º mês de vida

Data e Hora: 15/12/2016 às 11horas

Local: Auditório Junta de Freguesia São Mamede Infesta

Duração: 1hora

Fases / Tempo	Conteúdo	Metodologia	Recursos
Introdução	Apresentação pessoal Apresentação tema	Método afirmativo / expositivo	Computador e retroprojector com apresentação power point
Desenvolvimento	Prevenção de acidentes Engasgamento (manobras desobstrução da via aérea) Quedas (equimoses, hematomas, feridas e queimaduras) Intoxicações Convulsão vs Súbida térmica Material Primeiros Socorros Contactos uteis	Método afirmativo / expositivo Diálogo	Computador e retroprojector com apresentação power point

Conclusão	Espaço para colocação de dúvidas;	Método afirmativo Diálogo	Computador e retroprojector com apresentação power point
-----------	-----------------------------------	------------------------------	--

7. Fundamentação teórica

✚ Problemas Comuns no 1º Ano de Vida

O primeiro ano de vida da criança é um ano de muita descoberta quer para a criança quer para os pais, estando ambos em constante aprendizagem a adequarem-se uns aos outros. Cada criança é uma criança, e reage de forma diferente a estímulos diferentes dando respostas também elas diferentes. Existem uma serie de problemas que são comuns à maioria das crianças e que causam imenso desconforto e insegurança aos pais, que não sabem como lidar com as situações. O objectivo desta sessão é dar a conhecer aos pais a existência destes problemas e fornecer informação para que possam atuar de forma segura.

Uma das causas de maior ansiedade dos pais é a existência de febre, que é a manifestação mais comum em idade pediátrica e embora sem dados estatísticos previamente recolhidos poderei afirmar que é também o sintoma mais frequente nos serviços de urgência, sendo que em alguns casos os pais não têm qualquer conhecimento do que fazer e num primeiro pico febril dirigem-se de imediato ao serviço de urgência.

Em primeiro lugar é importante esclarecer que a febre é um sinal e não uma doença, que surge como mecanismo de defesa contra a infecção, sendo que sempre que possível deve ser identificada a causa da febre para que esta possa posteriormente ser tratada. Cada pessoa tem a sua própria temperatura corporal que pode ser variável, contudo é considerado febre sempre que o valor da temperatura corporal esteja acima dos 38°C. Em relação ao local de avaliação da temperatura neste momento o que este preconizado

é avaliação da temperatura na região axilar por ser considerada uma zona limpa.

Em muitos casos a febre provoca mau estar à criança, deixando-a prostrada e incomodada, a tendência da maioria dos pais é despir a criança e dar banho estando focados apenas na diminuição da temperatura, o que está errado uma vez que atenção deve estar direcionada para dar conforto à criança e neste sentido na fase de subida térmica em que a criança apresenta calafrios e extremidades frias devemos aquecer a criança proporcionando o seu bem estar, após administração de antipirético e com a libertação de calor podemos retirar a roupa e assim respeitar aquilo que o organismo pede, o mesmo acontece na situação do banho, que caso o utilizem não deverá ser superior a 10 minutos de forma a não baixar ainda mais a temperatura periférica. Uma medida fundamental também nas situações de febre é a prevenção da desidratação, devem fornecer-se líquidos, contudo em fase de subida térmica a criança muitas vezes rejeita tudo, devemos aguardar a descida térmica para que fique mais consolável e aceite os líquidos fracionadamente e assim também diminuir a probabilidade de episódios de vômito.

A administração de antipirético deve ser sempre baseada na indicação do pediatra ou médico assistente, deverá ser privilegiada a monoterapia (utilização de apenas um antipirético), contudo se necessário este poderá ser intercalado. O paracetamol é o antipirético de eleição, a sua dosagem poderá variar entre 10-15mg/kg, contudo deverá sempre seguir a dose indicada pelo pediatra, no ibuprofeno a dose recomendada varia entre 5-10mg/kg a tolerabilidade e eficácia entre ambos é semelhante. Em muitos casos os pais intercalam os dois antipiréticos pela sua fobia a este sintoma estando focados em baixar a temperatura, contudo não existe qualquer evidência de que este processo conduza a uma descida mais rápida da temperatura.

Para além de proporcionar conforto à criança, nomeadamente nas subidas térmicas os pais deverão também estar atentos a outros sinais e sintomas que possam surgir, e que possam trazer a justificação para a febre.

Devem ser esperados entre 3 a 5 dias para a observação médica, recorrer a um serviço de saúde apenas com sintoma de febre e em muitos casos numa fase inicial é bastante inconclusivo para o médico, sendo a maioria dos casos considerada virose. Caso existam outros sinais e sintomas associados deverá existir uma observação médica

para que esta causa possa ser tratada o mais precocemente possível.

Bebes com menos de 3 meses pelo risco de sepsis e por toda a imaturidade inerente a esta idade devem ser observados o mais precocemente possível.

Outros sintomas são frequentes nesta faixa etária, são as diarreias e vômitos, que de uma forma geral são de causa infecciosa, apenas situações muito específicas e causa específicas poderá haver necessidade de internamento.

A diarreia consiste no aumento da frequência de dejeções e diminuição da sua consistência é considerada uma doença autolimitada com duração de cerca de 3 a 5 dias, contudo deverá haver precaução, uma vez que a diarreia poderá levar à desidratação e desnutrição.

Para um tratamento eficaz é muito importante o conhecimento da causa. A maioria das diarreias é de causa infecciosa entre as quais cerca de 50 a 80% dos casos de são de causa virica (rotavírus, adenovírus, coronavírus e astrovirus), entre 5 a 10% são de causa bacteriana (salmonela, escherichia coli, campylobacter jejuni, shigela e yersinia) e uma pequena quantidade de 1% são por outras causas como giardia intestinallis e candida albicans. Existem ainda outras causas que podem causar diarreia como é o caso da apendicite aguda, as invaginações e oclusões intestinais, causa inflamatórias como é o caso da doença de Hirschprung, e ainda causa medicamentosa, por intolerância alimentar ou no caso do uso de antibióticos.

Nestas situações deverá existir uma avaliação clinica e da história da doença com avaliação do grau de desidratação: perda de peso; estado geral; sede; características da pele e mucosas; existência de olhos encovados e densidade urinária.

A terapêutica de tratamento nestas situações passa pela administração de soluções de hidratação oral, que são soluções hiposmolares que compensam as perdas de sódio e glucose. No caso do aleitamento materno este deve ser mantido, no caso da alimentação diversificada esta deverá ser introduzida fracionadamente e mediante a tolerância e apetite da criança.

Nas situações de intolerância alimentar, deve ser excluído da alimentação o produto em causa.

Estas situações necessitam de observação médica nos casos em que a idade é inferior a 3 meses, situações com desidratação moderada ou grave; mau estado geral; recusa alimentar.

Outra situação que ocorre e que muitas vezes esta associada à diarreia são os vômitos, em que existe a expulsão voluntária ou não de conteúdo gastrointestinal pela boca. Normalmente o acto de vomitar é dividido em 3 fases: náusea, ânsia de vomitar e vômito.

As causas podem ser variáveis, sendo necessária uma avaliação minuciosa de vários factores como: a idade, circunstâncias em que ocorre o vômito; frequência; características; existência de outros sintomas associados; existência de doença de base; medicação habitual; factores psicológicos; hábitos alimentares; possibilidade de intoxicação. Mediante este estudo podemos ter diferentes causas: gastrointestinal; metabólica; alimentar; infecciosa; neurológica ou infecciosa. É fundamental descobrir a causa para o tratamento eficaz que poderá passar por intervenção cirúrgica, sendo os casos mais frequentes tratados apenas mantendo o equilíbrio hidra electrolítico, quer via oral quer endovenosa.

Será necessário recorrer ao serviço de urgência em caso de criança com menos de 3 meses de idade pelo maior risco de desidratação ou desnutrição, vômitos incoercíveis, mau estado geral, criança desidratada.

Um sintoma muito comum nas crianças e maioritariamente na época do Outono e Inverno é a tosse e obstrução nasal. A tosse é um mecanismo de defesa para eliminar o excesso de muco, a sua duração pode ser extensa e ir variando entre tosse seca a produtiva. Na maioria dos casos, trata-se de uma infecção virica que por norma não é complicada, embora cause muito desconforto na criança que os pais nem sempre conseguem controlar. Quando associado à tosse temos sintomas como febre, a pieira, tiragem, utilização de músculos acessórios ao observar a região torácica assim como uma respiração muito superficial e ofegante, onde observamos movimentos constantes do tórax e da região abdominal são também sinais de demasiado esforço respiratório que necessitam de uma avaliação médica

O croup é também uma situação muito comum nesta época do ano, devido às

lareiras e ambientes muito quentes e secos. Se criança apresenta apenas esta tosse seca e sem outros sinais de dificuldade respiratória o tratamento pode ser tentado no domicílio, deve-se agasalhar bem a criança e colocar junto a janela aberta ou junto ao frigorífico para que ela possa inalar o ar frio que por norma resolve a situação. Caso a criança além da tosse croup apresente outros sinais de dificuldade respiratória deve existir uma observação médica

A obstrução nasal é algo muito comum neste primeiro ano de vida, tendo agravante que até aos 3 meses as crianças respiram apenas pelo nariz e entre os 3 e 6 meses a respiração inicia-se mista mas preferencialmente pelo nariz. Para além de tudo isto as crianças não sabem assoar e como tal necessitam das lavagens nasais com soro fisiológico para desobstrução. As aspirações nasais no domicílio neste momento é algo que deverá ser ponderado uma vez que apenas deverá ser usado quando há uma quantidade considerável de secreções nasais, numa fase inicial está contra indicada a utilização dos aspiradores nasais, uma vez que apenas vão aumentar a quantidade de secreções e incentivar a sua produção.

Estas situações descritas anteriormente de obstrução nasal e tosse muito frequentemente levam às bronquiolites, sendo a causa mais comum de internamentos no primeiro ano de vida, na sua maioria são causadas por um vírus que provoca obstrução dos brônquios (pequenas vias aéreas), há um aumento da produção de muco e sinais de dificuldade respiratória marcada.

Prevenção Acidentes e Primeiros Socorros no 1º Ano de Vida

Os acidentes podem acontecer desde o nascimento do bebe, a ideia de que no primeiro ano de vida os bebes são muito calmos e não se mexem é completamente errada, é neste período que eles começam agarrar as coisas, a virar-se, a gatinhar e a interagir com tudo o que os rodeia e tudo à sua volta pode constituir um perigo. Com o crescimento do bebe os riscos aumentam sendo os traumatismos e ferimentos acidentais a maior causa de morte em Portugal segundo a APSI.

A aquisição de hábitos de segurança e a chamada de atenção dos pais para manterem um ambiente seguro é fundamental para evitar que os perigos estejam próximos, e

mesmo com todos os cuidados os acidentes vão sempre acontecer.

As crianças precisam de explorar o mundo que as rodeia, de o “agarrar” com os cinco sentidos, com a sua inteligência e imaginação, necessitam de um ambiente pleno de tolerância, de afecto e liberdade. Assim, as medidas que forem tomadas para evitar os acidentes não devem tanto quanto possível interferir com a necessária liberdade de movimento do bebé. (APSI, 2003)

Cuidados entre 1º e 4º mês:

- Uma das primeiras medidas a implementar é a segurança no transporte do bebé que começa logo na saída da maternidade. Estes devem ser transportados em cadeira própria, aprovada segundo as normas europeias. O bebé deve ser sempre transportado em cadeira nem que seja por um curto trajecto, no caso de carros com airbag ter atenção para o transporte no banco de trás ou desactivar airbag, a cadeira deve ir sempre voltada para trás de forma a proteger a cabeça, o pescoço e a região dorsal para que fiquem apoiados uniformemente, este sistema deve ser utilizado até aos 4 anos; deve ser sempre colocado o cinto de segurança. O sistema de retenção deverá por isso ser adquirido no pré parto estando homologado e de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, deverá estar adequado à idade, estatura e peso.

- Nunca devemos deixar o bebe sozinho, nem que seja apenas por um instante, providenciar todo o material que necessitamos antes de deitar o bebe na cama ou sofá, nunca sabemos qual será o primeiro dia em que o bebe se vai virar;

- O bebe deve dormir de costas, não colocar nada à volta do bebe, nem mantas, nem brinquedos, para evitar o risco de asfixia. Deve ser colocado ao fundo da cama, para evitar escorregar e ficar coberto pelos cobertores. A cama deve seguir as normas de segurança com no mínimo 60cm de altura e 6cm de distância entre as grades, assim como o colchão deve estar bem adaptado à cama, sem folgas.

- A verificação da temperatura da água do banho, assim como os líquidos e alimentos oferecidos ao bebe, devem ser sempre confirmados antes. Na preparação da água do banho, ter atenção que em primeiro lugar coloca-se a água fria e só depois a quente.

Cuidados entre 4º e 6º mês

- Nesta altura os bebés já começam a utilizar os meios à sua volta e pegam em tudo o que vêem. É necessário ter atenção aos brinquedos, que devem ter um tamanho seguro com diâmetro superior a 32mm e no caso de ser esférico, o diâmetro deve ser superior a 45mm, para evitar o engasgamento.

- Ter atenção ao banho, mesmo o bebé já se sentando na banheira nunca o devemos deixar sozinho, e mesmo com uma quantidade ínfima de água, que é suficiente para provocar afogamento;

- Manter os cuidados com temperatura dos alimentos e confirmar sempre antes de oferecer;

- Esta é a altura ideal para começar a preparar os espaços em casa, criar espaços amplos para que possa brincar, colocar parques, contudo ter atenção às normas dos parques, devido aos objectos e fitas pendurados que podem ser perigosos.

Cuidados entre 6º ao 9º mês

- Por esta altura o bebé começa a mexer-se mais e a deslocar-se sozinho, uma estratégia que os pais podem usar é colocar-se de gatas pela casa, para se colocar ao mesmo nível da criança e se consciencializar dos perigos que existem nesta zona.

- Um dos perigos que chama muito atenção são as tomadas que eles associam a outros brinquedos, estas devem ser protegidas e ter em atenção aos cabos de electricidade que podem estar identificados.

- Ter em atenção objectos pequenos que possam estar espalhados pela casa que podem provocar engasgamento.

- Com a começar a gatinhar as crianças chegam a todo o lado, devem ser protegidas lareiras e aquecedores para evitar as queimaduras assim como as escadas pelo risco de queda. Nas portas e janelas colocar bloqueadores de abertura para que não abra mais de 10cm.

- A utilização de andarilhos está completamente contra indicada por vários riscos que tem associado quer pela queda pelas escadas quer por facilmente bater em qualquer

local podendo provocar queda de objectos, etc.

- Quando utilizar a cadeira da papa, esta deve estar bem segura, de preferência encostada a uma parede e o bebe deve ter sempre o cinto de segurança.

Cuidados entre 9º e 12º mês

- Nesta altura a criança já se desloca com facilidade, deve ter atenção que ele já consegue puxar pelas toalhas, e tentar alcançar objectos perigosos que estejam em cima das mesas, bancadas etc. Todos estes lugares devem ser protegidos.

- Os objectos perigosos devem estar bem guardados em locais que a criança não tenha possibilidade de aceder, contudo uma simples mesa de televisão pode ser um risco para a criança assim como as estantes. Os cantos dos móveis também devem estar protegidos para evitar ferimentos.

- Ter atenção aos produtos químicos e tóxicos que devem estar bem acondicionados em armário próprio assim como manter as aberturas de segurança, nunca trocar os líquidos que não os da própria embalagem, assim como não devem ser colocados junto de outros materiais e produtos inofensivos.

- Com a introdução dos novos alimentos ter atenção aos alimentos duros e lisos que podem causar engasgamento.

- Mantenha os cuidados no banho com a água.

- Por esta altura a criança deixa de caber na cadeira de recém nascido contudo deve manter as normas de transporte da criança, virado para trás e com cadeira adequada respeitando as normas e a lei.

Mesmo com máxima atenção e utilizando todas as medidas para evitar o acontecimento de acidentes, estes vão sempre surgir, quer pela própria fisionomia na criança e o peso da cabeça que é mais propicio a quedas, quer por uma pequena distracção, um local novo, a exploração do mundo que os rodeia, tudo são motivos facilitadores de um acidente.

No caso de existência de acidentes é importante saber como actuar e que medidas

utilizar.

Iniciando pela obstrução da via aérea que pode advir da introdução de alimentos duros, ou mesmo da manipulação de brinquedos, os pais devem estar instruídos para a execução da manobra de Heimlich através das 5 pancadas inter escapulares (Sente-se e coloque o bebê de barriga para baixo sobre suas coxas, com a cabeça voltada para os seus joelhos. Segure-o por baixo, mantendo o antebraço sob a barriga dele e usando a mão para sustentar a cabeça e o pescoço. Deixe que a cabeça do bebê fique mais baixa que o resto do corpo. Com a outra mão, dê cinco pancadas firmes, nas costas da criança, entre as omoplatas) e 5 compressões torácicas (Imagine uma linha que liga os dois mamilos do bebê e posicione dois ou três dedos, juntos, um pouco abaixo dessa linha, no centro do tórax dele. Faça uma pressão rápida, para que o peito afunde cerca de 2 cm, e deixe que ele volte à posição normal.).

As quedas são das situações que ocorrem com mais frequência nos domicílios, de acordo com um estudo retrospectivo da APSI sobre quedas em crianças e jovens, 109 crianças morreram (2000-2012) e mais de 60.500 (2000-2013) foram internadas na sequência de uma queda. As quedas mais graves advém das varandas, escadas, que devem ser protegidas. Na sequência de uma queda podem ocorrer feridas, equimoses e hematomas. Logo após a queda existem sinais para os quais os pais devem estar alertas que é a perda de consciência e existência de vômitos, estes são sinais de alarme pelos quais devem recorrer de imediato ao serviço de urgência. No caso de ocorrência de hematoma ou equimose devem aplicar gelo por períodos, não em contacto directo com a pele e ir vigiando a presença de dor, desconforto da criança. No caso das feridas, caso sejam feridas de pequenas dimensões e profundidade deve-se fazer a lavagem com água e sabão e caso necessário proteger com penso, ter em atenção nos dias seguintes se surgirem sinais inflamatórios, como rubor, calor, edema que devem ser observados no hospital, assim como as feridas de grandes dimensões e profundidade. Sempre que os pais não se sintam confortáveis com a situação devem recorrer a um serviço de saúde e solicitar a opinião de um profissional.

As queimaduras são uma situação muito ambígua, que causa muita ansiedade aos pais, pelo que uma queimadura de primeiro grau/leve os pais deverão colocar sempre debaixo de água, assim como as queimaduras de 2º e 3º grau. No caso das queimaduras

de 1º grau devem vigiar a progressão da queimadura e recorrer ao hospital se necessário.

Por ultimo as intoxicações são muito frequentes, quer pela curiosidade da criança, quer pela distração dos pais e familiares, os armários e portas são locais que lhes chamam muito atenção e que tentam abrir e explorar, os produtos químicos devem estar bem acondicionados, e de difícil acesso à criança. Nunca devemos trocar a embalagem dos líquidos que confunde a criança e é mais propício de acidentes. Coisas muito simples como as pastilhas da máquina da loiça são muito atractivas e fazem lembrar à criança produtos comestíveis. Ter sempre por perto o número do CIAV para que possam contactar logo após ocorrência deste tipo de acidentes, ter atenção que nunca se deve provocar o vômito no caso de não sabermos que produto foi ingerido ou se este é tóxico.

Por ultimo desmistificar a diferença entre os tremores de subida térmica e uma convulsão febril que se caracteriza pelos movimentos tónico clónicos, e com perda de consciência, estas situações requerem sempre uma observação médica.

8. Execução

Com o desenrolar das sessões foram verificadas algumas dificuldades que passo a citar:

✓ Participação:

Logo na primeira sessão, foram convocadas 16 mães (pertencentes a dois cursos de massagem infantil já terminados), destas apenas compareceram à sessão três mães, o que foi um factor que desmotivou no início da sessão, contudo e com o decorrer da sessão a interactividade comigo e entre as participantes foi muito positiva.

✓ Duração da sessão

A primeira sessão estava projectada para durar uma hora, contudo e com a interacção que surgiu esta prolongou-se para cerca de duas horas e meia, ao longo da sessão as mães presentes foram mostrando interesse em continuar e prolongar a sessão avançando para os temas seguintes.

✓ Dificuldade interacção

Na segunda sessão participaram 9 mães /pais, dado maior número de participantes foi notória a menor interacção, para além disso dada a presença de maior número de crianças houve também mais movimento na sala as mães constantemente levantavam-se porque os bebés choravam, ou porque necessitavam de os alimentar ou até mesmo mudar a fralda, esta situação implicou a paragem da sessão em vários momentos, assim como alguma diminuição atenção por parte de algumas mães visto existir outros factores extrínsecos à sua volta que as distraiam.

9. Avaliação

Não foi elaborado qualquer instrumento de avaliação para a sessão, visto esta ser uma sessão informativa para pais.

A avaliação foi realizada pela participação e interesse das mães durante a sessão e o seu feed back no final da sessão.

Destaco que na primeira sessão houve um menor número de participantes, contudo tive conhecimento através das enfermeiras responsáveis pelo curso de preparação para o parto, que estas mães possuem um grupo no facebook onde partilham experiências onde logo após a primeira sessão colocaram um post onde evidenciaram a sua satisfação com a sessão destacando a importância de mais mães participarem dado os conhecimentos que foram transmitidos e a sua utilização e implementação no dia-a-dia. Para além disso algumas destas mães na segunda sessão revelaram a sua satisfação em terem colocado em prática alguns dos conhecimentos partilhados (nomeadamente na limpeza nasal com soro fisiológico) e o facto de notarem a sua eficácia.

No final das sessões a Enfermeira Elisabete também me deu o seu parecer, sendo positivo, realçando a empatia que criei com as mães, fazendo com que se sentissem à vontade e confiantes na mensagem que estava a transmitir.

10. Conclusão

De uma forma geral pode-se concluir que estas sessões foram bastante benéficas para as mães, foram momentos de partilha entre as mães mas também comigo e com enfermeira Elisabete, quer pelas experiências que todas possuímos quer pela empatia que se criou.

Os temas abordados, são temas de grande interesse para os pais e familiares, que lhes suscitam sempre muitas dúvidas e para os quais também existem muitas especulações que deixam às mães ansiosas e sem saber o que fazer.

Para mim a nível pessoal foi muito interessante fazer estas sessões uma vez que consegui implementar e conciliar a minha prática com as dúvidas frequentes dos pais e os motivos que mais os fazem recorrer ao serviço de urgência.

11. Bibliografia

Almeida, J., Lima, M., Silva, R., *Acidentes domésticos na infância. Escola Superior de Saúde*, Universidade de Mindelo. Cabo Verde, 2013.

Bastos, V., *A Febre*. Revista de Saúde Infantil. Hospital Pediátrico de Coimbra. Coimbra, 2002. Nº 24/3.

Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna Infantil e dos Adolescentes. *Urgência no Ambulatório em Idade Pediátrica*. Direção Geral de Saúde, Lisboa, 2004. Volume I, nº 14.

Direção Geral de Saúde, *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica, Orientações Técnicas*, DGS Lisboa, 2004;

HOCKENBERRY, M. & WILSON, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª Edição Vol. I, Loures: Lusociência, 2014;

HOCKENBERRY, M. & WILSON, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª Edição Vol. II, Loures: Lusociência, 2014;

Instituto do Consumidor, *Crescer Seguro para Crescer Feliz*, Lisboa 2002.

Oliveira, A., Carreiro, E., Conceição, C., Monteiro, V., Ferreira, N., Meireles, C., *Acidentes e Intoxicações: Estudo numa População do Norte de Portugal*. Revista Nascer e Crescer do Hospital de Crianças Maria Pia, 2006. Vol. XV nº 1.

Ordem dos Enfermeiros. *Guia Orientador de Boa Prática - Guias Orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros, 2011. Serie I, nº 1 volume 2.

Queirós, P.S.; Costa, D.M.; Souza, A.C.S.; Chaveiro, L.G.; Silva, A.L.A.C.; Silva, D.A.; Silva, C.D.A.; Calpiñeiro, N.E.N. (2010). *Planeamento estratégico de uma unidade saúde da família - Região leste de goiânia*. Revista de salud pública, (xiv) 1: 15-23;

Vantine, F., Carvalho, P., Candelária, L., *Estudo dos fatores que alteram a cronologia de erupção dentária*. Sotar R, Virtual Odontol. 2007, 1 (13), 18-23.

Urgência Pediátrica Integrada do Porto, Orientações Clínica – Ambulatório em Idade Pediátrica, 2008;


Fontes eletrônicas:

<http://www.hevora.min-saude.pt/> visto a 07/12/2016;

<http://www.arsnorte.min-saude.pt> in Projetos UPIP visto a 07/12/2016;

<http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/> visto a 07/12/2016;

**Apêndice V – Sessão de formação de pares
“Dermatite da fralda: Prevenção e tratamento”**



CATOLICA

 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE


 ESCOLA DE ENFERMAGEM

 LISBOA-PORTO

*“Dermatite da fralda:
 Como prevenir e tratar”*


Viviana Campos

Aluno do Curso de Mestrado Enfermagem com Especialização
 em Saúde Infantil e Pediatria

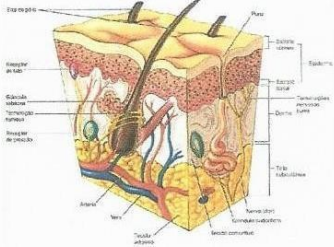

 Footer Text 2


Índice

- Estrutura pele
- Fisiopatologia
- Prevenção
- Tipos
- Tratamento


 Footer Text 2

Dermatite fralda - Estrutura da pele




 Internamento Pediatria - HPH 11/11/2016 3

Dermatite fralda - Estrutura da pele

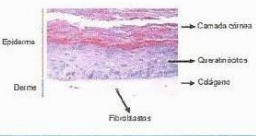
- Com 36 semanas a pele é estruturalmente semelhante à do adulto mas a epiderme e a derme são até 60% menos espessas;
- 2-3 semanas de existência pós-natal são suficientes para atingir a integridade funcional e estrutural da camada córnea independentemente da idade gestacional





 Internamento Pediatria - HPH 11/11/2016 4

Dermatite fralda - Estrutura da pele


- Encerramento das feridas em neonatos é mais rápida devido a:
 - Fibroblastos presentes em maior número
 - Colagénio e elastina produzidos mais rapidamente
 - Tecido de granulação forma-se mais rapidamente comparativamente aos adultos




 Internamento Pediatria - HPH 11/11/2016 5

Dermatite fralda - Estrutura da pele

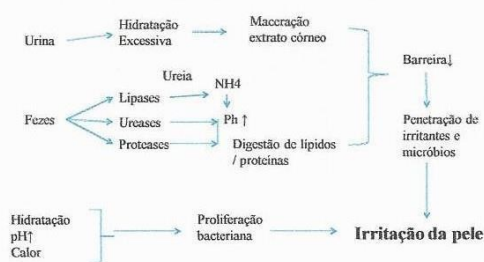
- Contudo a cicatrização encontra-se mais comprometida devido a:
 - § Défice de proteínas e calorías
 - § Hipotensão
 - § Edema
 - § Infecção
 - § Instabilidade fisiológica evita uma adequada distribuição da pressão


 Internamento Pediatria - HPH 11/11/2016 6

Dermatite fralda - Definição

- Termo usado para descrever qualquer erupção cutânea que apareça na zona da fralda;
- Estima-se que atinge cerca de 25 a 65% das crianças;
- Nos últimos anos houve uma diminuição da frequência e gravidade da dermatite da fralda devido à introdução das fraldas descartáveis e à constante melhoria na qualidade do material utilizado;
- Medida chave: descobrir qual o facto que leva à erupção cutânea para atuar da forma mais correta possível.

Dermatite fralda - Fisiopatologia



Dermatite fralda - Fisiopatologia

- Fatores que contribuem para aparecimento dermatite:
 - Fraldas;
 - Contacto com substâncias irritantes como a urina e fezes;
 - Hidratação excessiva;
 - Fricção;
 - Temperatura;
 - Irritantes químicos;
 - Microrganismos;
 - Administração de medicação, como antibioterapia;

Dermatite fralda - Prevenção

- **Proteção** – utilização de protectores da pele (ex. vaselina, dimeticona, produtos à base de óxido de zinco e de acrilato)
- **Limpeza** – remover as substâncias irritantes da pele suavemente e sem esfregar após cada episódio, o produto utilizado deve ter pH entre 5.4 e 5.9
- **Hidratação** – uso de hidratantes em substituição dos lípidos e manutenção da função barreira (ex. Emulientes, humectantes e oclusivos)

Dermatite fralda - Tipos

Por fricção:

- Mais comum;
- Caracterizada por vermelhidão, com lesão eritematosa, brilhante, na área de maior fricção da fralda
- É de resolução fácil com medidas básicas como, manter cuidados de higiene, não apertar fralda demasiado, realizar mudanças frequentes da fralda

Dermatite fralda - Tipos

- Apresenta-se em diferentes graus de leve a moderada;
- Desde aparecimento de pápulas e em último caso aparecimento de pústulas



Dermatite fralda – Tipos

Complicada causada por *Candida albicans*

- apresenta-se de forma severa com erupções em ponteados vermelhos, com descamação periférica;
- Surge geralmente nas dobras da pele, região perineal e perineal anterior;



Dermatite fralda – Tratamento

Abordagem ABCDE – Dermatite Leve

- A – Air
- B - Barrier
- C - Cleaning
- D – Diapers
- E - Education



Dermatite fralda – Tratamento

A – Air

- Expor a região da fralda ao ar o maior tempo possível e diminuir o contacto com agentes irritantes

B - Barrier

- Uso de cremes barreira durante a muda de fralda, funcionam como barreira protetora lipídica e evitam o contacto com os agentes irritantes da pele

Dermatite fralda – Tratamento

C - Cleaning

- Realizar uma boa limpeza da zona da fralda, preferencialmente com água, em relação à utilização das toalhetas deverá ter em atenção o pH e substâncias como perfumes e álcool

D - Diapers

- Utilização de fraldas descartáveis, mudar sempre que necessário, não deixando a pele muito tempo em contacto com agentes irritantes como fezes e urina

Dermatite fralda – Tratamento

E - Education

- Educar os pais, cuidadores e profissionais de saúde para manter presente as medidas preventivas e cuidados básicos de higiene



Dermatite fralda – Tratamento

Dermatite com eritema intenso:

- Corticóide tópico de baixa potência (creme com hidrocortisona 1% durante 2 a 3 dias);

Dermatite intensa com pústulas:

- Suspeitar infecção por *candida*;
- creme antifúngico, como nistatina ou miconazol 1% duas vezes ao dia por sete a dez dias

Dermatite fralda – Tratamento

Quando após estes tratamentos a dermatite se mantém, devem ser pesquisados diagnósticos diferenciais, como:

- dermatite contacto alérgica;
- dermatite atópica;
- dermatite seborreica;
- psoríase;
- candidose;
- sífilis congênita;

Dermatite Fralda - Conclusão

É importante conhecer a fisiopatologia da doença para que se possa fazer a correta prevenção e tratamento apropriado;

Com o aumento da temperatura e humidade local na zona da fralda há maior susceptibilidade de de irritação;

Prevenir é a melhor conduta, que inicia com medidas básicas;

Sempre que com tratamento correto não há melhoras, deve-se pesquisar diagnóstico diferencial;

O acompanhamento das crianças é essencial, especialmente em crianças com diarreia e uso de ATB sistêmica.

Dermatite Fralda - Bibliografia

- 1. Douglas, C., Eichenfeld, L., Frieden, I. (2014). Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatric Dermatology* Vol. 31, Suppl. 1, 18-24.
- 2. Silva, S. (2017). *Relatório de Estágio Profissionalizante: Eletrotécnicos Integrado em Ciências Farmacéuticas*. Faculdade de Farmácia da Universidade de Porto.
- 3. Stanulau, O., Teregy, N. (2014). Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention and Management. *Pediatric Dermatology* Vol. 31 No. 1, 1-7.
- 4. Pappas, U., Hauser, M., Loozeien, L., Stanulau, O., Kuttler, J., Barch, N. (2014). Prevention of Diaper Dermatitis in Infants – a Literature Review. *Dermatology* Vol. 31 No. 4, 413-420.
- 5. Yonezawa, K., Hirose, M., Shewchik, M., Akitsuhi, M., Suzuki, H. (2014). Relationship Between Skin Barrier Function in Early Infants and Diaper Dermatitis During the First Month of Life: A Prospective Observational Study. *Dermatology* Vol. 27 No. 4, 632-637.
- 6. Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. Fisiopatologia da Dermatite de Área das Fraldas – Parte I: Atopia Dermatol (2008), Vol. 82 No. 8, 567-571.
- 7. Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. Quadro Clínico e Tratamento da Dermatite na Área das Fraldas – Parte II. *Arquivos Dermatol* (2008), Vol. 84 No. 1, 47-54.
- 8. Rocha, H., Sobral, M. (2008). Dermatite das Fraldas: Atopia e Causas. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia* Vol. 107 No. 3, 2019-214.
- 9. Gray, M., Bilo, D., Doughty, D., Fallon, J., Palmer, K., Palmer, M. (2007). Incidence – antenatal Dermatitis: A Cohort Study. *Journal of Paediatrics Child Health* Vol. 34 No. 1, 43-54.
- 10. Assato, A., Chiocca, T., Bilo, D. (2012). Atopia: Integrando as Pistas Praticistas e Epidemiológicas Dermatite na Área das Fraldas. *Revista Integrativa. Paediatric Electronic de Enfermagem* Vol. 14 No. 2, 414-424.

Apêndice VI – Poster Informativo sobre dermatite
da fralda para profissionais de saúde

Dermatite da fralda – Prevenção e Tratamento



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

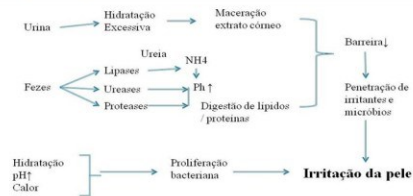
LISBOA-PORTO

Constança Festas Professora Associada do Instituto Ciências Saúde UCP, Paulo Alves Assistente Convidado do Instituto Ciências Saúde UCP,
Viviana Campos Aluna Curso de Mestrado Profissional Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

Introdução

A pele do recém nascido é muito imatura comparadamente à de um adulto, se pensarmos num recém nascido prematuro a situação é ainda mais complicada, uma vez que o estrato córneo é mais fino, assim como a maturação barreira só se forma a partir das 34 semanas de idade gestacional. Neste sentido a prevenção da dermatite da fralda torna-se factor primordial. A dermatite da fralda surge entre 25 a 65% das crianças entre os 4-12 meses. Os principais objectivos passam por manter essa zona seca e limitar a mistura da urina e das fezes por menos tempo possível.

Fisiopatologia



Prevenção e Tratamento

A Prevenção da dermatite da fralda passa por três factores fundamentais:

- Protecção – utilização de protectores da pele, mais indicados são produtos à base de óxido de zinco e acrilato, ter especial atenção em crianças com diarreia, a cumprir antibioterapia e em prematuros;
- Limpeza – em cada muda de fralda deve remover-se as substâncias irritantes da pele com suavidade e sem esfregar, ter em atenção o pH do produto utilizado que deve estar entre 5.4 e 5.9, não devem ser usados óleos, sabões ou pomadas irritantes;
- Hidratação – usar hidratantes em substituição dos lípidos e manter a função barreira .

É essencial numa primeira fase descobrir qual a causa que levou ao aparecimento da dermatite, no caso da dermatite alérgica as medidas passam pela evicção do material que esta a causar esta alergia.

Tratando-se de uma dermatite por fricção, esta normalmente inicia-se por pele avermelhada, brilhante com aparecimento de pápulas. Muitas vezes classificada como dermatite em W.

Abordagem ABCDE

- A** – Air – expor a região da fralda ao ar o maior tempo possível;
- B** – Barrier - Uso de cremes barreira durante a muda de fralda, funcionam como barreira protetora lipídica e evitam o contacto com os agentes irritantes da pele;
- C** – Cleaning - Realizar uma boa limpeza da zona da fralda, preferencialmente com água, em relação à utilização das toalhetas deverá ter em atenção o pH e substâncias como perfumes e álcool
- D** – Diapers - Utilização de fraldas descartáveis, mudar sempre que necessário, não deixando a pele muito tempo em contacto com agentes irritantes como fezes e urina
- E** – Education - Educar os pais, cuidadores e profissionais de saúde para manter presente as medidas preventivas e cuidados básicos de higiene

A Dermatite da fralda por fricção pode ir de leve a moderada.

Numa fase inicial o tratamento deve passar pelas medidas descritas anteriormente.



Caso evolua para dermatite intensa deverá ser utilizado um corticoide tópico de baixa potência (creme com hidrocortisona 1%) durante 2 a 3 dias

Se não ocorrer melhoria e dermatite passa a intensa e com pústula, devemos suspeitar de infecção por *Candida* e iniciar creme antifúngico, com nistatina ou miconazol 1% duas vezes por dia entre 7 a 10 dias



Após este tratamento se mesmo assim não ocorrer melhoria, devemos pensar em diagnóstico diferencial: dermatite contacto alérgica, dermatite atópica, dermatite seborreica, psoríase, sífilis congénita, entre outras.

Pejabat, U., Husauer, M., Lunnemann, L., Stamatias, G., Kottner, J., Bartels, N. (2014). Prevention of Diaper Dermatitis in Infants – a Literature Review. *Dermatology* Vol. 32 No. 4, 413-422.

Conclusão

A prevenção da dermatite da fralda é a melhor conduta que podemos considerar, sempre que estamos perante uma criança com diarreia, a cumprir antibioterapia ou bebé prematuro, devemos ter um acompanhamento especial. A mais comum é a dermatite irritativa ocasionada pelo uso da fralda que aumenta a humidade e temperatura local, em junção com o contacto prolongado com urina e fezes levando à maceração da pele. Frequentemente surge uma infecção secundária por *Candida*. É fundamental conhecer a fisiopatologia da doença para assim efectuar a sua sua correcta prevenção e tratamento adequado.

Coughlin, C., Eichenfield, L., Frieden, I. (2014). Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatric Dermatology* Vol. 31 Suppl. 1, 19-24. Silva, S. (2015). Relatório de Estágio Profissionalizante, Mestrado Integrado em Ciências Farmacéuticas, Faculdade de Farmácia Universidade do Porto, Stamatias, G., Tierney, N. (2014). Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention and Management. *Pediatric Dermatology* Vol. 32 No. 2, 1-7. Pejabat, U., Husauer, M., Lunnemann, L., Stamatias, G., Kottner, J., Bartels, N. (2014). Prevention of Diaper Dermatitis in Infants – a Literature Review. *Dermatology* Vol. 32 No. 4, 413-420. Yonemasa, K., Hayama, M., Shinohara, M., Matsuzaki, M., Sanoeda, H. (2014). Relationship Between Skin Barrier Function in Early Neonates and Diaper Dermatitis During the First Month of Life: A Prospective Observational Study. *Dermatology* Vol. 32 No. 6, 680-687. Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. Fisiopatologia da Dermatite da Área das Fraldas- Parte I. *An Bras Dermatol.* (2008). Vol. 83 No. 6, 567-572. Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. Quadro Clínico e Tratamento da Dermatite na Área das Fraldas- Parte II. *An Bras Dermatol.* (2009). Vol. 84 No. 2, 47-54. Rocha, N., Seixas, M. (2004). Dermatite das Fraldas: História e Causas. *Revista do Hospital de Crianças* Monit. Ped. Vol. 38 No. 3, 202-214. Ghis, M., Brito, D., Diniz, D., Saito, J., Evans, K., Palmer, M. (2007). Incontinence-associated Dermatitis: A Concise. *Journal Wound Ostomy Continence Nurs.* Vol. 34 No. 2, 45-54. Aquino, A., Chiriac, T., Brito, R. (2012). Abolição da Pele Prejudicada Evicção da Dermatite na Área das Fraldas: Revisão Integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Vol. 24 No. 2, 414-424.

**Apêndice VII – Poster elucidativo sobre a dermatite
da fralda para pais**

Mãe, dói-me o rabinho... E agora?



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Constança Festas Professora Associada do Instituto CiênciasSaúde UCP, Paulo Alves Assistente Convocado do Instituto Ciências Saúde UCP,
Viviana Campos Aluna Curso de Mestrado Profissional Enfermagem Saúde Infantil e Pediatra

Dermatite da fralda

A dermatite da fralda afecta cerca de 25 a 65% das crianças, sendo um factor que provoca grande desconforto no recém nascido e criança.

A prevenção eficaz é o grande ponto de partida para aliviar o sofrimento quer da criança, quer da mãe que muitas vezes desconhece a causa da irritabilidade e desconforto da criança.

A introdução das fraldas descartáveis foi um grande ponto de partida para a diminuição da incidência da dermatite da fralda, contudo devido ao aumento da transpiração da criança nesta zona, associada ao contacto com urina e fezes causa a maceração da zona e muitas vezes todos os cuidados são poucos....



Cuidados com a pele.....

A pele tem a função protectora e como tal requer um cuidado diferenciado e personalizado, consoante o tipo de pele e a faixa etária.

Existem medidas preventivas que podemos considerar na dermatite da fralda que passam por:

- Protecção – utilização de protectores da pele, **ter especial atenção em crianças com diarreia, a cumprir antibioterapia e em prematuros;**
- Limpeza – em cada muda de fralda deve remover-se as substâncias irritantes da pele com suavidade e sem esfregar, o creme anterior deve ser removido na totalidade e não colocar creme em cima de creme, não devem ser usados oleos, sabões ou pomadas irritantes;
- Hidratação – usar hidratantes em substituição dos lipídios e manter a função barreira .



O que deve saber?

Existe uma serie de medidas básicas que poderá ter em conta nas mudanças de fralda ao seu filho:

- Limpeza da zona da fralda ter em atenção a utilização de substâncias sem perfume e alcool, ideal é uso de água quando apenas tem urina e limpeza no caso de fezes, sem esfregar;
- Mudança frequentes de fralda, de forma a evitar ao máximo o ocnctaco prolongado com urina e fezes;
- Expor a região ao ar o maior tempo possível;
- Utilização de cremes barreira;
- Evitar a fricção com fraldas muito apertadas;
- Evitar o uso de sabonetes, talco, pomadas irritantes;

Sempre que notar qualquer alteração na pele do seu filho nomeadamente zona da fralda, é essencial requerer o aconselhamento e observação por parte de um profissional especializado, procure ajuda junto do seu médico ou enfermeiro.

Coughlin, C., Eichenfield, L., Frieden, I. (2014). Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatric Dermatology*, Vol. 31 Suppl. 1, 19-24. Silva, S. (2015). *Relatório de Estágio Profissionalizante, Mestrado Integrado em Ciências Farmacéuticas, Faculdade de Farmácia Universidade do Porto*.
Stamatias, G., Tierney, N. (2014). Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention and Management. *Pediatric Dermatology*, Vol. 31 No. 1, 1-7. Feytaud, U., Haussler, M., Lunnenam, L., Stamatias, G., Kottner, J., Bartels, N. (2014). Prevention of Diaper Dermatitis in Infants – a Literature Review. *Dermatology*, Vol. 32 No. 4, 413-420. Tomaszewska, K., Heczko, M., Jankowski, M., Matuszewska, M., Szarada, H. (2014). Relationship Between Skin Barrier Function in Early Infants and Diaper Dermatitis During the First Month of Life: A Prospective Observational Study. *Dermatology*, Vol. 32 No. 6, 692-697. Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. *Fisiopatologia da Dermatite da Área das Fraldas – Parte I. An Bras Dermatol* (2008), vol. 83 No. 6, 567-571; Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. *Quadril Clínico e Transmissão da Dermatite da Área das Fraldas – Parte II. An Bras Dermatol* (2009), vol. 84 No. 1, 47-54. Rocha, N., Soares, M. (2004). *Dermatite das Fraldas. Nascir e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, Vol. XIII No. 3, 2016-214. Gray, M., Biles, D., Doughty, D., Setun, J., Evans, K., Palmer, M. (2007). Incontinence – associated Dermatitis: A Concensus. *Journal Wound Ostomy Continence Nurs*, Vol. 34 No. 1, 45-54. Aquino, A., Chianca, T., Brito, R. (2012). *Abil (Junhos). Irritação da Pele Prejudicada Evidenciada por Dermatite na Área das Fraldas. Revisão Integrativa. Revista Electronica de Enfermagem*, Vol. 14 No. 2, 414-424.

Apêndice VIII – Planejamento da sessão de formação
de pares “Eritema da fralda: Prevenção e
tratamento”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Plano de sessão Formação em serviço

“Dermatite da fralda – prevenção e tratamento”

Porto, Novembro 2016

Índice

1.Introdução	133
2.Planeamento	135
2.1.Análise da situação / Escolha do tema	135
2.2.Formulação objectivos	135
2.3.Seleção e Organização dos Conteúdos	136
2.4.Seleção e organização de estratégias de ensino / aprendizagem	136
2.5.Programação da atividade	137
3.Conclusão	138
4.Bibliografia	139

1.Introdução

A pele do recém-nascido é de elevada imaturidade, atingindo a maturação cerca de duas semanas após o nascimento, no caso dos prematuros a situação agrava-se visto o seu extrato córneo ser mais fino, o aumento e maturação da função barreira da pele apenas é atingido com 34 semanas.

As dermatites são uma das maiores causas de desconforto, quer para ele quer para os pais pela dificuldade de diagnóstico e afetam primordialmente a região da zona do períneo, região glútea, abdómen inferior e coxas.

A mais comum é dermatite irritativa /contacto atingindo entre 25 a 65% das crianças, considerada a afeção cutânea mais frequente da primeira infância. Não existe qualquer relação entre o sexo, raça ou padrão social.

As causas atribuídas a esta erupção passam pelo uso da fralda que provoca o aumento da temperatura e da humidade local, que em contacto juntamente com urina e fezes causa a maceração da pele. É frequente acontecer infeção secundária da pele por *candida* devido à fragilidade com que a pele se encontra que permite a fácil entrada de microrganismos.

O melhor principio a utilizar é a prevenção que passa por três parâmetros essenciais: proteção, através da utilização de protetores da pele com produtos à base de óxido de zinco e acrilato; a limpeza da pele, que deve ser removido todas as substâncias sem esfregar após cada episódio e a hidratação, através da utilização de hidratantes substitutos de lípidos.

Sempre que estamos perante um prematuro, criança a cumprir antibioterapia ou gastroenterite aguda devemos ter especial atenção nas medidas preventivas, uma vez que qualquer um destes fatores é predisponente e aumenta a probabilidade de dermatite.

O tratamento passa por uma abordagem ABCDE, (air, barrier, cleaning, diapers e education). Que baseia-se em deixar o maior tempo possível a pele ao ar; aplicação de cremes barreira para a proteção da pele, a limpeza da pele, preferencialmente com água e efetuando a retirada total do creme anterior, ter em atenção o ph do produto utilizado

que deve estar entre 5.6 e 5.9; a utilização de fraldas descartáveis, com mudanças frequentes, este fator é dos que mais tem contribuído para a diminuição da dermatite da fralda, dada a evolução que a composição das fraldas tem sofrido ao longo dos últimos anos e por fim é essencial a educação dos pais no sentido da detecção precoce para uma atuação mais rápida e eficaz.

A dermatite num período inicial é considerada dermatite leve caracterizada por vermelhidão e erosões superficiais e o seu tratamento passa pela utilização das medidas base acima descritas, passa para moderada com aparecimento de pápulas onde se deve introduzir um corticoide tópico de baixa potência durante 2 a 3 dias e por último a dermatite intensa com aparecimento de pústulas e descamação exacerbada onde deve ser aplicado creme antifúngico com nistatina ou miconazol 1% durante 7 a 10 dias, duas vezes ao dia.

Caso após este tratamento a dermatite se mantenha, devemos considerar o diagnóstico diferencial: dermatite contacto alérgica, dermatite atópica, dermatite seborreica, psoríase, sífilis congénita, etc.

2.Planeamento

2.1.Análise da situação / Escolha do tema

Como já foi referido na introdução deste planeamento a dermatite da fralda é provavelmente a maior afeção cutânea da primeira infância. Ao longo deste estágio detectei que existe um numero considerável de internamentos de recém nascidos, quer sejam casos sociais quer transferidos do serviço de neonatologia por dificuldade de vagas no serviço e como tal contatei que existe alguma dificuldade em conseguir estipular um tratamento ideal e eficaz, não existindo um tratamento consensual para toda a equipa o que se torna problemático para os pais desordenando as ideias e várias informações transmitidas por diferentes profissionais.

2.2.Formulação objectivos

Objetivo geral:

- Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a dermatite da fralda.

Objetivos específicos:

- Transmitir informação aos profissionais de saúde sobre a dermatite da fralda;
- Realizar um protocolo de serviço para atuação na dermatite da fralda;
- Elaborar informação metódica para os pais sobre a dermatite da fralda;

Atividades:

- Elaboração de uma sessão de formação em serviço sobre a dermatite da fralda para profissionais de saúde;
- Elaborar um cartaz com informação protocolada sobre o tratamento a realizar no caso de dermatite da fralda;

- Elaborar um cartaz como forma de chamada de atenção para os pais sobre os problemas de pele dos seus filhos.

2.3. Seleção e Organização dos Conteúdos

Os conteúdos a serem abordadas nesta apresentação são os seguintes:

- Dermatite da fralda:
 - conceito;
 - fisiopatologia;
 - prevenção;
 - tipos;
 - tratamento.

2.4. Seleção e organização de estratégias de ensino / aprendizagem

Para apresentação desta formação vamos utilizar os métodos afirmativo – participativo com técnica expositiva com auxílio ao uso de meios de aprendizagem de um projetor e cartazes para fixar pelo serviço.

2.5. Programação da atividade

Formadora: Viviana Campos

Tema: “Dermatite fralda: prevenção e tratamento”

Grupo Alvo: Enfermeiros do serviço de internamento em pediatria do Hospital Pedro Hispano

Data e Hora: 11/11/2016 às 15horas

Local: Sala de reuniões do internamento de pediatria do Hospital Pedro Hispano

Duração: 30minutos

Fases / Tempo	Conteúdo	Metodologia	Recursos
Introdução	Apresentação do tema Índice	Método afirmativo / expositivo	Computador e retroprojector com apresentação power point
Desenvolvimento	Fisiopatologia Prevenção Tipos Tratamento	Método afirmativo / expositivo	Computador e retroprojector com apresentação power point
Conclusão	Resumo das principais ideias; Espaço para colocação de dúvidas;	Método afirmativo Diálogo	Computador e retroprojector com apresentação power point

3. Conclusão

A dermatite da fralda é uma das condições clínicas que mais preocupa os profissionais e os pais.

A melhor conduta a utilizar é a prevenção, e como tal engloba-se um conjunto de medidas que ajudam a manter a pele hidratada e protegida das agressões a que esta constantemente em contacto como urina e fezes que alteram a sua função barreira. Deve-se ter especial atenção no caso de bebés prematuros, com diarreia ou a cumprir antibioterapia (oral ou endovenosa).

O tratamento eficaz começa sempre com o diagnóstico da causa de base. Sempre que o tratamento não é eficaz deve pensar-se em diagnóstico diferencial como dermatite atópica, contacto alérgica, seborreica, psoríase, etc.

Devem ser realizados ensinamentos aos pais sobre os cuidados a manter, contudo a supervisão regular é da total responsabilidade dos profissionais de saúde.

A formação em serviço é sempre um ótimo momento de aprendizagem quer para o formador que para a equipa de enfermagem, uma vez que permite uma reflexão na prática e troca de experiências entre a equipa.

4. Bibliografia

- Coughlin, C., Eichenfield, L., Frieden, I. (2014). Diaper Dermatitis: Clinical Characteristics and Differential Diagnosis. *Pediatric Dermatology Vol. 31 Suppl. 1*, 19-24.
- Silva, S. (2015). *Relatório de Estágio Profissionalizante*, Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto.
- Stamatas, G., Tierney, N., (2014). Diaper Dermatitis: Etiology, Manifestations, Prevention and Management. *Pediatric Dermatology Vol. 31 No. 1*, 1-7.
- Peytavi, U., Hausser, M., Lunnenam, L., Stamatas, G., Kottner, J., Bartels, N. (2014). Prevention of Diaper Dermatitis in Infants – a Literature Review. *Dermatology Vol. 31 No. 4*, 413-429.
- Yonezawa, K., Haruna, M., Shinaishi, M., Matsuzaki, M., Sanada, H. (2014). Relationship Between Skin Barrier Function in Early Neonates and Diaper Dermatitis During the First Month of Life: A Prospective Observational Study. *Dermatology Vol. 31 No. 6*, 692-697.
- Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. Fisiopatologia da Dermatite da Área das Fraldas – Parte I. *An Bras Dermatol. (2008), Vol. 83 No. 6*, 567-571.
- Fernandes, J., Machado, M., Oliveira, Z. Quadro Clínico e Tratamento da Dermatite na Área das Fraldas – Parte II. *An Bras Dermatol. (2009), Vol. 84 No.1*, 47-54.
- Rocha, N., Selores, M. (2004). Dermatite das Fraldas. *Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia Vol. XIII No. 3*, 2016-214.
- Gray, M., Bliss, D., Doughty, D., Seltun, J., Evans, K., Palmer, M. (2007). Incontinence – associated Dermatitis: A Concesus. *Journal Wound Ostory Continece Nurs, Vol. 34 No.1*, 45-54.
- Aquino, A., Chianca, T., Brito, R. (2012, Abil/Junho). Integridade da Pele Prejudicada Evidenciada por Dermatite na Área das Fraldas: Revisão Integrativa. *Revista Electronica de Enfermagem, Vol. 14 No.2*, 414-424.

Apêndice IX – Enquadramento teórico sobre o tema
“ O sono na adolescência”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Projecto de Saúde Escolar

Enquadramento teórico sobre “O Sono na Adolescência”



Aluna: Viviana Campos

Enfermeiro tutor: Enf^a Elisabete Moura

Colaboração com: Enf^a Tânia Azevedo

Professor Coordenador: Professora Constança Festas

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Fisiologia do Sono

Segundo Del Ciampo o sono é uma importante condição fisiológica caracterizada por um estado comportamental reversível, com modificações do nível de consciência e da responsividade a estímulos internos e externos.

É do conhecimento geral que o sono é um importante marcador do ritmo biológico, sendo marcado pela existência de dia e noite (luz e escuridão).

Existem várias definições sobre o sono, de entre vários autores destaco, o sono pode ser explicado como um estado reversível de desatenção selectiva e de resposta diminuída a estímulos internos e externos, sendo normativamente acompanhado por uma postura horizontal, cessão comportamental e olhos fechados (Carskadon & Dement, 2011); o sono é um estado comportamental complexo necessário para a saúde neurológica, somática e psicológica ao longo do curso de vida (Colrain, 2011).

Muitas pesquisas têm sido feitas acerca do sono, pelo simples facto de que o ser humano passa quase um terço da sua vida a dormir.

Ao nível fisiológico, o sono depende dos marcadores biológicos, que por sua vez, estão sincronizados com as diferentes fases do dia (Guyton, 1997 cit por Seixas, P. 2009).

O ciclo sono vigília varia ao longo das 24 horas, sendo essencial a criação de um ritmo para o longo do dia, entre o trabalhar, estudar, participar em actividades, dormir, lazer, fazer refeições, etc. Se por vários motivos o individuo não consegue estabelecer e cumprir estas rotinas é certo que o equilíbrio psicossomático irá ter repercussões negativas. Durante o sono ocorrem processos metabólicos necessários ao bom funcionamento do organismo. Sendo este caracterizado por dois estádios comportamentais: REM e NREM. Este ultimo caracteriza-se pela fase inicial do sono e tem 4 fases que vão aumentando a profundidade do sono, segundo Ribeiro do Valle et al, considera a primeira fase como *Fase Zero* ou *Fase de Vigília*. Nesta fase, surge a transição entre o estado de vigília e o início do sono. Numa segunda fase há uma redução do grau de actividade dos neurónios corticais, existe uma diminuição da temperatura do corpo, dos ritmos cardíaco e respiratório e um relaxamento muscular progressivo. Na terceira fase, o tónus muscular diminui e praticamente não existem os movimentos oculares. A quarta e última fase, é assinalada pela libertação de várias

hormonas (e.g. hormona do crescimento) este corresponde a cerca de 10 a 15% da noite de sono. Segundo este mesmo autor, de seguida processa-se o sono REM, que constitui cerca de 20% do tempo total de sono, ocorrem movimentos rápidos dos olhos, emissão de sons, irregularidade da frequência cardíaca e respiratória e fraqueza muscular.

Todos estes factores que acontecem ao longo do sono, como a libertação hormonal (malatonina, hormona crescimento, leptina, hipocretina, testosterona, cortisol) a conservação de energia (pela diminuição temperatura, respiração e frequência cardíaca), reestruturação do organismo (físico e mental) levam ao nosso bem-estar, o seu não cumprimento poderá trazer consequências no nosso dia-a-dia como fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração e atenção, mau humor, ou até mesmo problemas de saúde no futuro, como por exemplo a obesidade (pela diminuição produção de leptina e aumento da hipocretina) que leva também ao aumento do risco de doenças cardiovasculares, entre outras.

Todos os indivíduos têm necessidade de dormir para a sua sobrevivência, faz parte do ciclo diário e é um acontecimento vital, contudo a quantidade de horas que cada individuo necessidade poderá variar de pessoa para pessoa. De entre as várias espécies temos o tubarão que necessita apenas de uma hora de sono e em contra partida a cobra necessita de 18 horas de sono, a espécie humana tem uma média de 8 horas de sono, contudo varia mediante a idade e as características de cada um, podendo não intervir ou afectar o bom rendimento, como por exemplo é o caso do Professor Marcelo Rebelo de Sousa que refere necessitar apenas de 4 horas de sono e Albert Einstein que necessita de 10 horas de sono, ambos com bom rendimento cognitivo. Cada um deverá reconhecer esta necessidade evitando a sonolência diurna excessiva.

O sono (Leite, 2004) não é um período passivo, inútil ou simplesmente uma paragem de tempo, revela-se um momento onde se torna possível a elaboração inconsciente da personalidade de cada indivíduo, o qual, assimilou do ambiente externo que o envolve, estímulos subliminares e todos os outros que a mente consciente não deu importância.

O sono e a adolescência

A adolescência é uma fase marcada por várias mudanças, quer físicas, que são evidentes, mas também a nível psicológico, cognitivo e social, onde esta marcada a construção da sua identidade, que segundo Erickson marca a diferenciação entre o fim da puberdade e o início da vida adulta.

Todas estas mudanças têm também repercussões na actividade sono vigília dos adolescentes.

Segundo Strauch e Meier, 1988; a duração do sono nos adolescentes é diminuída, o que provoca maior sonolência durante o dia, pois o decréscimo da duração de sono nesta fase da vida, não corresponde a uma diminuição da necessidade de sono, mas reenvia para um débito de sono e provoca o deslocamento do sono para horários mais tardios.

Mathias, Sanchez e Andrade, 2004, acrescentam ainda que as modificações hormonais presentes na maturação física de um indivíduo, influenciam os relógios biológicos, fazendo com que estes atrasem. Desta forma, os adolescentes tornam-se mais vespertinos, nesta fase do seu desenvolvimento, e revelam maior dificuldade em adormecer mais cedo.

A diminuição do tempo de sono do adolescente está intimamente relacionada com o adiamento da hora de deitar. A este respeito, são destacados como principais motivos o aumento das exigências académicas, a crescente socialização com os pares, as alterações dos ritmos circadianos (Crowley, Acebo & Carskadon, 2007), ou a utilização de tecnologias após a ida para a cama (Munezawa et al, 2011).

Factores como estímulos ambientais (ver televisão, jogos de vídeo e a utilização do computador ou telemóvel) podem manter os jovens acordados até muito tarde e levar à alteração dos padrões do sono, nomeadamente ao atraso da hora de dormir (Bryant & Gómez, 2015; Carskadon, 2011; Del Ciampo, 2012; Gamble, 2014; Munezawa, Kaneita, Osaki, Kanda, Minowa, Suzuki et al., 2011; National Sleep Foundation, 2006).

O padrão de sono entre os dias de semana e fim de semana são distintos nos adolescentes. Durante a semana, os horários escolares obrigam a acordar mais cedo,

reduzindo o tempo na cama e as horas de sono, porém, a necessidade de sono não diminui no decorrer da adolescência (Mesquita & Reymão, 2007). Assim, o tempo insuficiente de sono em dias de semana tende a ser compensado sobretudo nas manhãs do fim-de-semana (Gangwisch, Babiss, Malaspina, Turner, Zammit, & Posner, 2010). Prolongar o sono nas noites de fim-de-semana pode refletir um processo de "recuperação" que os jovens utilizam para compensar o déficit acumulado de sono em dias de semana (Crowley & Carskadon, 2010; Giannotti et al., 2002; Matos, Gaspar, Tomé & Paiva, 2015). Segundo Del Ciampo, este fenómeno é denominado *oversleeping* os adolescentes julgam compensar ao fim de semana as horas em falha durante a semana, contudo não é possível reparar o débito de sono acumulado.

Segundo a International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2 2005), as perturbações de sono encontram-se divididas em 4 grupos principais: Dissónias (dificuldade em iniciar ou manter o período de sono, ou sonolência excessiva), Parassónias (perturbações durante o processo do sono e alterações comportamentais durante o sono, pesadelos, sonambulismo, falar, etc.), Perturbações de sono associadas a doenças neurológicas, médicas ou mentais (todas as perturbações de sono que se desenvolvem na sequência de quadros clínicos) e Perturbações do sono propostas (cuja informação científica sobre as mesmas ainda não permite categorizá-las em nenhum dos grupos anteriores).

A qualidade do sono, também é um aspecto a ter em conta, muitos adolescentes referem acordar várias vezes durante a noite e ter dificuldade em voltar adormecer, o que também traz consequências negativas para o quotidiano dos adolescentes.

A forma mais eficaz para combater os problemas de sono é estabelecer uma higiene de sono adequada. Uma higiene de sono adequada inclui uma rotina na hora de deitar, dormir sozinho, dormir num ambiente confortável, sossegado e não poluído e a diminuição de comportamentos inibidores do sono, como é o caso do consumo de tabaco, cafeína e álcool antes de deitar. Faz ainda parte de uma boa higiene do sono, evitar envolver-se em atividades física, psicológica ou emocionalmente estimulantes, cerca de uma hora antes de deitar (Wolfson, 2002).

Das estratégias de boa higiene do sono já estudadas, as mais eficazes parecem estar relacionadas com a estruturação comportamental, como por exemplo estabelecer uma rotina regular relaxante antes de deitar, evitar o consumo de produtos que

tenham álcool, caféina ou nicotina quatro horas antes de dormir, manter o adolescente longe de atividades estimulantes como estudo intenso, jogos de computador, e programas de televisão violentos, bem como promover um ambiente de sono calmo e confortável, uma rotina regular de exercício físico e dieta saudável (American Academy of Sleep Medicine, 2005; Meltzer, Carskadon & Chervin, 2009; Tan, Healey, Gray & Galland, 2012; Mindell & Meltzer, 2008).

Recentemente, tem surgido opiniões acerca dos horários escolares para o início das aulas que é um factor que afecta muito a actividade dos adolescentes. Um estudo de Owens, Belon e Moss (2010) refere que um ligeiro atraso de cerca de 30 minutos na hora do início das aulas está associado a uma melhoria significativa em medidas de estado de alerta do adolescente, estado do humor e saúde. Os resultados deste estudo suportam potenciais benefícios do ajustamento dos horários escolares às necessidades de sono dos adolescentes, ritmo circadiano e fase de desenvolvimento.

Danos cerebrais pela falta de dormir: perda de memória, falsa memória, raiva, diminuição tamanho cérebro, fala arrastada, inteligência debilitada, dificuldade decisões, alucinações, danos cerebrais.

Dados estatísticos:

Um estudo feito em 2013 por Andreia Santos em Lisboa a alunos do 8º e 9º ano, numa amostra de 164 indivíduos revelam que 57.9% acham que dormem o número de horas suficientes, considerando 50.6% o sono como bastante importante no seu dia-a-dia. Quando questionados sobre as dificuldades que apresentam em adormecer referem maioritariamente estar relacionadas com ansiedade, por problemas com a escola ou a pensar em algo que aconteceu durante o dia. 50% dos adolescentes referem que a hora que vão para a cama durante a semana é por ordem dos pais, sendo que ao fim de semana a maioria 52.6% referem que vão para a cama quando se sentem cansados e com sono, por outro lado em relação ao acordar cedo, durante a semana 51.2% refere que acordam porque os pais chamam por eles e ao fim de semana 66.5% refere que não sabe porque acorda simplesmente acorda. Relativamente às rotinas antes de irem para a cama, ver televisão é o mais frequente, seguido de estar com a família e comunicar com

os amigos. Quando questionados sobre os motivos pelos quais dormem mal a maioria refere que durante a semana é por ansiedade devido a um teste ou problemas da escola (62.2%), sendo que ao fim de semana o motivo é estar na internet ate tarde (71.3%).

Outros estudos realizados em Portugal como o de Moreno, em 2013, com uma amostra de 470 jovens entre os 11 e os 15 anos, mostraram que 60,4% dormiam 8 ou menos horas, sendo que 23% se deitava depois das 23h, Pinto e colaboradoras, em 2012, constataram que 54,1% da sua amostra de jovens entre os 13 e os 18 anos dormiam menos de 8h.

Projecto de intervenção:

- Aplicar questionário sobre os hábitos de sono;
 - Avaliar as respostas ao questionário, perceber e discutir criticamente quais as principais necessidades educativas sobre o sono;
 - Intervir através da formação sobre as principais dificuldades sobre o sono;
- <https://www.youtube.com/watch?v=mIVF1SZ87rM>

Bibliografia

- ✓ Boscolo, A., Sacco, I., Antunes, H., Mello, M., Tupik, S., *Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes*, Revista Portuguesa da Ciência do Desporto, nº 7 (1), 18-25.
- ✓ Cortez, C., *Qualidade do sono, higiene do sono e crenças sobre o sono em adolescentes*, Tese de Mestrado integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, 2014.
- ✓ Del Ciampo, L. (2012). O sono na adolescência. *Adolescência & Saúde*, 9, 2, 60-66.
- ✓ Duarte, J. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental: Universidade do Porto
- ✓ Moreno, T. (2013). Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos, validação em português da “Pediatric Daytime sleepiness scale”(dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.
- ✓ Nunes, M., *A relação entre o sono e o rendimento escolar: estudo com adolescentes de Monção*, Tese de mestrado em Promoção e Educação para a Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2012
- ✓ Pereira, E., Teixeira, C., Louzada, F., *Sonolência diurna excessiva em adolescentes: prevalência e fatores associados*, Revista Paulista de Pediatria. 2010; nº 28 (1); 98-103.
- ✓ Pereira, É, Barbosa, D., Andrade, R., Clauman, G., Pelegrini, A., Louzada, F., *Sono e adolescência: quantas horas as adolescentes precisam dormir*, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2015; nº 64 (1).
- ✓ Rebelo Pinto, T., Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação? *Actas do 12º*

congresso de psicologia e educação, 990-1002

- ✓ Santos, G., *Conhecimentos e crenças dos adolescentes sobre o sono*, Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, 2016.
- ✓ Santos, A., *O sono e o rendimento académico em adolescentes portugueses*, Tese de Mestrado em Psicologia, Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, sociais e da vida;

