



# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

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

Eduarda Manuela Cardoso da Costa Bastos

Abril de 2013





# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

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

Por Eduarda Manuela Cardoso da Costa Bastos  
Sob orientação de Mestre Constança Festas

Abril de 2013



## RESUMO

Este trabalho surge no decorrer da Unidade Curricular Relatório, parte integrante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Serve o presente relatório para descrever as aprendizagens e aquisição de competências, bem como proporcionar reflexão sobre o ocorrido, na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família durante os três momentos proporcionados de partilha de experiências e aquisição/melhoria de competências na área de Saúde Infantil e Pediátrica. Estes momentos de promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e de doença efetivaram-se em diferentes contextos de assistência, nomeadamente no Serviço de Cuidados Neonatais do Hospital de Braga e no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de S. João EPE (Módulo III); no Serviço de Pediatria (Módulo II) do Hospital de Braga e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Verde (Módulo I), entre os dias 24 de maio de 2012 e 02 de fevereiro de 2013. Descrevo, também, experiências anteriores relevantes que me possibilitaram aquisição prévia de determinadas competências. Como forma de descrever o meu percurso elaborei este portfólio usando uma metodologia descritiva, apoiada em pesquisa bibliográfica, tendo como estratégias a reflexão e análise individual, finda a qual concluo ter atingido os objetivos propostos e adquirido as competências exigidas a uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

**Palavras Chave:** Enfermeiro Especialista; Criança; Adolescente; Família; Competências; Domínios.



## **AGRADECIMENTOS**

No final de um caminho percorrido, olho para trás e analiso o meu percurso. Ao fazê-lo não lembro o cansaço, o desânimo que por vezes teimava em aparecer, nem tão pouco as dificuldades que senti. Veem-me à memória os momentos prazerosos em que aprendi e cresci.

Para que todo este processo, com altos e baixos, tomasse forma tive ao meu lado pessoas às quais não posso deixar de agradecer:

- À Professora Constança Festas, pelo incentivo, orientação e disponibilidade;
- Aos Tutores que me acompanharam nas diferentes fases do estágio, com disponibilidade e partilha de saberes;
- Aos utentes, que me proporcionaram momentos de aprendizagem;
- Aos meus Pais, pelas vezes que me substituíram, sempre com palavras de apoio;
- Ao Pedro, pela paciência e apoio incondicional;
- À Beatriz e à Matilde, por “compreenderem” os momentos de ausência, as brincadeiras adiadas e histórias por contar.

A todos, um sincero obrigada!



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ATL – Acompanhamento de Tempos Livres  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CMVV – Câmara Municipal de Vila Verde  
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EADMSM – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary-Sheridan Modificada  
EE – Enfermeiro Especialista  
EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica  
ELI – Equipa Local de Intervenção  
ESIP - Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica  
HB – Hospital de Braga  
HTA – Hipertensão Arterial  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
JCI – Joint Commission Internacional  
MESIP – Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
NACJR - Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco  
PCR – Paragem Cardiorrespiratória  
PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce  
PNV – Plano Nacional de Vacinação  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SBV – Suporte Básico de Vida  
SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem  
SIJ – Saúde Infantil e Juvenil  
SP – Serviço de Pediatria  
SU – Serviço de Urgência  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCP – Universidade Católica Portuguesa  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
VASPR – Vacina anti Sarampo Parotidite e Rubéola



## Índice

1 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR RELEVANTE .....	15
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NA ÁREA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA .....	19
2.1 - Módulo I – Assistência à criança/família em contexto de Saúde Infantil .....	19
2.2 - Módulo II – Assistência à criança/família em Serviços de cirurgia e medicina em contextos de doença aguda e crónica.....	20
2.3 - Módulo III – Assistência à criança/família em Serviços de Urgência e Serviços de Neonatologia .....	21
3 – COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	23
3.1 – Domínio da Prestação de Cuidados.....	24
3.2 – Domínio da Formação em Enfermagem .....	53
3.3 – Domínio da Gestão em Enfermagem .....	54
3.4 – Domínio da Investigação em Enfermagem .....	64
4 – CONCLUSÃO .....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
Anexos .....	75
Anexo I – Plano de Estudos .....	77
Anexo II – Regulamento Geral.....	83
Anexo III – Pedido Creditação .....	99
Anexo IV – Cronograma de Estágio .....	103
Anexo V – Serviço de Pediatria .....	107
Anexo VI – Serviço de Urgência Pediátrica .....	111
Anexo VII – Descrição Serviço de Neonatologia.....	115
Anexo VIII – Projeto de Estágio .....	119
Anexo IX – Tabelas Desenvolvimento Mary Sheridan.....	163
Anexo X – Orientação da DGS (Dor).....	173
Anexo XI – Folheto NACJ .....	177
Anexo XII – Folheto ELI.....	181
Anexo XIII – Referenciação ELI .....	185
Anexo XIV – Critérios Elegibilidade .....	189
Anexo XV – Avaliação de Desenvolvimento .....	195
Anexo XVI – Foto .....	201
Anexo XVII – Tabelas de Medicação Paracetamol .....	205
Anexo XVIII – Tabelas de Medicação Ibuprofeno.....	209

Anexo XIX – Orientação técnica sobre avaliação da dor nas crianças .....	213
Anexo XX – A dor como 5º Sinal Vital .....	225
Anexo XXI – Competências precoces na alimentação oral do RN.....	231
Anexo XXII – Guia de Avaliação Inicial.....	237
Anexo XXIII – Guia Acolhimento HB .....	241
Anexo XXIV – Adenda ao Guia de Acolhimento HB .....	245
Anexo XXV – Guia de acolhimento para a criança .....	249
Anexo XXVI – Guia de acolhimento para adolescentes .....	253
Anexo XXVII – Política de Acolhimento HB .....	257
Anexo XXVIII – Procedimento Específico das Necessidades Específicas da Criança no que refere à Alta.....	263
Anexo XXIX – Declaração de Alta da Criança .....	269
Anexo XXX – Diapositivos sessões SBV.....	273
Anexo XXXI – Diapositivos Atuação em caso de Emergência.....	283
Anexo XXXII – Diapositivos sessão sobre Diabetes e HTA.....	293
Anexo XXXIII – Folha de vigilância contínua do RN .....	301

## 0 - INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no decorrer da Unidade Curricular Relatório, parte integrante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa- Porto. Esta Unidade Curricular é constituída por 3 momentos de estágio, servindo o presente relatório para descrever as aprendizagens e aquisição de competências, bem como proporcionar reflexão sobre o ocorrido.

O estágio pretende ser um momento em que há a possibilidade de adquirir novas competências, ou aperfeiçoar outras já alcançadas no decorrer de experiências anteriores. Este processo valida a importância do estágio como forma de demonstrar uma prática solidificada em determinada área. Para dar cumprimento a esta afirmação, no plano de estudos (Anexo I), são delineados objetivos gerais, de onde emergem uma série de competências que se pretendem concretizar no decorrer do estágio. Estes objetivos pretendem definir as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP):

- 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.

Como forma de descrever o meu percurso elaborei este portfólio usando uma metodologia descritiva, apoiada em pesquisa bibliográfica, tendo como estratégias a reflexão e análise individual. Início o 1º capítulo com a descrição de experiências anteriores relevantes, no 2º capítulo apresento uma breve contextualização do estágio e no 3º capítulo descrevo as competências desenvolvidas ao longo do mesmo, divididas pelos domínios da prática de enfermagem, onde aponto os objetivos a que me propus, juntando uma reflexão crítica acerca das oportunidades de aprendizagem e observações. Por fim apresento uma conclusão do meu percurso.

Com este documento pretendo:

- Elaborar um instrumento de consulta que serve de guia reflexivo do meu percurso;
- Descrever, de forma crítica, as atividades desenvolvidas durante o Estágio;
- Favorecer uma reflexão crítica sobre as competências do EESIP;
- Desenvolver a minha capacidade de reflexão e pensamento crítico;
- Dar resposta a uma solicitação pedagógica, construindo um instrumento de avaliação.

## 1 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR RELEVANTE

Segundo o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional (Anexo II) e “*Considerando o previsto no artigo 45º do Decreto-lei 74/2006, os (...) que tenha contribuído para as competências a desenvolver, poderão requerer a sua creditação no curso de mestrado a que se candidatam*”. Assim o fiz, através de requerimento no ato da candidatura, pedindo creditação ao Módulo II, estágio desenvolvido em “*Unidades de Saúde com objectivos de tratamento de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos*.” (Anexo III)

Foi-me concedida creditação à componente cirúrgica do estágio, pelas competências que demonstrei ter já adquirido e que passo a descrever sumariamente.

Iniciei atividade na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos – Braga em outubro de 2004, local onde permaneci até junho de 2010. Até esta data, trabalhei durante três anos no Serviço de Medicina do Hospital do Divino Espírito Santo – São Miguel (2000-2003) e um ano no Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santo António – Porto (2003-2004).

Apesar de os cuidados prestados nestes dois serviços serem maioritariamente destinados a adultos, tive diversas oportunidades de cuidar de crianças/adolescentes. Devido à especificidade dos cuidados, aprofundei conhecimentos, mantendo continuamente e de forma autónoma o meu auto desenvolvimento, gerindo adequadamente toda a informação e experiências anteriores. Melhorei também as minhas habilidades de comunicação com a criança, que levam a uma exigência de tríade comunicacional, entre criança, enfermeiro e família.

O Serviço de Medicina Interna acolhia adolescentes com idade igual e superior a 16 anos, com patologias diversas, essencialmente do foro respiratório e infeccioso. No Serviço de Endocrinologia tive oportunidade de cuidar de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus inaugural, com todos os tratamentos inerentes e ensinamentos posteriores à criança/adolescente e sua família.

Apesar de toda a experiência que tive com cuidados a crianças/adolescentes até então, foi na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia que houve maior oportunidade. Aí tive o prazer de acolher e cuidar de crianças de diversas idades, com patologia do foro neurológico e/ou traumático. Eram crianças que, muitas vezes, necessitavam de cuidados cirúrgicos, sendo as patologias mais frequentes: a Hidrocefalia de variadas etiologias; as Malformações Artéριο Venosas; as Craneostenoses; a Epilepsia (mais frequentemente de origem pós traumática); Traumatismos Cranio Encefálicos; Neoplasias Cerebrais; Aneurismas, entre outros menos frequentes.

A Unidade de Cuidados de Neurocirurgia tinha uma taxa de ocupação máxima para 42 doentes, sendo que 5 eram destinadas a cuidados intermédios pós cirúrgicos e 6 a cuidados intermédios gerais.

Grande parte das crianças/adolescentes politraumatizados, onde a abordagem multidisciplinar e vigilância exigida não permitia o internamento no serviço de Pediatria (e não necessitavam de Ventilação Mecânica Invasiva), ficavam sob vigilância na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia.

A vigilância destas crianças/adolescentes afetadas por problema neurocirúrgicos, que até podem parecer menos desafiantes, era crucial e muito exigente do ponto de vista teórico pela antecipação e alerta para alterações específicas que podem fazer a diferença na evolução favorável das mesmas. Apesar de terem uma componente Neurocirúrgica, as crianças/adolescentes politraumatizadas tinham, por diversas vezes, uma panóplia de alterações que exigiam os cuidados de diversas especialidades como Medicina Interna; Cirurgia; Oftalmologia; Ortopedia; Medicina Física e Reabilitação e Psicologia, sendo que umas eram mais imediatas e outras de acompanhamento mais tardio. Este facto impôs uma atualização teórica constante, em diversas áreas, para que pudesse prestar cuidados de qualidade tanto ao doente como à sua família. Por outro lado incutiu em mim uma capacidade de trabalhar em multidisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Para além da componente traumática, prestei cuidados a crianças/adolescentes com alterações neurocirúrgicas de carácter neoplásico. Este grupo foi também muito exigente, mais a nível emocional. Por diversas vezes conhecia-as ainda no início do diagnóstico e acompanhava-as no seu final, quando os cuidados eram meramente paliativos. A carga psicológica é grande nos adultos, mas nas crianças penso que ainda é maior, não esquecendo o apoio que tem de ser dirigido à família, exigindo da minha parte uma metodologia de trabalho eficaz e primazia no estabelecimento de relação terapêutica. O stress com que os familiares lidam numa situação de internamento é tanto maior quanto mais grave for o motivo do mesmo. Nestes momentos usei sempre a disponibilidade, a escuta e a empatia, para estabelecimento de relação, para que os familiares e a própria criança sentissem, em mim, uma atitude recetiva, empenhada e de esperança.

Os cuidados nestas condições eram mais abrangentes, pois eram prestados cuidados globais às crianças/adolescentes e suas famílias, que eram incentivados a participarem na prestação dos cuidados, capacitando-os de respostas às novas necessidades dos seus filhos e situação familiar. Para tal havia exigências acrescidas para um cuidado humanizado, voltado para o ensino, onde eram comunicados aspetos complexos, adequados e atuais num relacionamento terapêutico e de comunicação eficaz.

Durante estes anos em que desempenhei funções na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos – Braga fui, por diversas vezes, responsável de turno, proporcionando-me não só a função de gestora de cuidados, como gestora de recursos humanos e material. Este papel proporcionou-me momentos de reflexão e análise de diversas situações, de forma crítica, para melhor liderar a equipa e executar supervisão, zelando pelos cuidados.

Fui também orientadora de alunos em estágio de integração à vida profissional e ainda responsável pela integração de novos elementos de Enfermagem, promovendo o desenvolvimento dos pares.

Tive ainda oportunidade de ser formadora em serviço e para a população em geral, numa perspetiva de promoção e prevenção na Saúde, avaliando as necessidades formativas e promovendo a formação que as colmatasse.

Penso ter demonstrado a aquisição de competências justificativas de uma creditação na assistência à criança/adolescente e sua família, com problemas do foro cirúrgico.



---

## **2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NA ÁREA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Os estágios têm como meta “*complementar a formação teórico-prática nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias*”. (Vasconcelos, Eduardo, 1992) Pretende-se que seja um momento em que há a possibilidade de adquirir novas competências, ou aperfeiçoar outras já demonstradas no decorrer de experiências anteriores, levando à afirmação da importância da sua concretização como forma de demonstrar uma prática solidificada em determinada área.

Assim sendo, e segundo o plano de estudos (Anexo I) “*O Estágio é realizado em serviços de enfermagem e unidades de saúde protocoladas com a UCP/ESPS que oferecem condições para a realização do mesmo e será simultaneamente orientado por um professor da área e tutorado por enfermeiros especialistas com experiência profissional relevante em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.*” (UCP, 2009)

Este estágio é dividido em três momentos (módulos), cada um correspondendo a 10 ECTS. No total são contabilizados 30 ECTS, com uma carga horária total de 750 horas, 540 das quais de contacto. As restantes horas são consideradas de trabalho individual e reflexivo do aluno. O período de realização do estágio consta do Cronograma de Estágio do 5º Mestrado em Enfermagem SI, (Anexo IV)

Foram três os momentos proporcionados de partilha de experiências e aquisição/melhoria de competências na área de SIP, que descrevo.

Módulo I – Assistência à criança/família em contexto de Saúde Infantil, realizado na UCC de Vila Verde, entre 26 de novembro de 2012 e 2 de fevereiro de 2013;

Módulo II – Assistência à criança/família em Serviços de Cirurgia e Medicina em contextos de doença aguda e crónica, realizado no Serviço de Pediatria do Hospital de Braga, entre os dias 29 de outubro e 24 de novembro de 2012;

Módulo III – Assistência à criança/família em Serviços de Urgência e Serviços de Neonatologia, realizado no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de São João EPE, entre os dias 24 de maio e 23 de junho de 2012 e no Serviço de Neonatologia do Hospital de Braga, de 23 de abril a 23 de maio de 2012.

### **2.1 - Módulo I – Assistência à criança/família em contexto de Saúde Infantil**

Segundo o plano de estudos (Anexo I), este módulo realiza-se “*predominantemente em Unidades de Saúde com objectivos de prevenção e promoção de saúde familiar (preferencialmente centros de saúde), com passagem por consultas externas, centros de reabilitação e desenvolvimento (serviços de apoio a crianças com necessidades especiais).*” (UCP, 2009)

O local por mim escolhido foi o Centro de Saúde de Vila Verde, Braga. Esta escolha prendeu-se, principalmente, pela sua localização geográfica. O facto de poder estar mais perto de casa e do meu local de trabalho deixou-me mais segura no que respeita ao tempo que teria disponível para as horas de trabalho individual. Tal escolha, no entanto, não foi tomada de ânimo leve, pois só se tornou real depois de confirmada a qualidade do local de estágio, por já ter sido campo de estágio de alunos anteriores.

O Centro de Saúde de Vila Verde pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Cávado II - Gerês/Cabreira, com sede na Rua Dr. Domingos Oliveira Lopes - Vila Verde e tem como coordenador o Dr. Raul António Barbosa Varajão Borges. Abrange a população de todas as freguesias do concelho de Vila Verde, distrito de Braga e tem 8 extensões de saúde associadas: Extensão de Saúde Cervães; Unidade de Saúde Familiar Prado; Unidade de Saúde Familiar Pro-Saúde; Unidade de Saúde Familiar Vida +; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Terra Verde - Pólo Portela do Vade; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Terra Verde - Pólo Pico Regalados; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sá de Miranda - Pólo Ribeira do Neiva; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sá de Miranda - Pólo Escariz. (DGS, 2012)

A população abrangida não é predominantemente jovem, como na generalidade dos concelhos de Portugal, sendo que em 2001, nos últimos dados estatísticos analisados “o agrupamento compreendido entre os 0 e os 14 anos de idade corresponde a cerca de 19.65% da população total (...), A classe entre os 15 e os 24 anos representa cerca de 16.83% da população total (...)”. (Verde) No entanto, segundo os últimos Censos de 2011, a população neste local tem aumentado, de 203,3 (em 2001) para 216,2 habitantes por Km<sup>2</sup>, dados do Instituto Nacional de Estatística.

A equipa de enfermagem da UCC é constituída por três Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, três Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, duas Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e a coordenadora da UCC.

## **2.2 - Módulo II – Assistência à criança/família em Serviços de cirurgia e medicina em contextos de doença aguda e crónica**

Segundo o plano de estudos (Anexo I), este módulo realiza-se “em Unidades de Saúde com objectivos de tratamento de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos.” (UCP, 2009)

O local que seleccionei foi o Serviço de Pediatria, do Hospital de Braga. Mais uma vez, esta escolha prendeu-se essencialmente com a localização geográfica do local. O facto de ser no mesmo Hospital onde desempenho a minha atividade profissional traz vantagens, acima de tudo económicas e de tempo. Outra vantagem que poderia advir desta escolha é o acompanhar as crianças e suas famílias que já conheço, por darem entrada no Hospital

através do Serviço de Urgência, onde trabalho. Como são crianças e famílias com a mesma realidade geográfica da minha, poderia também trazer vantagens.

O Hospital de Braga é um estabelecimento integrado na rede do Sistema Nacional de Saúde e gerido pelo Grupo José de Mello Saúde, no âmbito do Programa de Parcerias Público Privadas, inaugurado a 9 de maio de 2011. Tem como área de influência os distritos de Braga e Viana do Castelo, servindo como hospital de primeira linha para os concelhos de Braga, Amares, Pova de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde e como Hospital de segunda linha para a área remanescente daqueles dois distritos. Sendo um hospital central abrange uma área de cerca de 1.100.000 habitantes, para algumas especialidades e serve diretamente uma área de 274.769 utentes (ARS, 2013).

Este hospital pretende ser um espaço criado para prestar os melhores e mais inovadores cuidados de saúde com tecnologia de última geração, obedecendo a cinco valores principais, enumerados no seu regulamento interno (Rosa, 2011).

- Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa;
- Desenvolvimento humano;
- Competência;
- Inovação;
- Responsabilidade.

O Serviço de Pediatria situa-se no 5º piso do edifício, na ala E. É constituído por 30 camas, com uma equipa de 17 Enfermeiros, 6 dos quais com EESIP e 10 Assistentes Operacionais. Poderá ser consultada informação mais detalhada no Anexo V.

### **2.3 - Módulo III – Assistência à criança/família em Serviços de Urgência e Serviços de Neonatologia**

Segundo o plano de estudos (Anexo III), este módulo realiza-se-á “*em unidades de saúde de Urgência e unidades de Neonatologia, com objectivos de tratamento de crianças com estes problemas de saúde.*” (UCP, 2009)

O Serviço de Urgência Pediátrica do HSJ, E.P.E. faz parte da Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP), abrangendo uma população até completarem os 18 anos de idade, com uma rede de referência hospitalar de 26 freguesias do concelho do Porto (Bomfim; Campanhã; e Paranhos), da Maia (Águas Santas; Barca; Castelo de Maia; Folgosa; Gemunde; Gondim; Gueifães; Maia; Milheirós; Moreira; Nogueira; Pedrouços; Santa ária de Avioso; São Pedro de Avioso; São Pedro Fins; Silva Escura; Vermoim; Vila Nova da Telha) e Valongo (Alfena; Campo; Ermesinde; Sobrado; Valongo). Uma descrição mais abrangente pode ser consultada no Anexo VI.

Para muitas especialidades e áreas do saber médico é a última instância no país em termos de diagnóstico e tratamento. Todas estas qualidades assistenciais acarretam a possibilidades de experiências positivas, enriquecedoras e gratificantes, que influenciaram a minha escolha. Também o facto de este serviço ter implementado o Sistema de Triagem Pediátrica CTAS (*Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*) aumentou a minha curiosidade pois, na minha prática diária, utilizo a Triagem de Manchester.

O Serviço de Neonatologia está inserido no Hospital de Braga, descrito anteriormente. Para a especialidade de Neonatologia, este hospital serve de atendimento de primeira linha para as zonas de Braga, Gerês, Esposende, Barcelos e como segunda linha para locais como Guimarães, Terras de Basto e Famalicão. O Serviço de Neonatologia situa-se no quinto andar do pólo F, mesmo piso onde se encontra a Urgência de Obstetrícia; Bloco Operatório de Obstetrícia; Bloco de Partos; Obstetrícia Internamento; Pediatria Internamento e, futuramente, a Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos.

O Serviço tem uma capacidade para 20 incubadoras e encontra-se descrito em Anexo VII.

### 3 – COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No decorrer da componente teórica deste curso, são adquiridos diversos conhecimentos teóricos, que apenas se tornam válidos quando devidamente aplicados. Deixa-se assim um paradigma de mera transmissão-aquisição e passa a haver necessidade de demonstrar as competências treinadas. Serve o estágio para aplicar as competências adquiridas ou aperfeiçoadas e este relatório para descrever a forma como foram aplicadas e refletidas.

Enfermeiro Especialista é definido, pela OE como sendo um “...*enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.*” (OE, 2012) Seguindo este fio condutor, é meu objetivo trabalhar “*em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível...*” (DR, 2011). Quando me refiro a criança, refiro-me ao que é determinado como “*espaço de intervenção (...) o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. (...) mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.*” (DR, 2011)

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem do ICS da UCP (Anexo I) define quais as competências a desenvolver, para que seja possível obter o Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Foram estas competências que tento agora demonstrar aquisição, e que apliquei na prestação de cuidados especializados na área da SIP, durante o Estágio.

Como forma de planear e guiar o meu percurso de estágio, elaborei um projeto de estágio (Anexo VIII), onde defini os objetivos e atividades que iriam pautar os diferentes módulos. Durante o decorrer dos mesmos e após tomar conhecimento das diferentes realidades, os objetivos foram sendo ajustados e as atividades reformuladas, para que as competências fossem atingidas.

Dividi os meus objetivos específicos pelos quatro domínios da prática de Enfermagem, que me parecem demonstrar a verdadeira afirmação do EESIP, na qualidade da sua ação. São estes: Prestação de Cuidados; Gestão de Cuidados; Formação e Investigação. Para cada objetivo apresento as competências adquiridas ou aperfeiçoadas, as atividades para a concretização dos mesmos e finalmente uma reflexão que elucida como foram desenvolvidas as atividades e com que finalidade.

A ordem em que foram colocados os domínios e mesmo os objetivos, não pretende demonstrar preferências, sendo totalmente aleatória.

## 3.1 – Domínio da Prestação de Cuidados

Embora a atuação do EE possa ser vista de diferentes prismas e campos de atuação, não podendo haver dissociação de domínios, é na prestação dos seus cuidados que o mesmo deve evidenciar-se pois “*A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias ...*” (DR, 2011). Entendo estes cuidados de nível avançado com fazendo parte de “*uma enfermagem avançada: que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas ...*” (Silva, Abel Paiva e, 2006), cuidados estes pelos quais devemos lutar e demonstrar orgulho pela sua boa prática.

- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- 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;
- 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.

### Objetivo

**Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem à criança/jovem e sua família, em contexto de vigilância e promoção do desenvolvimento e promoção da saúde, aquando das consultas de Saúde Infantil.**

### Atividades

- Realizei pesquisa bibliográfica sobre os cuidados em consultas de saúde infantil;
- Observei os cuidados prestados, nas consultas de Saúde Infantil;

- Prestei cuidados de enfermagem especializados, à criança/jovem e sua família, aquando das consultas de Saúde Infantil.
- Demonstrei disponibilidade e usei escuta ativa no atendimento às crianças e seus Pais/Cuidadores;
- Promovi os cuidados antecipatórios, nas consultas de Saúde Infantil.

## Reflexão

A dinâmica da atuação de enfermagem, na prestação de cuidados primários foi, sem dúvida, um desafio para mim, por se mostrar tão diferente da minha realidade profissional. Não me deixando atemorizar, parti para a busca de conhecimentos que me permitiram dar resposta ao exigido.

O primeiro passo para atingir este objetivo foi a pesquisa bibliográfica sobre o tema. Tentei sempre o conhecimento em fontes atuais e fiáveis. Depois tive oportunidade de aplicar os meus conhecimentos na realização das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

Para me guiar na execução das consultas, foi de grande utilidade as experiências partilhadas pelas colegas, bem como a leitura do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, de junho de 2012. Neste documento, pude lembrar aspetos como: objetivos dos exames de saúde, para me deixar alerta para os aspetos fundamentais a ter em conta; a periodicidade das consultas, que são uma referência sujeita a alterações se assim se justificar e mostra as alterações relativas ao plano anterior; os conteúdos a abordar em todas as consultas, transversais a todas as idades e os específicos das idades chave. Neste valioso documento ainda me foi útil a esquematização das curvas de crescimento adotadas, as regras para o transporte de crianças desde a alta da maternidade, bem como a explicação da utilização da Escala de Avaliação do desenvolvimento de Mary-Sheridan Modificada.

Como a UCC não realiza consultas de SIJ, foi-me dada a possibilidade de as realizar na USF que, em termos físicos, partilha a estrutura física do edifício, tendo administração e orgânica separada. Fui agradavelmente recebida e apoiada.

As consultas de SIJ constituíram momentos únicos de aprendizagem e contato direto com as crianças/jovens e suas famílias, o que permitiu o desenvolvimento das minhas competências relacionadas com a vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças/jovens e de suas famílias.

As consultas de SIJ são efetuadas em salas aprazíveis, espaçosas, com luminosidade natural, bem equipadas e levadas a cabo por Enfermeiras Generalistas, com anos de experiência.

Tive oportunidade de participar em consultas de SIJ a crianças/jovens, dos 2 meses aos 17 anos de idade. Nestas tive possibilidade de recolher os parâmetros antropométricos como o peso; a estatura e o perímetro cefálico mas também tive em atenção outros parâmetros como os dentes; a visão; a audição; a alimentação; a vacinação (atividade descrita

posteriormente); a linguagem; a tensão arterial; a marcha; a postura; o estado pubertário e o desenvolvimento. Este último parâmetro era avaliado usando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary-Sheridan Modificada (EADMSM) que, juntamente com os restantes parâmetros eram registados no sistema informático SAPE (Anexo IX).

Analisando, penso que um EESIP valorizaria estas avaliações feitas, mas não centrava as consultas nelas. Tentaria, como eu fiz, abordar mais os aspetos do desenvolvimento e a capacitação da criança para as novas aquisições; a posição de dormir; as regras de segurança (rodoviária, casa, brinquedos); a alimentação saudável e o exercício físico; o estado da criança/jovem na creche ou escola; o comportamento em casa e na escola; o que fazer em caso de pequenos acidentes; como atuar na febre; as amizades; os consumos nocivos; a sexualidade, consoante o aplicável à idade.

Não quero transmitir a impressão que as consultas de SIJ não eram bem realizadas pois, durante a sua realização os parâmetros, anteriormente descritos, eram corretamente colhidos e as dúvidas dos pais colmatadas. Foi até agradável surpresa a relação de confiança que existia entre os familiares, crianças e os profissionais de saúde e mesmo entre os próprios profissionais de saúde (reporto-me à confiança dos médicos na avaliação feita antecipadamente pelo enfermeiro).

Usei sempre uma atitude de disponibilidade para as dúvidas e anseios, bem como a aceitação de crenças no meu contacto com as crianças/jovens e seus familiares. Isto permitiu uma aceitação da minha presença e mesmo estabelecimento de confiança, apesar do pouco tempo que lá permaneci.

Outro pormenor que penso ter sido oportuno da minha parte, foi o incentivo à leitura do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e o uso do espaço para “Dúvidas e preocupações dos pais”. Ao lerem o respetivo boletim, podem recordar os temas que foram abordados, as observações efetuadas e as recomendações aos pais até à próxima consulta. Notei que a maioria das mães desconhecia o conteúdo do boletim e agiam com surpresa ao facto de poderem escrever, elas próprias, num livro que julgam ser do médico e enfermeiro.

No geral, não senti dificuldades na realização das consultas de SIJ, cumprindo os temas a bordar, as avaliações necessárias e o timing definido para a consulta.

## Objetivo

**Promover a prevenção da doença, através do cumprimento da calendarização do Plano Nacional de Vacinação.**

## Atividades

- Realizei pesquisa bibliográfica sobre a vacinação, PNV, cuidados de conservação e administração, bem como sobre os cuidados pós administração;
- Procedi à vacinação de crianças/jovens, em contexto de consulta de Saúde Infantil;

- Realizei ensinamentos, aos cuidadores, sobre efeitos benéficos, efeitos secundários e cuidados pós vacinação;
- Desmistifiquei, junto das crianças, o processo de vacinação.

## Reflexão

*“As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico. ...O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal.” (DGS, 2012)*

No decorrer das consultas de SIJ, era realizada a vacinação às crianças com idade correspondente à calendarização das vacinas. Não querendo descorar a necessidade de uma boa técnica de administração da vacina, nem o controle da dor durante a administração, a minha atuação foi mais no sentido de explicar aos pais: quais as doenças que estão a ser prevenidas com determinada inoculação; os cuidados a ter depois da administração, como os cuidados à dor e inflamação do local; despertá-los para as possíveis ocorrências, como a febre e como atuar no caso de aparecer e a atenção para os sinais de alarme.

Sempre elogiei o cumprimento do PNV e questionava se o PNV da restante família estava atualizado, aproveitando o momento de ensino e incentivo ao cumprimento do PNV, mesmo no caso dos adultos. Considero todos estes aspetos indissociáveis da administração em si, tendo todos a finalidade de ganhos em saúde.

Antes da inoculação, era sempre feita a avaliação global da criança/jovem, de forma a detetar possíveis contraindicações à administração. Não posso deixar de relatar a atenção das enfermeiras da USF que, ao prestarem cuidados à família, tinham ficado a saber da gravidez da mãe, que entretanto levava a sua criança de 5 anos à consulta. Como a grávida não tinha imunidade adquirida para o Sarampo, a vacina VASPR não foi administrada à criança por se tratar de uma vacina viva atenuada. Só um conhecimento aprofundado sobre o tema e relação com a família permitiu tal cuidado.

Pude validar e cumprir os cuidados efetivos com o armazenamento e refrigeração das vacinas, com frigorífico específico, com controle de temperatura; a correta técnica de administração, e do respeito pelo local preconizado para cada inoculação, bem como o registo cuidado no Registo de Vacinações, do Boletim Individual de Saúde e simultaneamente no SINUS/SAPE.

A dor, no processo de vacinação, foi por mim tida em conta através da utilização de técnicas como a amamentação, a preparação; a distração; a sucção não nutritiva e o reforço positivo, conforme a orientação da DGS sobre o controle da dor em procedimentos invasivos nas crianças (Anexo X). Penso que são técnicas de tão fácil utilização, que não haverá desculpas válidas, para a sua não utilização. Verifiquei que, nem sempre, eram aproveitadas estas técnicas. Este processo doloroso era, propositadamente deixado para o final da consulta de SIJ, para não alterar a receptividade à consulta, por parte da criança.

Durante o estágio, com todos os cuidados descritos anteriormente, tive oportunidade de administrar as vacinas: VASPR; Hep B; DTPHibVIP; Prevenar; Rotarix; MenC; DTPHib; VIP e Td. Foi sem grande dificuldade que realizei esta atividade.

## Objetivo

**Promover os direitos da criança e jovens, protegendo a sua segurança, através da participação no NACJR.**

## Atividades

- Realizei pesquisa bibliográfica sobre o NACJAR; sua constituição, objetivos e organização;
- Particpei numa reunião do NACJR, percebendo a sua organização.

## Reflexão

O NACJR teve início no desenvolvimento de um projeto de intervenção sobre crianças e jovens em risco tendo por base a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em perigo. Formada por uma equipa multidisciplinar (na qual se integra um enfermeiro), goza de autonomia organizativa e técnica, articulando-se com estruturas e setores como a saúde, a educação, a segurança social, IPSS, forças de segurança, CPCJ, tribunais entre outros (Anexo XI).

Com a participação neste tipo de intervenção, pude constatar diferentes estados de risco em que se encontram as crianças e jovens da área de abrangência do projeto. Na sua maioria crianças negligenciadas pelos cuidadores, com absentismo escolar, pobreza, pobres condições habitacionais, violência doméstica e consumos de substâncias nocivas no seio familiar.

A tentativa desta equipa passa pela sensibilização dos profissionais para a problemática, obter conhecimento de casos ocorridos em utentes da área, prestar consultadoria às equipas, mobilizar recursos internos para assegurar o acompanhamento e colaborar com outros projetos, nomeadamente a CPCJ.

Pude constatar a dinâmica utilizada para reunir todos os recursos para a resolução dos casos, com grande eficácia, empenho e capacidade de trabalho em equipa, podendo mesmo dizer transdisciplinaridade.

Tive ainda oportunidade de participar em mais dois projetos, que poderão englobar-se na satisfação deste objetivo, a CPCJ e a ELI.

Particpei numa reunião da CPCJ onde existem técnicos de diferentes áreas (saúde, educação, segurança social, cooptados, associação de pais, psicologia e representantes do município, segurança pública), muito dinâmicos e empenhados na proteção das crianças e jovens. Como são profissionais de diferentes áreas, podem colaborar com os seus conhecimentos específicos, enriquecendo tanto as intervenções como o desenvolvimento pessoal dos intervenientes, tendo-se tornado um verdadeiro momento de aprendizagem e

transdisciplinaridade. Havendo não só aspetos positivos, fiquei sensibilizada para o número de crianças/jovens e famílias que são sinalizadas e ainda mais impressionada com os casos relatados. Felizmente a taxa de sucesso é positiva.

A sinalização dos casos trabalhados podem vir de diferentes vias como a sinalização de uma escola, de um familiar ou vizinho, da própria criança ou de uma denúncia anónima. Após a sinalização, a criança é avaliada do ponto de vista do risco que corre e é planeada a intervenção conjunta com a família e escola, após obtenção de autorização e assinatura do contrato de ação. Este contrato escrito é delineado e celebrado, em conjunto, com as pessoas intervenientes (pais, escola) com a função de criar e pôr em prática estratégias que permitam a segurança do desenvolvimento daquela criança/jovem. É também estabelecida uma data de avaliação do cumprimento do contrato, onde é validado o seu cumprimento ou estabelecidas novas formas de atuação. Quando cessa a situação de perigo, deixa de haver intervenções diretas na criança/jovem e família, havendo lugar a uma observação mais distante e nova sinalização se necessário, com novo processo interventivo. Caso não haja cumprimento das soluções acordadas e a situação de risco se mantenha ou se, por outro lado, a situação se agrava o processo é encaminhado para uma instância superior, o Tribunal de Menores.

A intervenção precoce foi também uma das áreas em que investi. Foi-me dada oportunidade de assistir a intervenções levadas a cabo pela ELI. Integro esta atividade, não planeada anteriormente neste objetivo, pois considero que ao existirem alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, a criança estará em risco.

As ELI apareceram através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi), que por sua vez surgiu na sequência dos princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009.

As ELI são constituídas por equipas pluridisciplinares, com base em parcerias institucionais, envolvendo vários profissionais como educadores de infância; enfermeiros; médicos; assistentes sociais; psicólogos; terapeutas.

A sua ação é: identificar crianças e famílias elegíveis; vigiar e encaminhar as crianças e famílias não imediatamente elegíveis, mas que apresentem fatores de risco; executar o PIIP das crianças elegíveis; identificar e articular recursos viáveis e ainda assegurar processos de transição seguros (Anexo XII). A idade de ação termina aos 6 anos, altura em que é feita a transição.

O primeiro passo é dado através do preenchimento da ficha de referência (Anexo XIII). A elegibilidade é feita através de critérios pré definidos (Anexo XIV) e, após a avaliação da criança e seu perfil através do Teste de Avaliação de Desenvolvimento, adaptado de "Schedule of Growing Skills II" (Anexo XV) é feito o PIIP. O PIIP faz o registo dos encontros entre a equipa e a criança/família; descreve sumariamente as relações familiares e rede de apoio; aponta as preocupações da família (são estes aspetos preocupantes para a família, os que vão ser trabalhados); avalia a criança do ponto de vista cognitivo, motor, motricidade fina,

comunicação/linguagem, autonomia, socialização, comportamento. São então, juntamente com a família, delineados objetivos específicos e estratégias para o seu atingimento. Todo este processo é moroso, envolve mais que um elemento da equipa e pode tornar-se cansativo e intimidante para a criança em questão. Cabe aos elementos integrantes a sensibilidade e cuidado para que todas estas possibilidades sejam minimizadas. Todas as intervenções são planeadas com o consentimento da família e levadas a cabo no próprio domicílio da criança, estabelecimento de ensino frequentado, centro de saúde, ou outro escolhido pela família, com o intuito de facilitar e promover aceitação, potenciando a família como meio ideal de promoção do desenvolvimento da criança. Este aspeto tem ainda uma face a ser trabalhada, que envolve a necessidade de afastamento do enfermeiro como único controlador do processo.

Relativamente a este projeto, penso que é bastante ambicioso, tendo em conta o tempo que é dispensado aos elementos da equipa para a realização de todas as atividades. Pude ainda verificar que a avaliação da criança é feita de diferentes modos, consoante a áreas de intervenção principal do membro da equipa, enfocando mais ou menos uma determinada área em que o avaliador se sente mais apto. Talvez se houvesse um guia de avaliação geral, cumprido por todos os elementos, se colmatasse esta minha observação. Por outro lado foi, para mim, um pouco dececionante esta realidade pois a intervenção era maioritariamente feita na avaliação da criança, focando-se as atenções no que ela não consegue fazer e dos problemas verbalizados pelos pais, que se poderá estar a descurar um ótimo veículo de potenciação e crescimento, mesmo em situação de ameaça. Estes momentos poderiam, depois de uma segura avaliação, serem promotores de desenvolvimento, de criação de estratégias facilitadoras, mecanismos de compensação, entre outros. É verdade que estas ações exigiriam, ainda mais, de uma equipa já assoberbada mas penso que assim estaríamos a promover realmente a intervenção precoce na infância.

Apesar desta minha observação, foi muito produtivo o contacto com estas crianças e suas famílias, percebendo um pouco as suas preocupações, angústias e anseios e percebendo a sua ação na tentativa de dinamização.

## Objetivo

**Aprofundar conhecimentos na área da massagem infantil.**

## Atividades

- Realizei pesquisa bibliográfica sobre a massagem infantil;
- Participei nas sessões de massagem infantil.

## Reflexão

Na UCC existe a possibilidade de participar no Curso de Massagem Infantil, promovido por uma EESIP e instrutora certificada pela Associação Internacional de Massagem Infantil. É

um curso aberto às recém mããs e seus bebês, totalmente gratuito, e com a duração de 4 sessões. Apesar de haver um planejamento este não é restrito, procurando-se dedicar cada sessão a uma região corporal específica: braços, pernas, tórax e abdómen, face e, na última aula, exercícios para promoção do desenvolvimento psicomotor.

Nas sessões por mim assistidas, apenas a mãe frequentou o curso, pela disponibilidade que tem durante a licença de maternidade. No entanto, incentiva-se a participação de outro elemento da família como o pai, uma avó, irmãos que deseje aprender a efetuar a massagem. O encaminhamento dos participantes é feito através das consultas de SIJ, realizadas nas USFs.

Todo o momento da massagem é realizado pelo familiar presente, para estimular a vinculação, o toque e o prazer de estar unicamente concentrado nessa atividade. Não querendo retirar o peso da implicação orgânica da massagem, vejo estes momentos como momentos de relaxamento psíquico, tanto para a família como para o bebê, de aproximação física e emocional entre os envolvidos.

Nas sessões são também prestados esclarecimentos aos pais, sugeridas estratégias, promovido o crescimento e desenvolvimento, a conciliação do sono, entre outras. Foi também interessante ver a partilha e relação de confiança que se estabelece, promovendo a melhoria dos cuidados. As próprias participantes criam laços, que as levam a partilhar experiências e expectativas, favorecendo uma oportunidade de falar das preocupações e de aprender novas maneiras de enfrentar os vários problemas que vão aparecendo. (Hockenberry, Marilyn J., 2006)

## Objetivo

**Promover a parentalidade, capacitando os pais no desempenho do papel parental.**

## Atividades

- Avaliei as necessidades sentidas pelos pais;
- Contribuí para a Educação Parental, através de formação informal e dirigida às necessidades específicas;
- Integrei os pais no processo de crescimento e desenvolvimento dos seus filhos, apoiando os processos de transição;
- Apoiei os pais na função parental, promovendo a autoestima dos pais e desenvolvendo as suas competências;
- Aproveitei cada momento para realizar ensinamentos de enfermagem pertinente.

## Reflexão

Parentalidade, pode ser definida como ação de *“Tomar conta: Assumir a responsabilidade de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de*

---

*um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (OE, 2011) A promoção da parentalidade pode ser vista como ato contínuo e transversal a grande parte das nossas intervenções como EESIP. Em todo o estágio, esta tarefa de promoção, envolvimento e capacitação da família para a aquisição e aperfeiçoamento das novas competências que surgem com a formação da família ou situação de mudança, estava bem patente.

Nas consultas de SIJ satisfiz este objetivo, através do estabelecimento de uma atitude de disponibilidade, confiança e resolução de problemas, através do desenvolvimento de estratégias conjuntas. Nas sessões de massagem infantil, houve também lugar para atenção a este foco, através de pequenas partilhas de informação válida, criação de momentos de incentivo e potenciação de competências, sempre com um elogio a reforçar a prestação. Como o contacto com a família era pouco duradouro, apenas 4 sessões, e para nos apercebermos das dificuldades temos, muitas vezes, de utilizar a perspicácia para antever as necessidades e estarmos globalmente preparados para dar resposta às mesmas sentidas.

O fortalecimento da família como unidade protetora e promotora da qualidade de desenvolvimento passou, na assistência à criança/família em contexto de internamento, por pequenas formações informais como: a higiene; os cuidados à pele; alimentação; padrões de sono e vigília; segurança automóvel; prevenção de acidentes; atuação em caso de febre; atuação em caso de diarreia; atuação em caso de vômitos; cuidados com o sol; higiene dos utensílios de alimentação e conforto, usando o reforço positivo como arma de elogio e motivação para uma boa prática. Numa situação de internamento, esta ação de tomar conta pode ficar comprometida ou ameaçada por sentimentos de incapacidade, medo de falhar e inações derivadas da observação de outrem. Quando estão num ambiente que não é o seu, rodeado de pessoas desconhecidas e com situações estranhas e inesperadas os pais, muitas vezes, podem sentir que o cuidado dos filhos já não lhes pertence e podem apresentar dois comportamentos distintos como o afastamento ou a super proteção.

Para uma boa prática, é essencial o conhecimento de fatores como: o nível de envolvimento da família e as suas competências para determinada situação e o desejo ou não de querer participar naquela situação em particular. Com isto quero dizer que haverá famílias que quase não precisam da nossa intervenção, outras que requerem a nossa intervenção em situações de mudança e ainda outras que não reconhecem a necessidade.

Mais especificamente em contexto de Neonatologia tive ocasião de promover o toque, fundamental para a tomada de consciência de uma nova realidade. Quando os pais imaginam um filho ele é, muitas das vezes, diferente do que realmente se apresenta. Quando esta situação se verifica em casos de ameaça à vida ou situação inesperada, torna-se ainda mais complicada a anuência da realidade. Houve pormenores, em situações específicas que vivenciei que as tornaram rendosas, como o cuidado em mostrar e permitir o toque do bebé

antes de este ser levado para a unidade e enquanto ainda estavam a ser prestados cuidados à mãe, no Bloco de Partos. Ao pai era permitido, e mesmo incentivado, o seu acompanhamento do bebé à unidade. As fotos são também um modo de continuação de um momento que queremos que perdure. Assim, era estimulada a fotografia do bebé, com a finalidade dupla de promover a consciencialização do nascimento e a interiorização da realidade diferente do imaginário. Segundo RELVAS (Ana Paula Relvas, 2000) tornar-se pai e mãe é um acontecimento que leva à alteração de papéis, redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade. A adaptação à parentalidade é vista como um processo de transição podendo ser acompanhado de sentimentos como insegurança, dificuldade, incapacidade, tensão emocional e ansiedade. A interação e relação pais/filhos pode ser afetada ou posta em causa. A intervenção do enfermeiro, quando precoce, pode concorrer significativamente para o sucesso da transição.

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

Uma das atividades que realizei surgiu de uma necessidade detetada aquando da celebração do Dia da Mãe, com a finalidade de promover a relação mãe filho, lesada pelas condições de internamento e situação de alteração ao imaginado, elaborei uma pequena oferta, a ser distribuída no dia da Mãe. (Anexo XVI) Pelas reações obtidas foi, sem dúvida, uma ideia fecunda.

Gostaria ainda de acrescentar que todo este processo se envolveu de grande pesquisa pois, para conseguirmos mostrar confiança nas nossas ações temos de saber fundamentá-las sem hesitação. Um aspeto facilitador foi o meu gosto de estar com as pessoas, ouvi-las e dar-lhes respostas atuais, válidas e satisfatórias, direcionando-as para as suas próprias capacidades de resolução de problemas.

## Objetivo

**Desenvolver competências promotoras da minimização dos efeitos negativos de um episódio de urgência.**

## Atividades

- Utilizei estratégias de redução da ansiedade da criança/jovem e sua família;
- Comuniquei de forma assertiva, utilizando linguagem adequada à idade/nível de compreensão;
- Adotei uma atitude empática com a criança/jovem e sua família, permitindo-lhes a livre expressão de emoções;
- Geri ambiente, de forma a torná-lo o mais seguro e confortável possível;

- Permiti à criança/jovem a permanência de pessoa significativa ou objeto de segurança;
- Apoiei o prestador de cuidados, dando-lhe informação necessária sobre os acontecimentos e dar-lhe espaço para dúvidas;
- Apoiei o prestador de cuidados na tomada de decisão, promovendo segurança e informação necessária;
- Ensinei sobre papel parental durante os tratamentos;
- Proporcionei e incentivei atividades lúdicas adequadas ao desenvolvimento da criança;
- Utilizei o jogo e a brincadeira.

## Reflexão

Ao ter a necessidade de entrar num Serviço de Urgência, tanto a criança/jovem como a sua família experienciam momentos de ansiedade e descontrolo da sua dinâmica. Quando recorrem a este tipo de serviço, tudo pode parecer ameaçador, constrangedor e inibidor das suas capacidades. A casa não é a deles, o cheiro é diferente, as pessoas amontoam-se e invadem a sua privacidade relacional ou mesmo corporal. Tudo isto pode ser facilitado desde que haja noção e compreensão para estes aspetos.

Todo este processo não tem, só por si, de ter uma conotação negativa, pois, muitas vezes são experiências anteriores e fantasias erradas que levam a criança a ter medo de um serviço de urgência. Estas crianças (e excludo propositadamente os jovens), não têm ainda capacidades emocionais para se relacionarem com a dor física. Os jovens, por outro lado poderão ter uma compreensão mais alargada do que lhe é explicado. As fantasias erradas relaciono-as com comentários erróneos, feitos sob ameaça como “se não te portas bem levas uma pica”. “As reações das crianças a estas crises são influenciadas por suas idades de desenvolvimento; experiência prévia com a doença, separação ou hospitalização; habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas; a gravidade do diagnóstico; e o sistema de suporte disponível.” (Wong, Donna L.)

Esta ansiedade pode ser diminuída, através de uma disponibilidade para demonstração de emoções, dúvidas e angústias. O tempo de espera é, muitas vezes, fator de alteração emocional nos acompanhantes que poderá ser apaziguado com o conhecimento antecipado do tempo médio de espera. Com certeza não será tratamento milagroso, mas fará toda a diferença saber o que vai ser feito, em que modos e quanto tempo demorará a ser efetuado.

A brincadeira poderá sempre ser uma estratégia a utilizar, caso a criança esteja disponível e a situação o permita. Este meio poderoso de interação (segundo Hockenberry, 2006) poderá servir de meio de relaxamento, segurança em ambiente estranho, favorece a expressão de sentimentos, tem função terapêutica e permite que a criança mantenha o controlo da situação.

Por todas as questões relacionadas com: a falta de verbas; os furtos; o controlo de infeção, entre outros, o único elemento distrator presente no serviço de urgência são as

imagens coloridas em todo o ambiente e as televisões que, nem sempre, transmitem elementos de interesse infantil. Por outro lado, em OBS, há brinquedos disponíveis que podem ser utilizados em crianças que lá permaneçam. São brinquedos coloridos, versáteis e laváveis, que agradam às crianças mais pequenas. Também lá existem vários televisores, com programas escolhidos por eles.

No que respeita os objetos significativos as crianças são, dentro dos limites racionais, livres de escolha nos objetos pessoais que podem ter junto de si e que lhes transmitam confiança, apoio e lhes traga algo familiar.

Nem sempre os momentos no Serviço de Urgência devem ser encarados negativamente. Mesmo nestas situações, desde logo da triagem, os momentos podem ser aproveitados para esclarecimento de dúvidas, ensinamentos informais aos cuidadores e jovens, e expressão de emoções. Muitas vezes, uma boa receção ao serviço, guia a criança/jovem e sua família para uma boa permanência e criação de momentos de aprendizagem.

## Objetivo

**Aprofundar conhecimentos sobre o processo de triagem implementado no Serviço de Urgência.**

## Atividades

- Conheci o Sistema de Triagem em uso no Serviço de Urgência Pediátrica;
- Colaborei na Triagem da criança/jovem;
- Identifiquei as especificidades da articulação do Serviço de Urgência Pediátrica com os restantes serviços de apoio de especialidade.

## Reflexão

O processo de Triagem implementado no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de S. João é a Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). Tem como principal objetivo uma avaliação preliminar que classifica os utentes em função da sua urgência / gravidade, antes da avaliação, diagnóstico e terapêutica completa no serviço de Urgência, não querendo fazer um diagnóstico. Ajusta o tempo e tipo de resposta a prestar, otimizando o atendimento às crianças/jovens com gravidade severa, ou com risco de deterioração do seu estado.

A triagem é também o primeiro contato da criança/jovem com uma avaliação sistemática. Aqui é determinada a brevidade com que a criança deve ser vista, sendo a mesma colocada num dos níveis disponíveis, que são 5, identificado por diferentes cores. As cores estão depois relacionadas com o tempo médio que a criança/jovem poderá demorar a ter a primeira observação.

Devido à necessidade de uma avaliação fiável, útil e válida, este momento primário é da responsabilidade de um enfermeiro que tenha critérios específicos como: ter capacidade de comunicação; organizado; saber trabalhar sob pressão e ter a capacidade de reconhecer uma criança doente. Os elementos destacados para este posto de trabalho são enfermeiros especialistas ou enfermeiros que tenham, no mínimo, 2 anos de experiência no serviço de urgência e possuam as capacidades anteriormente descritas.

Esta avaliação é baseada na observação de três pontos essenciais, a circulação, a aparência e a respiração. Consoante as alterações que vão sendo detetadas, informaticamente vai dar lugar a uma cor, que traduz a brevidade de resposta. Por ser um tema muito extenso e complexo, não julguei necessário, aprofundar a temática.

Durante os turnos tive, por diversas vezes, oportunidade de colaborar no processo de triagem usando o sistema implementado, comparando-o com o que utilizo na minha prática diária. Sem dúvida que este se apresenta muito mais detalhado, direcionado para a condição de criança e mais discriminador das necessidades urgentes de atendimento. Todos os aspetos são focados nas crianças e suas necessidades e são valorizados os acontecimentos ditados pelos acompanhantes. O facto de administrarem antipiréticos e analgésicos no momento da triagem é, sem dúvida, um aspeto facilitador da aceitação do episódio de urgência, da redução da ansiedade dos pais e da permanência mais demorada até ao primeiro atendimento.

Para facilitar e atempar a administração de Paracetamol e Ibuprofeno, realizei umas tabelas com dosagens corretas consoante o peso da criança e o tipo de medicamento (Anexo XVII). Tive em atenção o aspeto estético e higiénico, colocando cores atrativas e plastificação permanente para uma melhor conservação e possibilidade de limpeza. A ideia seria colocá-la no posto de triagem mas foi também pedido que as colocasse junto ao armário da medicação, o que fiz.

Cheguei também à conclusão de que é um posto de trabalho em que a responsabilidade é muita, tendo de haver uma conjugação constante dos saberes, ter uma observação atenta ao que é dito e se passa mas, principalmente ao que poderá ficar esquecido. Por ser o momento de primeiro contacto é importante a aceitação, calma, escuta ativa e diálogo claro e determinado à idade e situação.

## Objetivo

**Aprofundar competências na gestão da dor do recém-nascido, criança/jovem.**

## Atividades

- Permiti à criança/jovem a permanência de pessoa significativa ou objeto de segurança;
- Expliquei procedimentos à criança/jovem e sua família;
- Vigiei Dor, seu aparecimento e evolução;
- Administrei medicação analgésica prescrita em SOS;
- Administrei Sacarose a 24%;

- Coloquei EMLA ®
- Otimizei ambiente físico;
- Executei técnica de distração;
- Executar técnica de relaxamento;
- Confortei a criança.

## Reflexão

A dor, a que me referirei apenas como dor física, é um dos aspetos que devemos trabalhar e batalhar, para que seja colmatada nas diversas atividades que vamos realizando. “ *A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários.*” (DGS, 2010)

A Orientação da Direção-Geral da Saúde (Anexo XIX), relativamente à avaliação da dor na criança, foi uma ajuda para o meu percurso, tendo sempre guiado as minhas ações.

Pude verificar que, no Serviço de Neonatologia, a dor da criança era muito valorizada, tanto através de medidas farmacológicas como não farmacológicas. No entanto não era utilizada nenhuma escala de avaliação da dor, como as apropriadas para recém-nascidos ou prematuros que, segundo a orientação que pautou a minha prática são: “*EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais; NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo; PIPP (Premature Infant Pain Profile), útil para a avaliação da dor em procedimentos; N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale), útil para recém-nascidos em ventilação assistida.*” (DGS, 2010) Não só a avaliação da dor seria importante, mas também o registo da avaliação seria válido para “... *adaptar de forma personalizada o seu controle a avaliar a eficácia das intervenções e sua correcção em tempo útil.*” não esquecendo o facto de “*A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, actualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças.*” (DGS, 2010)

Não consegui saber a razão específica para a não utilização, por parte da equipa, das escalas de avaliação da dor, apesar de reconhecer que só um conhecimento profundo das mesmas e prática na sua utilização torna a sua aplicação mais fluida, breve e precisa mas, para se “...*beneficiar de um controlo adequado da dor, parece-nos importante que haja um maior incremento da avaliação da intensidade da dor com uso de escalas e que essa informação seja orientadora de uma gestão eficaz da dor com uma abordagem multimodal, de redução dos estímulos dolorosos e individualizada*” (Batalha, L, 2010)

Apesar de não procederem à quantificação da dor, a sua valorização era constante reconhecendo que “ *A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.*” (DGS, 2003)

Consegui adotar medidas farmacológicas de alívio da dor através da administração de medicação em horário e em SOS, nas suas diversas vias de administração. Paralelamente, optava por meios não farmacológicos, para atuar no alívio da dor como: conforto e toque; administração de sacarose a 24%, alternância de posicionamento (respeitando a manipulação mínima quando necessário); banho de imersão, massagem (apesar de não usar nenhuma técnica em específico) e música. As intervenções não farmacológicas são úteis no controlo da dor do RN e, para além, das medidas de conforto, massagem e posicionamentos, outras deveriam ser incrementadas como o uso de sacarose, glicose ou aleitamento materno. (Batalha, L, 2010)

No Serviço de Urgência e Serviço de Pediatria a preocupação também se registava, não havendo costume na utilização de instrumentos válidos para avaliação e registo da dor, independentemente da idade. Neste contexto, devido à variabilidade de idades e níveis de compreensão, as escalas de avaliação a aplicar seriam várias como: a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability); a FPS-R (Faces Pain Scale – Revised); a Escala de faces de Wong-Baker; a EVA (Escala Visual Analógica); a EN (Escala Numérica); a FPS-R (Faces Pain Scale – Revised); a Escala de faces de Wong-Baker ou a FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised), em caso de crianças com multideficiência.

Para além da avaliação, preferencialmente a cada 8 horas, deve ser efetuado o registo em processo da criança do grau de dor, as suas características e formas de alívio. Importante também é o registo das medidas que foram tomadas para alívio da dor, farmacológicas ou não e a sua eficácia, avaliando assim a necessidade de melhor resposta.

Quando sabemos que vamos provocar, inevitavelmente, dor numa criança temos de ter sempre atenção a determinados pormenores como, por exemplo, não negar a dor. Podemos distrair a criança, permitir-lhe chorar, deixar um objeto simbólico e significativo na posse da criança, entre outras estratégias que consegui pôr em prática, nomeadamente nos bebés com amamentação em que, sempre que possível se anima à mamada após, ou mesmo durante um procedimento doloroso, como forma de consolo e diminuição dos efeitos da dor.

Transmitindo confiança aos pais, estamos também a promover crença na criança, daí que as minhas ações minimizadoras da dor não estavam só centradas na criança, mas em todos e tudo o que a envolvia.

Como medida farmacológica pude constatar que o analgésico EMLA®, não era muito usado, não que tivesse alguma contraindicação, mas alegaram razões económicas para a sua não utilização. No Serviço de Urgência esta medida farmacológica era apenas utilizada na técnica de Punção Lombar. Por outro lado, a necessidade de se esperar 60 minutos após a sua

aplicação, o produzir vasoconstrição (dificultando a punção) e o não poder ser utilizado repetidamente (risco de meta-hemoglobinemia) são também obstáculos conhecidos à sua utilização. (Batalha L et al, 2007)

*“Como fenómeno universal, a prevenção e tratamento da dor deve ser encarada como uma prioridade comum a todos os profissionais de saúde do ponto de vista humanitário e ético.”* (Batalha L et al, 2007)

## Objetivo

**Incentivar o aleitamento materno.**

## Atividades

- Realizei ações informais sobre os benefícios do aleitamento materno;
- Informe sobre a existência do “Cantinho da Amamentação”;
- Incentivei o aleitamento materno;
- Incentivei a extração de leite materno;
- Geri ambiente, de forma a torná-lo seguro e agradável.

## Reflexão

O aleitamento materno deve ser a forma de alimentação de uma criança, preferencialmente em exclusivo até aos seis meses de idade, com vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas, económicas. *“As práticas alimentares condicionam o estado nutricional de lactentes e crianças menores de dois anos de idade e em última análise, causam impacto na sua sobrevivência. A proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa.”* (DGS, 2012)

Valorizando esta afirmação, durante o meu percurso, por diversas vezes incentivei o aleitamento materno, ainda que por vezes já não exclusivo (apenas quando não havia situação alternativa).

No serviço de Neonatologia e Urgência promovi o aleitamento materno através de ensinamentos informais, comunicando as vantagens tanto para o bebé como para a mãe. No serviço de Neonatologia o aleitamento materno era sempre estimulado, pois era um momento chave para a sua promoção. Era sempre avaliada a existência, ou não, das competências precoces na alimentação oral do recém-nascido. (Anexo XXI) As mães eram ainda motivadas para a extração e armazenamento de leite materno, no serviço, que depois era administrado aos seus bebés na sua ausência. Havia uma sala destinada às mães, para extração e acondicionamento do leite. Eram feitos ensinamentos sobre os cuidados à mama, a higiene durante a extração e armazenamento do leite, os cuidados para a sua correta identificação e armazenamento do leite. Era também explicada a necessidade de repouso, hidratação oral e alimentação equilibrada, para uma amamentação com qualidade. Durante a extração do leite, as mães

eram convidadas a relaxar em cadeirões confortáveis, ouvir uma música (com apoio de rádio e TV), ou simplesmente a confraternizar com outras mães.

Quando havia possibilidade de alimentação ao peito, esta era sempre estimulada e auxiliada, através de ensinamentos de postura correta da mãe (posições anti-álgicas) e formas de boa pega. Na ausência desta possibilidade, o leite materno era oferecido quer por tetina, quer por sonda oro-gástrica. Apesar de serem demonstradas as vantagens do *cup feeding*, através da divulgação dos estudos recentes, este método alternativo de alimentação, era ainda pouco conhecido da equipa.

Na experiência de Serviço de Urgência, nem em todos os casos pode ser efetivada a promoção do aleitamento materno, por não se aplicar. Apesar disso há sempre oportunidade de promover o cantinho de amamentação presente no serviço, um local mais distante na sala de espera, com cadeirão confortável e lavatório, onde mãe e bebé podem simplesmente desfrutar do momento. A máquina extratora de leite não se encontra mais disponível por ter sido furtada, não havendo verbas disponíveis para a sua substituição. Mesmo neste contexto, tive oportunidade de efetuar ensinamentos informais sobre o armazenamento e acondicionamento do leite materno, bem como reforço positivo, nas situações em que havia lugar à amamentação.

Como já referi anteriormente, incentivei por diversas vezes a amamentação, não com intuito nutritivo mas como promotor do conforto e forma de colmatar a dor e o desconforto.

Gostaria ainda de salientar a promoção ao aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, fomentado sempre nas consultas de SI pelas enfermeiras da USF. Visto uma grande maioria das consultas de SIJ efetuadas serem a crianças com mães domésticas ou desempregadas, este era uma batalha, até agora bem-sucedida, das colegas.

## Objetivo

**Desenvolver cuidados de enfermagem especializados, segundo a metodologia científica de Enfermagem: colher dados, identificar diagnósticos, planear, executar e avaliar resultados.**

## Atividades

- Observei e obter conhecimentos acerca do papel dos pais e seu nível de participação nos cuidados;
- Mobilizei conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nos diferentes contextos de formação;
- Efetuei a admissão/acolhimento de uma forma individualizada e personalizada;
- Utilizei correta e sistematicamente instrumentos básicos em enfermagem, nomeadamente a comunicação, a observação e a entrevista;
- Estabeleci prioridades de atuação;
- Planeei e organizei as intervenções de enfermagem tendo em conta os conhecimentos científicos;

- Executei as intervenções de enfermagem planeadas;
- Avaliei a qualidade dos cuidados prestados;
- Participei na preparação para o regresso a casa;
- Efetuei registos pertinentes e concisos;
- Elaborei um guia de acolhimento específico para a criança/jovem e sua família;
- Criei um guia de colheita de dados, segundo os domínios parametrizados para o local de estágio;
- Utilizei a linguagem CIPE, para documentar a assistência à criança/jovem e sua família;
- Recorri ao uso de linguagem classificada, para a comunicação de resultados, relativamente ao processo de cuidados.

## Reflexão

As minhas ações foram planeadas tendo em conta a ética e deontologia, bem como guiados pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que contempla 6 aspetos: “...satisfação do cliente...a promoção da saúde...a prevenção de complicações...o bem-estar e o autocuidado...a readaptação funcional...a organização dos cuidados de enfermagem...”. (OE, 2001)

Durante todo o estágio procurei sempre uma pesquisa bibliográfica para me manter atualizada de todos os pormenores dos cuidados que desconhecia, assim como tentei fornecer à equipa todo o conhecimento produzido mais recentemente. Todo este cuidado permitiu-me desenvolver todas as atividades descritas anteriormente com qualidade e satisfação. Se alguns momentos eram pincelados de menor qualidade, logo eram aperfeiçoados com afincado trabalho.

Em contexto de Neonatologia, quase tudo foi novo para mim. Se é verdade que as técnicas são as mesmas, a necessidade de adequação de dosagens e tamanhos tornam a execução das tarefas ainda mais pensadas e balanceadas do que se de margem de manobra possuíssemos. Por outro lado, temos sempre a componente família a trabalhar connosco. Tentei sempre respeitar a vontade da família em colaborar, ou não, como foi o caso de uma mãe que, apesar de ter pedido para ficar no quarto disponibilizado pelo hospital, para permanecer perto da filha, eram mais as vezes que não permanecia junto dela. Se, impulsivamente pensasse nesta verdade, logo pensaria que a mãe era desinteressada. Porque não pensar que esta mãe está sozinha, a sofrer sem qualquer apoio sobre a falta do bebé imaginário? Levou-me a pensar.

Em contexto de urgência, as experiências novas não foram tantas pois é um contexto semelhante ao meu dia a dia. Tive oportunidade de verificar a forma como as enfermeiras cuidam harmoniosamente do bebé/criança/jovem e das suas famílias, assumindo a autoridade da família como resposta.

No serviço de pediatria do HB, tive oportunidade de prestar cuidados especializados, em contexto de doença aguda e de doença crónica, apesar destes últimos em menor quantidade. Durante a minha permanência no SP, a lotação esteve quase sempre completa e a rotatividade era frequente, fator favorável à diversificação de cuidados, mas sem conseguir dar a continuidade desejada.

Segundo o REPE (OE, 2012), os cuidados de Enfermagem carecem do uso de metodologia científica, como a identificação dos problemas de saúde, a recolha e apreciação de dados, a formulação de diagnósticos, a realização de planos de cuidados, a execução adequada dos cuidados, havendo lugar para uma avaliação da prestação e reformulação, sempre com vista à melhoria. A minha prestação profissional, sempre se tem pautado por estas normas, apesar de nem sempre pensar nelas como passos a percorrer e separadas entre si (apesar de indissociáveis). O estágio tornou-se então um meio de reflexão e de oportunidades, que na rotina do dia a dia não nos ocorre.

No primeiro turno tive uma atitude mais observacional, onde colaborei nos cuidados com atitude de questionamento e absorção da realidade, para mim nova. Este pouco tempo permitiu-me detetar algumas possibilidades de intervenção.

A prestação de cuidados numa unidade de internamento, em termos de organização de trabalho e estabelecimento de prioridades, não me apresentou grandes dificuldades, pois é algo que já fiz com algum à vontade. A diferença esteve nas particularidades dos cuidados em idade pediátrica, em que não temos um doente com a família que apenas o vem visitar, mas temos uma criança/jovem sempre acompanhado da sua família, ou ainda, noutros casos mais específicos, temos uma família com necessidade de cuidados, que se traduz em sintomatologia numa criança/jovem. Nestes casos penso conseguir bons resultados através da demonstração de disponibilidade e confiança e uso de técnicas de comunicação, a escuta ativa e ainda, e sempre, uma atitude de valorização do problema sentido. Por considerar que as palavras formatam a realidade, concebendo-lhes um tremendo poder (Hockenberry, Marilyn J., 2006) tentei que os momentos de comunicação fossem gratificantes através do cuidado com os fatores influenciadores, como é o caso de apropria-la à situação, adequá-la no tempo e ser nitidamente difundida.

Esta permanência constante da família permitiu-me observar o nível de envolvimento dos pais numa situação de doença e as implicações que esta pode ter nas vidas dos doentes e do que os rodeiam. Através da ligação que tive oportunidade de estabelecer com as crianças e pais internados no SP, pude aperceber-me de vidas verdadeiramente complicadas, em que uma situação inesperada de doença se torna, ela mesma, perigo para a estabilidade. Devido à necessidade de internamentos prolongados, as hipóteses de diálogo e partilha aumentam a cada turno efetuado, apesar de me ter apercebido que nem sempre se aproveitam estes momentos de partilha para fomentar o crescimento e sustentabilidade dos laços familiares. Senti, por diversas vezes, a necessidade de escutar os familiares pois estão muitas vezes isolados da sua realidade e dos seus.

---

Quando uma criança/jovem é internada, podemos logo avaliar as suas necessidades mais prementes, através de uma boa colheita de dados e assim planificar cuidados realmente individualizados, avaliando-os. Segundo a JCI a avaliação inicial é essencial para a continuidade da qualidade dos cuidados e integra três procedimentos:

- Recolha de informação e dados sobre a condição física, psicológica e social do doente, e sobre o seu historial de saúde;
- Análise dos dados e informação, incluindo os resultados de testes laboratoriais e de imagiologia diagnóstica, para identificar as necessidades de cuidados do doente;
- Desenvolvimento de plano de cuidados para fazer face às necessidades de prestação de cuidados de saúde identificados no doente. (JCI, 2012)

Por concordar com a importância e essência de uma boa avaliação inicial e porque as perguntas se podem tornar nas respostas aos cuidados, elaborei um guia de avaliação inicial (Anexo XXII) que se enquadra nos domínios parametrizados para o SP. A minha pretensão com este guia foi facilitar o trabalho de recolha de dados, através de folha própria, de modo a que fossem recolhidos os dados todos, sem prejuízo da disponibilidade dos pais para responder. A equipa aderiu muito favoravelmente, reconhecendo a utilidade do instrumento. Se por um lado fiquei satisfeita, por outro, e após uma maior análise, penso que deveriam ter sido incluídos mais alguns parâmetros como a existência ou não de irmãos, a situação laboral dos pais, as experiências anteriores de internamento da criança, embora depois não houvesse possibilidade de registo destes parâmetros no sistema informático de apoio.

O acolhimento da criança/jovem e sua família foi algo que também me despertou necessidade de intervenção. Por considerar que este momento tão crucial tinha hipóteses de melhoria, elaborei um Guia de Acolhimento, específico para o SP. Quando pensei na sua elaboração, a ideia era construir um guia, a ser entregue à família, onde constassem as principais regras e normas do serviço bem como informações de apoio geral. O HB já possui um Guia de Acolhimento (Anexo XXIII), mas que não contempla as especificidades de uma unidade destinada à pediatria. Assim sendo, e porque não deveria ir contra um documento elaborado pela entidade que me acolhia, elaborei uma adenda ao existente Guia de Acolhimento (Anexo XXIV), onde constam as normas essenciais do SP, as horas das refeições e a carta da criança hospitalizada. Com este documento pensei colmatar uma necessidade sentida no serviço, de comunicar de forma comum os direitos e normas gerais.

Apesar de ter ficado satisfeita com o resultado, senti que ainda poderia fazer mais. Assim, elaborei um Guia de Acolhimento destinado ao SP mas com a particularidade de distinguir a informação e apresentação consoante o destinatário ser uma criança (Anexo XXV) ou ser um adolescente (Anexo XXVI). As reações foram muito favoráveis, tendo os Guias em questão sido propostos à administração para posterior impressão e divulgação interna, para ir de encontro à Política de Atendimento e Tratamento de Crianças Internadas, do HB, no seu ponto 5, alínea H. (Anexo XXVII) Penso, também, que contribuí para a minimização do sentimento de perda de controle, sentido em contexto de internamento.

Como nos refere Gina Reis, na sua dissertação de Mestrado *“Na hospitalização, a gravidade das situações clínicas e os dispositivos tecnológicos tornaram-se inicialmente obstáculos à disponibilidade dos profissionais para com os pais/família, ao mesmo tempo que os pais em grande sofrimento e vulnerabilidade se tornavam pouco solícitos, temerosos ou hesitantes em colaborar.”* (Reis, 2007)

O acolhimento revela-se assim numa fase essencial para um decorrer favorável do internamento. Neste momento podemos estar a cativar a família para os cuidados e melhoria da situação clínica ou, por outro lado, podemos afastá-los e perder a sua confiança.

No artigo 3º da Carta da Criança Hospitalizada, podemos ler que “... Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.” (Hospital, European Association for Children in, 2009) demonstrando a necessidade de qualidade nestes primeiros momentos de contacto.

A preparação do regresso a casa foi também uma das minhas áreas de investimento. Segundo o Guia Orientador de Boas práticas, *“ O planeamento da alta é um processo complexo, que deverá iniciar-se no momento da admissão e prosseguir durante o internamento, devendo procurar e incentivar o envolvimento da família nos cuidados, sendo, por essa razão, muito exigente na necessidade de uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, a criança e a respectiva família.”* (OE, 2001) Durante a minha permanência no estágio, grandes foram as oportunidades de ação nesta área, mas numa fase mais inicial, ou seja, numa fase de preparação e não concretização da alta em si.

Aquando do regresso a casa da criança, os passos estão bem delimitados no Procedimento Específico Necessidades Específicas da Criança no referente à Alta (Anexo XI). Apesar de detalhados as atividades e a atribuição do responsável, considero que poderia haver mais espaço de intervenção direcionada para o Enfermeiro e as suas áreas de intervenção.

Apesar de haver um investimento real na preparação para o regresso a casa da criança/jovem, muitas vezes este só se deixa transparecer numa Carta de Transferência de Enfermagem pouco elucidativa do percurso efetuado e na entrega da Declaração de Alta da Criança (Anexo XXIX), sem a qual não é autorizada a saída pelo pessoal de segurança. Pelo pouco tempo de estágio e por limitações burocráticas que obrigam ao uso da Carta de Transferência pré estabelecida pelo sistema, não consegui modificar a situação. Para melhorar a minha prestação neste domínio, desenvolvi diversas atividades relacionadas com a informação da situação e cuidados, averiguação de necessidades e aconselhamento de ajudas no exterior, apesar de não registar estas minhas intervenções.

Os registos de enfermagem e todo o processo que envolve o planeamento de cuidados e confirmação da sua execução, é feito através de programa informático protocolado com o HB, o *Glint*. Este sistema informático, engloba toda uma panóplia de informações parametrizadas especificamente para o HB, segundo linguagem CIPE. Como é minha prática quase diária, o uso deste sistema e o uso da linguagem classificada, não me trouxe grandes dificuldades.

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

## Objetivo

**Desenvolver/aprofundar competências de comunicação e relação empática.**

## Atividades

- Estabeleci relação eficaz, utilizando linguagem acessível e adequada;
- Escutei ativamente e mostrar disponibilidade para com as crianças/jovens e sua família;
- Observei a Enfermeira Tutora e a restante equipa nas suas capacidades de comunicação;
- Utilizei técnicas de comunicação criativa adequadas aos diferentes níveis de desenvolvimento das crianças, valorizando a paralinguagem;
- Estabeleci um ambiente para a comunicação.

## Reflexão

Sendo a comunicação a base para todo o tipo de interação o Enfermeiro Especialista, independentemente da área, deve possuir um nível de comunicação mais assertivo e eficaz sendo que um EESIP tem que ter capacidades relacionais, que permitam a agilidade de se relacionar com diferentes idades, muitas vezes no mesmo contexto e ao mesmo tempo.

Durante o meu estágio, penso que consegui ter uma comunicação assertiva e eficaz com as crianças/jovens e suas famílias, assim como com a restante equipa. Tentei sempre mostrar-me disponível para ouvir, ser sincera nas minhas opiniões, usar tipo e tom de voz adequada consoante o recetor e a situação. Por diversas vezes, tentei mediar a comunicação com as crianças através de seus pais pois, são estes que conhecem melhor a criança e as suas capacidades, bem como reações perante determinada situação. *“Embora os pais e a criança sejam indivíduos separados e distintos, as relações com a criança são frequentemente mediadas através dos pais, em particular no caso das crianças mais jovens”* (Hockenberry, Marilyn J., 2006)

A brincadeira foi, sem dúvida, a minha melhor arma de atuação. Aproveitei todos os momentos em que a criança se disponibilizava a aceitar a brincadeira, para interagir através desta forma. É uma maneira de chamar o interesse da criança, distraí-la de determinado aspeto pois, *“Quando as crianças estão ocupadas com alguma atividade que as interessa, é menos provável que elas dêem atenção para o procedimento”* (Hockenberry, Marilyn J., 2006) conseguindo estabelecer-se ligação com ela, para assim trabalharmos em conjunto para a melhoria do seu cuidado.

A linguagem adequada à idade ou ao nível de compreensão foi também uma área na qual investi. Graças às minhas tutoras e à restante equipa, pude usufruir de momentos de aprendizagem neste campo. Mesmo que julguemos que o nível de compreensão não permite a noção do que estamos a querer transmitir, não devemos esquecer essa criança, mas sim aperfeiçoar as novas tentativas e recorrer aos pais, que são quem melhor conhece a criança. Como referi, por vezes, apenas conseguimos chegar aos filhos através dos pais. Por outro lado, mesmo com uma relação boa com a criança não devemos, nunca, menosprezar os pais pois a situação anterior de confiança pode esmorecer.

A criatividade também pincelou a minha comunicação com a criança, com o intuito de cativar, criar ligação e empatia e facilitar soluções. Usei técnicas como o jogo e a brincadeira; a magia, o desenho, a biblioterapia, a narração de histórias e a resposta facilitada, como forma de levar à expressão de sentimentos, sem confrontação (Hockenberry, Marilyn J., 2006).

Tenho a convicção que a capacidade de escuta é essencial para o estabelecimento de uma relação empática e até mesmo terapêutica. Respeitei sempre o outro, fui sempre honesta em todas as relações que estabeleci. Refiro-me às crianças/jovens quando fiz questão de não lhes mentir sobre qualquer procedimento, às suas famílias quando prestei toda a informação válida e atempada, à equipa quando assumia o meu desconhecimento sobre alguma especificidade, mostrando responsabilidade.

Os recém-nascidos ou prematuros têm uma forma de comunicação mais restrita, ou melhor dizendo, mais complexa de compreensão. Eles podem comunicar de diversas formas, cabendo à nossa perícia percebermos o que querem transmitir. Por outro lado a nossa forma de comunicar, o canal que usamos para passar a mensagem que queremos transmitir, tem de ser adequada ao nível de compreensão ainda em crescimento. Quando estava em contacto com recém-nascidos ou prematuros, tinha sempre o cuidado de falar com eles como se entendessem todos os pormenores da linguagem. Usei também a música como auxiliar, bem como o toque para acalmar, confortar e premiar.

A comunicação exige-se que seja apropriada à situação, ao contexto social em que os intervenientes se encontrem, à idade e desenvolvimento da criança, à capacidade de escuta que apresentem em determinado momento e deve ser clara, concisa e através dos canais de comunicação adequados. Quando aponto estas características necessárias, estendo-as à comunicação verbal, não verbal e simbólica.

Estava um pouco receosa relativamente à comunicação com os adolescentes, mas facilmente se dissiparam as incertezas de sucesso. Ao comunicar com eles de forma madura, não invalidando as suas experiências, nem direccionando demasiado a atenção aos seus pais, consegui cativar a sua atenção. Muitas vezes a informação era intensionalmente para os pais, mas transmitia-a ao adolescente, na presença deles, para mostrar que também ele era capaz de se responsabilizar pelos seus cuidados.

Deverá haver lugar para que a criança/jovem tenha tempo de aceitar a nossa presença e intervenção, em vez de impormos bruscamente a nossa presença. Este tempo pode ser

mediado com a intervenção direcionada, inicialmente, aos pais ou acompanhantes ou ainda a um objeto de referência de que se faça acompanhar.

Como a comunicação é bidirecional, é também necessário ter em atenção a comunicação da própria criança/jovem, tentando perceber se a linguagem verbal é coincidente com a não-verbal, esta última mais fiável devido à sinceridade inata das crianças e incapacidade de controlar movimentos repetitivos de discordância, no caso dos jovens. (Hockenberry M. J., Winkelstein W., 2006)

As competências comunicacionais por mim aperfeiçoadas, foram postas em prática em todos os momentos de contato com a equipa, com crianças/jovens, suas famílias e pessoas de sua relação, como professores, educadores, assistentes operacionais, entre outros.

## Objetivo

**Promover a educação para a saúde da criança/jovem e do pessoal de suas relações, em contexto de Saúde Escolar.**

## Atividades

- Realizei pesquisa bibliográfica, de forma sistemática, para aprofundar conhecimentos nas diversas áreas a abordar;
- Adequiei estratégias de comunicação, consoante população alvo;
- Planeei, executar e avaliar sessões de educação para a saúde, nas escolas, de acordo com as solicitações das escolas e projetos já assumidos pela UCC;
- Usei a criatividade, como forma de cativar os participantes;
- Abordei os temas tendo sempre como recurso as evidências mais recentes;
- Conheci os programas de intervenção existentes, a nível da saúde escolar.

## Reflexão

*“O trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a promoção e protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados”* (DGS, 2006)

Ainda no documento acima citado podemos ver as áreas de intervenção do programa: Saúde Individual e coletiva; Inclusão escolar; Ambiente escolar e Estilos de vida.

Na tentativa de dar resposta aos objetivos delineados neste documento de ação, realizei diversas ações formativas, através do cumprimento de projetos já elaborados anteriormente e assumidos pela UCC. Apesar de não ter participado na parte conceptual e de organização, foi com empenho que me dediquei a mais este desafio. Foi proposta da UCC, fazer com que todos os alunos do 12º ano de escolaridade, da área abrangente, tivessem

noções de primeiros socorros, através de sessões de educação para a saúde e de prática simulada. Dei continuidade a este projeto, fazendo sessões de educação para a saúde sobre o tema (Anexo XXX). As sessões foram maioritariamente realizadas a turmas de 12º ano, apesar de ter contemplado algumas turmas de 9ª ano, nas escolas onde pertenciam os alunos. Penso que é de extrema importância a abordagem deste tema pois pode, de uma forma descontraída, aprender-se gestos que salvam vidas. A pedido de uma escola secundária, esta formação foi também dirigida a assistentes operacionais. Não elaborei novos diapositivos pois os temas eram os mesmos, tendo apenas adequado a linguagem e mensagens ao público em questão.

Não tive qualquer dificuldade na realização desta atividade, talvez devido à minha experiência na formação, sentindo-me com desenvoltura para os temas abordados, a comunicação para o público e a relação a estabelecer com as crianças e jovens.

Todas as opiniões, tanto de alunos como professores foram muito favoráveis.

Outro tema que deu mote a sessões de educação para a saúde foram os cuidados na higiene oral. Aqui a abordagem foi diferente, para melhor dirigir a mensagem a um público dos 4 aos 10 anos de idade, em contexto de pré 1º Ciclo. A estratégia utilizada foi um teatro, em que eu e a minha tutora assumíamos o papel de dente limpo e dente sujo, explicando de uma forma fácil mas eficaz os cuidados a ter com os dentes desde a escovagem à quantidade de pasta dentífrica e a sua adequação à idade. Era ainda abordada a necessidade de vigilância anual do dentista e os cuidados com a alimentação na prevenção de cáries. No final de cada sessão era permitida às crianças o convívio com os “dentes” e a colocação de dúvidas e mitos, que rapidamente dávamos resposta. Para este tema aprofundei conhecimentos, através da leitura do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, de 2006.

Usando a mesma técnica de teatro, trabalhei o tema da vacinação, com o principal objetivo de desmistificar a vacinação, a dor provocada pelo processo e promover a adesão das crianças e mesmos dos pais, pois era missão das crianças transmitir a informação em casa e questionar os pais, se eles tinham a vacinação atualizada. Estas sessões foram realizadas a crianças dos 3 aos 10 anos, divididos em grupos de idades semelhantes, para que se ajustasse a comunicação à idade.

Estas duas atividades foram, sem dúvida, aceites com alguma ansiedade pois não me imaginava num papel de dente ou outro qualquer relacionado com a representação. Foi agradável perceber que não só transmitimos informações válidas, de uma forma cativante, como nós próprias nos sentíamos realizadas e mesmo divertidas. Sei que, assim a forma como foi enviada a mensagem surtiu mais no efeito pretendido.

Aquando da busca de ideias, para conceção do teatro sobre o tema da vacinação, constatei que as ideias para a realização de atividades diferentes neste tema, para além do uso de diapositivos, eram poucas. Talvez seja uma área interessante a investir, na criação de formas uniformizadas mas ao mesmo tempo diferentes na sua conceção, de forma a cativar o público-alvo, da tal forma que a mensagem seja mais facilmente assimilada e memorizada, podendo perpetuar no tempo.

Foi-me ainda proporcionado um momento de educação para a saúde para pais e cuidadores, sobre a temática dos primeiros socorros. Esta teve lugar numa escola da área, num sábado de manhã, para que os pais pudessem assistir. A sessão teve uma boa adesão (cerca de 40 participantes). Como estava programada toda a manhã, e havia uma colaboração com a empresa “Saúde 24” (que apenas falou da organização da empresa e percurso na utilização da linha telefónica) incluí, na sessão, os cuidados à criança na febre, nos vômitos e na diarreia, por considerar que é um tema que suscita sempre grandes dúvidas e necessitam ser divulgados os cuidados essenciais e os sinais de alerta (Anexo XXXI).

Houve também lugar para realização de pequenas sessões para a saúde individuais ou pequenos grupos sobre o tema da sexualidade. Nestes momentos, muitas vezes aproveitados no gabinete de apoio ao aluno (situado nas escolas), eram abordados temas como o género, a sexualidade, as emoções, a maturação sexual, as ISTs; a violência no namoro e métodos contraceptivos. Todos estes temas eram trabalhados apenas com recurso a imagens e material de apoio. Não sendo os temas previsíveis (eram os jovens que iam conversando e colocando as dúvidas) as exigências eram maiores, pois tinha de ter uma noção de todos os temas que eles poderiam abordar e responder às questões que iam elaborando. Apesar do receio por não conseguir liderar as temáticas, foram sessões muito produtivas e aprazíveis.

Para além das sessões direcionadas para as crianças/jovens e suas famílias, foi-me ainda proposto a realização de uma sessão de educação sobre diabetes e HTA, a qual aceitei (Anexo XXXII). Apesar de não estar diretamente relacionado com o meu público-alvo de atuação, não deixa de ser uma mais-valia pois os participantes eram assistentes operacionais de cuidados a um ATL e apoio domiciliário. Apesar de não haver, no momento da realização da sessão, nenhum caso de criança ou jovem com diabetes e a HTA ainda não ser muito frequente nos jovens, penso que todos os conhecimentos são úteis e pode ser oportuno a sua aplicação a qualquer momento. Como balanço final, acrescento que a avaliação foi muito positiva e o interesse demonstrado, uma constante.

- 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;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de EESIP;
- Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de FFSIP

## Objetivo

**Analisar o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.**

## Atividades

- Observei e analisar a atuação da EESIP;
- Observei e analisar a atuação dos Enfermeiros Generalistas;
- Analisei criticamente e discutir com a EESIP as minhas interpretações;
- Reconheci momentos de aprendizagem que transmitam a importância da existência de enfermeiros especialistas;
- Utilizei uma atitude reflexiva, na prática dos cuidados à criança e sua família;
- Refleti, criticamente, sobre toda a minha prática, com o objetivo de crescer como profissional.

## Reflexão

O EESIP tem a oportunidade de oferecer ao seu público-alvo o acesso a cuidados de saúde integrados e coordenados, dando forma à eficácia e continuidade que se pretende, contribuindo para ganhos óbvios em saúde. Se se acrescentar uma prática baseada na evidência e o desenvolvimento do conhecimento, temos o seu contributo para a evolução da Enfermagem como profissão.

Ao EESIP exige-se compreensão, maleabilidade de ações, rapidez de raciocínio e interligação de competências, capazes de dar resposta a situações complexas e imprevisíveis. Tive a sorte de poder observar e privar com EESIP mito dinâmicas, interessadas e empenhadas no cumprimento das mais atuais diretrizes, para que a qualidade nos cuidados sejam uma constante.

Em contexto de cuidados de saúde primários, há uma responsabilidade acrescida na prestação de cuidados, pois são poucas vezes validados por outrem, ou seja, todos os passos desde a conceção à avaliação são feitos por uma única pessoa, não podendo haver lugar para erros. Juntando a esta fator, a impossibilidade da necessidade de cuidados, temos por diversas vezes situações complexas que necessitam de resolução imediata. Para colmatar possíveis necessidades o EESIP, em contexto de cuidados de saúde primários, precisa de competências cimentadas e globais para a prestação de cuidados com qualidade. Estas competências, próprias do EESIP são essenciais, pois só um conhecimento aprofundado das condições da situação e características dos intervenientes, pode levar a uma solução ou encaminhamento oportuno.

Foi agradável constatar que as escolas não estão sozinhas na educação das crianças e jovens de hoje, havendo lugar para partilha de projetos, sessões de educação para a saúde ou mesmo só apoios momentâneos numa situação específica que se tenta dar resposta.

A responsabilidade de mostrar e contextualizar as necessidades de cuidados é também uma constante, para dar resposta à justificação necessária de recursos. Uma das formas utilizadas é o registo preciso de todas as atividades efetuadas, bem como as dificuldades e entraves encontrados.

Apesar de haver algumas diferenças, tanto no Serviço de Neonatologia como no Serviço de Urgência, as funções de um EESIP prendem-se com a liderança e supervisão da equipa de enfermagem, gestão de stocks e medicação, gestão de conflitos e satisfação das expectativas da equipa, formação em serviço, integração de novos elementos e cumprimento de projectos inerentes à instituição. Em ambas os serviços, existem um número elevado de especialistas. Com agrado, pude verificar que este facto faz com haja não só uma gestão eficaz de recursos materiais e humanos mas também uma maior e melhor gestão de cuidados, no sentido de uma mudança de atitudes e de uma constante melhoria dos cuidados prestados.

Em contexto de Neonatologia, ao EE cabia, nas manhãs, a confirmação da farmácia; cumprimento geral de normas do serviço, requisição de material e farmácia, distribuição dos restantes enfermeiros para o turno da tarde e noite, verificação das condições do edifício e proceder ao pedido de colmatação de estragos, entrar em contacto com as especialidades de Assistente Social e Centro de Saúde. Cumulativamente assumia um papel com maior diferenciação o que permite que assumisse um papel de provedor de cuidados, protetor da família, promotor da saúde, professor e orientador dos cuidados e um elo de ligação entre a equipa multidisciplinar de saúde e o bebé/família.

No Serviço de Urgência, a Enfermeira Especialista não fica com posto de trabalho atribuído. No entanto, fica com a responsabilidade total do serviço como colmatação de faltas, resolução de problemas gerais e conflitos, pedido urgente de material e farmácia, ajuda aos colegas quando necessário. Acima de tudo a Enfermeira Especialista, tem uma visão de todo o serviço e de como ele decorre, sendo um pilar de equilíbrio entre a equipa de enfermagem, a equipa médica, a equipa de assistentes operacionais e as crianças/jovens e seus familiares.

Após análise e depois de me sentir um pouco mais “Especialista”, pude verificar que a responsabilidade, em caso de prática de qualidade, é imensa. Na nossa prática diária a responsabilidade das nossas ações deve ser sempre premiada. Em contexto de especialidade, para além das tarefas serem em maior número, devemos servir de modelo para a restante equipa, o que nos merece uma maior dedicação em valores éticos e deontologia profissional, respeitando os direitos, a autonomia, a dignidade, a privacidade, as crenças e valores da, criança/jovem e sua família.

## Objetivo

**Reconhecer/discutir os principais focos da prática de cuidados.**

## Atividades

- Recorri à pesquisa bibliográfica sobre a CIPE e os principais Focos da Prática de Enfermagem, em idade pediátrica;
- Frequentei formação que aborde a implementação da CIPE no local de estágio;
- Identifiquei os Focos da Prática de Enfermagem mais frequentes.

## Reflexão

Poderemos definir foco, como parte ou local que queremos dar destaque. Serve esta atenção em determinada área, para a correta construção dos diagnósticos de enfermagem e posterior planeamento das intervenções, com produção de resultados sensíveis.

Esta prática torna-se tanto mais viável, quando for utilizada a CIPE (classificação internacional para a Prática de Enfermagem) para uniformização da nossa linguagem, objetivos e saberes. Foi meu desejo aprofundar esta área já que na minha prática diária, não a concretizo muito.

Nos primeiros momentos de contato com a realidade do SP, tentei reconhecer os principais focos da prática, identificados no plano de cuidados, segundo a versão 2 da CIPE, no SP. Pude constatar os focos mais identificados eram: adesão ao regime medicamentoso; papel parental; tomar conta; alimentar-se; dor; eliminação; ferida cirúrgica. Os focos identificados pareceram-me apropriados, apenas definiria, na maior parte dos casos, o Foco Ansiedade, de modo a justificar intervenções planeadas para melhorar o estado de ansiedade inerente a uma hospitalização, processos cirúrgicos ou intervenções dolorosas.

Os focos mais utilizados no serviço de Neonatologia foram a infeção; o conhecimento; a dor; o desenvolvimento infantil, mamar, maceração, conforto e tomar conta.

No Serviço de urgência, a situação pautou-se de maior dificuldade. Ainda em teste de programa informático “J-One”, não eram planeadas nenhuma atividades ou afins. Os registos e planeamentos eram feitos em notas descritivas da situação, em folha escrita manualmente, que era depois anexada ao processo físico. Esta realidade surpreendeu-me pois pensei que usariam já uma forma mais produtiva de realização de registos e produção de indicadores. Mesmo na administração de terapêutica, as incongruências com a utilização de um método fiável e seguro eram algumas. Não havia folha para registo de terapêutica administrada, nem em horário, nem em SOS. Foi algo que me impressionou, pois a utilização de métodos pouco fiáveis, induzem ao erro. Mesmo em situação de consulta rápida (por exemplo a administração de um antipirético), a tarefa não era fácil pois tinha de ler-se os registos todos à procura de registo de administração, misturados em texto com os restantes registos. Apesar desta crítica, sei que o serviço está em testes para a implementação de um programa informática que vai contemplar e colmatar todos os aspetos que referi. Apesar de a equipa se mostrar um pouco reticente à mudança, penso que vai ser uma mudança para melhor, no que respeita a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

## 3.2 – Domínio da Formação em Enfermagem

Na nossa profissão, a formação é essencial para a promoção da adequação dos cuidados à mudança tecnológica e de padrões. Diariamente, tanto as inovações como o resultado de investigações em diversos campos emanam novidades e novas formas de atuação. Por outro lado surgem, também, novas fontes de intervenção. Tanto a umas como a outras temos, imprescindivelmente, de manter constante proximidade.

- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

### Objetivo

**Promover formação em serviço, de acordo com as necessidades detetadas, junto da equipa.**

### Atividades

- Realizei pesquisa bibliográfica, de forma sistemática, para aprofundar conhecimentos nas diversas áreas a abordar;
- Divulguei formações existentes, sobre temas pertinentes;
- Facultei documentos e estudos sobre temas atuais;
- Comuniquei resultados de formações e experiências vividas;
- Identifiquei as necessidades formativas da equipa;
- Realizei sessão de formação a pares indo de encontro às necessidades verbalizadas.

### Reflexão

A formação específica no local de trabalho é um dos principais incentivos à inovação e atualização de conhecimentos, tornando-se facilitada quando há adequação dos temas às necessidades evidenciadas.

Por querer participar num momento de partilha de conhecimentos específicos, falei com a minha tutora e com a enfermeira responsável, no sentido de indagar e fazer emergir um tema atual e oportuno, que fosse uma mais-valia para os pares.

A resposta foi favorável e o tema acordado foi o SBV do adulto e pediátrico, com as atualizações das novas *guidelines*, de outubro de 2010. Esta necessidade surgiu na impossibilidade do colega que estagiou anteriormente efetivar esta formação, tendo elaborado uns pósteres com as diretrizes do tema em questão. Juntando o facto de, em breve, a UCC receber carros específicos para atuação em caso de emergência, tornou-se pertinente o tema.

A formação teve lugar na própria UCC e contou com os elementos que se encontravam a trabalhar, incluindo a responsável. Visto o número de elementos presentes (e esperados) ser reduzido, não foi utilizado qualquer tipo de meio audiovisual. Foi usado manequim de reanimação e insuflador manual, para descrever a atuação no caso de PCR.

As opiniões foram positivas pois consideraram que, não sendo um tema que se aborde com frequência, corre o risco de cair no esquecimento e os conhecimentos não conseguirem ser mobilizados em tempo oportuno.

Não tive qualquer dificuldade na execução da formação, devido à minha prática diária e atualizações frequentes em que tenho participado.

### 3.3 – Domínio da Gestão em Enfermagem

A gestão é primordial para atingir a qualidade na prestação de cuidados, devendo ser uma área de intervenção na prática cuidados de Enfermagem. O ato de gerir em enfermagem implica aquisição de competências relativas à gestão dos cuidados e da informação, assim como dos recursos materiais e humanos.

- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP.

#### Objetivo

**Conhecer a estrutura física, a dinâmica e o funcionamento dos Serviços, como unidade de prestação de cuidados.**

#### Atividades

- Realizei visita guiada às instalações;

- Observei o funcionamento e dinâmica do Serviço, através da observação direta dos seus profissionais, reconhecendo o método de trabalho utilizado;
- Consultei protocolos, normas e procedimentos do serviço;
- Realizei entrevista informais com o Enfermeiro Tutor e restante equipa, de modo a conhecer a dinâmica do serviço;
- Cumpri e promover os procedimentos de melhoria contínua da qualidade.

## Reflexão

Em todos os módulos de estágio fui atenciosamente recebida, pela Enfermeira chefe ou responsável, sem prejuízo da atenção prestada. Numa primeira abordagem foi-me proporcionada visita guiada às instalações e conhecimentos gerais sobre o funcionamento e dinâmica dos serviços, conhecendo ao mesmo tempo os elementos constituintes da equipa.

À medida que o estágio decorria, tive oportunidade de questionar as tutora e a restante equipa, sobre certos aspetos que desconhecia, para me inteirar da dinâmica específica de cada serviço.

Tanto no SP como no serviço de Neonatologia cada Enfermeiro presta cuidados globais às suas crianças/jovens, através do método individual, podendo contar com a ajuda dos colegas se achar necessário. Há, por turno, um Enfermeiro responsável que é também especialista, que serve de coordenador e orientador da equipa. Cada turno inicia-se e termina da mesma forma, com a passagem de turno. Neste momento de partilha, são passadas informações relevantes sobre as crianças/jovens, a equipa, o funcionamento do serviço, divulgam-se formações e discutem-se novas ideias. Para além da passagem de informação centrada no doente, há momentos de partilha verdadeiramente produtivos, quase de catarse. O facto de a chefia ser recente, aumenta a informação partilhada, bidireccionalmente.

O modelo de enfermagem presente nos cuidados que presenciei é o de parceria de cuidados de Anne Casey. Permitiu-me perceber em que consistia, comparando a prática com o que está descrito na literatura e fazer parte integrante desta forma de cuidar em pediatria, como por exemplo quando um pai não se sentia capaz de trocar o saco de colostomia do filho, este ato não era entendido como falta de atenção e era colocado novo saco. Posteriormente e através do diálogo tentaria perceber-se qual a razão de tal situação e colmatava-se alguma necessidade existente.

Pude constatar que, a maioria dos cuidados eram prestados pelos cuidadores (maioritariamente mães), sendo que havia uma preparação dos mesmos para a prestação de cuidados mais específicos.

O modelo de Parceria de cuidados foi criado por Anne Casey em 1988 para ser implementado nos cuidados pediátricos, com o objetivo de promover a proteção do vínculo da criança com a família. A aplicação deste modelo promove o processo de vinculação entre pais

e filhos e o desempenho do papel parental, preparando a família para o regresso a casa, envolvendo 5 elementos essenciais: a criança, a família; o EESIP; o ambiente e o estado de saúde. (Farrell, Michael, 1992) Neste modelo de parceria de cuidados o enfermeiro assume os cuidados de enfermagem, quando necessários, incentivando os pais a realizarem cuidados que respondem às necessidades básicas da criança. O enfermeiro apenas deverá prestar cuidados básicos quando a família não apresentar capacidade que garantam a eficiência dos mesmos.

Na realidade do SP apenas deveria ser melhorada a negociação dos cuidados. A negociação dos cuidados carece de objetivos comuns entre pais e profissionais, cuja formulação precisa de diálogo prévio. Quero com isto dizer que, apesar dos cuidados serem centrados na criança/jovem e do enriquecimento da família, estes ainda são muito “pensados” tendo em conta os objetivos do enfermeiro e não tanto dos pais. Contudo não é uma mudança fácil, tendo em conta o pensamento de alguns enfermeiros que assumem a sua lei como geral.

O serviço de Neonatologia, sendo uma unidade ampla e aberta, em termos de espaço, esta é dividida, a meio, por uma parede baixa, que serve de limite ao posicionamento das incubadoras/berços. Apesar de não haver diferenças estruturais, assume-se que, do lado esquerdo do serviço são colocadas unidades para bebés com necessidade de cuidados intensivos. Do lado direito encontram-se os bebés mais estáveis, com necessidade de cuidados intermédios. Esta noção de espaço aberto é facilitador da vigilância permanente e rápido acesso às unidades. Por outro lado inibe a privacidade dos bebés e dos pais, não permite barreiras de som ou luz nem de possíveis infeções cruzadas. Tenho ainda a apontar a inexistência de uma unidade de isolamento, com pressões, para alocar bebés com necessidade de isolamento de procedimentos. O isolamento é apenas de contacto, quando há necessidade de tal.

Aspetos como o som aumentado e a luminosidade podem interferir, negativamente, no desenvolvimento do recém-nascido. Apesar de aberta, a Unidade era mantida o mais silenciosa possível, havendo sempre o alarme dos monitores e ventiladores, que eram prontamente atendidos. O cuidado com o ruído e sonoridade do ambiente era patente no dia a dia, com o intuito de precaver possíveis efeitos como *“causar perda de audição, além de interferirem com o repouso e o sono do recém-nascido, levando a fadiga, agitação e irritabilidade, choro, aumentando a pressão intracraniana e predispondo a hemorragia craniana intraventricular...aumenta o consumo de oxigénio... o que resulta em aumento do consumo calórico e ganho de peso lento.”* (Tamez, et al., 2002)

A luminosidade era também um cuidado da equipa, devido aos efeitos que a luz fluorescente pode causar como *“afetar o desenvolvimento normal da retina nos prematuros, aumentando os riscos de retinopatia da prematuridade, com possível cegueira”* (Tamez, et al., 2002)

Cada bebé tem a sua unidade apetrechada com os utensílios que necessita (roupa, fraldas, compressas, pomadas), luz individualizada (que apenas é ligada quando necessário um procedimento mais preciso), rampa com oxigénio, aspiração e humidificação, se

necessário. Não são permitidas trocas de materiais entre as unidades, como forma de limitar as infecções cruzadas.

Em contexto de SU, após a reunião geral dos enfermeiros, dois elementos vão para a sala de observações, onde há 10 camas e são aí transmitidas informações relativas àqueles doentes em particular. A restante equipa é distribuída pelos setores respetivos como pequena cirurgia, área médica e triagem, onde é passada a informação dos doentes que lá permanecem. Para realizar triagem ficam destacados os elementos mais experientes no serviço, rodando entre si ao longo do turno. A área médica dá apoio aos gabinetes médicos de 1 a 6, a área de pequena cirurgia dá apoio à área de cirurgia e trauma. O modelo de enfermagem presente nos cuidados que presenciei é o de parceria de cuidados de Anne Casey. Permitiu-me perceber em que consistia comparando a prática, com o que está descrito na literatura e fazer parte integrante desta forma de cuidar em pediatria.

Em todos os serviços me foi facultada a consulta de protocolos à exceção da UCC, por não se encontrar desenvolvido. Estes protocolos, se atualizados, servem de guia e apresentação dos objetivos do serviço.

Reportando-me ao facto de as USFs partilharem o edifício com a UCC, posso depreender as vantagens que daí advêm. Por diversas vezes pude constatar a ligação entre os pares, de forma mútuo, tanto as EESIP partilhavam informação e tiravam dúvidas aos pares das USFs, como eram as USFs que davam apoio quando havia necessidade de encaminhamento de situação específica. Torna-se assim evidente a partilha e mútuo enriquecimento.

Apesar de haver um gabinete destinado ao apoio da saúde escolar, eram poucas as vezes que lá permanecíamos, pois a grande parte dos cuidados eram efetuado nas escolas junto das crianças e jovens, bem como das pessoas de sua relação. Isto levava a que comunicação entre pares, tanto de necessidades sentidas, como soluções encontradas era, por diversas vezes, conseguida apenas por recurso a *mail* pois como os locais de atuação divergiam, as hipóteses de permanência conjunta no gabinete era diminuta. Este fator pode ser revestido de desvantagem pois limita a comunicação entre pares, tanto de resultados obtidos como para *brain-storming* de soluções possíveis para um hipotético problema.

## Objetivos

**Conhecer o circuito que o recém-nascido, criança / jovem e sua família percorrem, até chegar ao Serviço;**

**Conhecer o processo de admissão.**

## Atividades

- Consultei protocolos, normas e procedimentos do serviço;
- Realizei entrevista informais com o Enfermeiro Tutor e restante equipa, de modo a conhecer a dinâmica do serviço;

- Observei participante da estrutura física, funcionamento e organização da Unidade;
- Observei os cuidados prestados aquando do nascimento de um prematuro/bebé, no bloco de partos.

## Reflexão

A área da Neonatologia era a área em que tinha mais falta de conhecimentos, por ser uma área na qual não tinha qualquer experiência e devido às suas particularidades. No Serviço de Neonatologia, são admitidos recém-nascidos portadores de patologia que necessite de cuidados especializados, que nasceram no Hospital de Braga ou na sua área de abrangência. São também admitidos prematuros e bebês, com necessidade de internamento, que ainda não tenham completado os 28 dias de vida. Este aspeto de serem internados bebês que já tiveram algum tipo de experiência no exterior, traz várias complicações, nomeadamente o risco de infeção cruzada acrescido. Estes bebês são colocados em isolamento de procedimentos.

No caso de bebês nascidos dentro do mesmo hospital, a equipa logo se prepara para os receber, aprontando as unidades respetivas e o material necessário. Dentro da unidade existe um saco, preparado com o material de primeira abordagem, para atendimento à criança com necessidade de cuidados urgentes. Juntamente com a Enfermeira responsável segue o saco e a incubadora de transporte para o Bloco de Partos, onde são acolhidas as crianças acabadas de nascer. Em conjunto com os elementos do Bloco de Partos é feita a primeira abordagem ao prematuro/recém-nascido com necessidade de cuidados diferenciados, tomando-se todos os passos necessários para estabilizá-lo. Se possível são seguidos passos como observação do seu estado geral, limpeza das vias aéreas, identificação do recém-nascido e do processo clínico, administração intramuscular de Vitamina K, aplicação de colírio oftálmico, avaliação dos parâmetros antropométricos do recém-nascido e respetivos registos. Após colocá-lo na incubadora de transporte, este é levado para a Unidade. Algo que me deixou satisfeita, foi o cuidado, que observei, dos elementos proporcionarem um momento de contacto entre os pais e o prematuro, incentivando mesmo a fotografia, para que os pais possam ficar com a imagem do seu bebé. Em todos os casos é dada escolha, ao pai de acompanhar o prematuro até à unidade, onde permanece junto dele enquanto se prestam cuidados não invasivos.

Quando há nascimentos fora do hospital, mas que necessitem de cuidados diferenciados ou que venham transferidos de outro hospital, estes dão entrada diretamente para a unidade.

Independentemente das circunstâncias da entrada, é preenchido o processo do bebé, identificado com pulseira própria e é preenchida a *Folha de vigilância contínua do recém-nascido*. (Anexo XXXIII)

Logo que haja estabilidade hemodinâmica, há oportunidade de elaborar o Plano de Cuidados, utilizando linguagem CIPE (*Classificação Internacional para a prática de*

*Enfermagem*), através do programa informático *Glint*, que se encontra implementado em todo o Hospital de Braga e tem articulação com os restantes serviços de apoio e continuidade de tratamentos. É também dado ênfase à colheita de dados que, logo que possível é preenchida informaticamente. Não fazem logo uma colheita muito exaustiva devido à situação de stress dos pais, avaliando apenas os parâmetros que julguem necessário naquela situação.

É ainda encorajada a visita ao bebé, logo que a mãe se encontre apta. Todas as informações pertinentes são dadas no momento, mesmo as “menos desejadas”. Compreendo que seja difícil ouvir que um filho corre risco de vida, quando tudo deveria ser perfeito, se mesmo para quem ainda não estabeleceu ligação a situação seja envolta em dor.

Aquando da admissão de uma criança/jovem no SP, ele pode vir: do Serviço de Urgência do HB; transferido de outra unidade hospitalar; do Bloco Operatório do HB; da Unidade de Cuidados Intermédios do HB; do Serviço de Neonatologia do HB; da Consulta Externa do HB ou de casa, na situação de internamento para cirurgia programada.

O acolhimento é feito de forma individualizado, onde são apresentadas as instalações. Muitas das vezes apenas é apresentado o quarto e instalações sanitárias, descurando a existência de um refeitório e das salas das atividades. Outro aspeto que deveria ser melhorado era a apresentação da pessoa que está a receber a criança/jovem. O facto de dizer-mos o nosso nome transmite proximidade, segurança e responsabilidade.

Como é sabido, uma situação de internamento é sempre fator de ameaça ao equilíbrio, independentemente da causa. Quando estamos ansiosos ou preocupados com algo, não assimilamos o que nos é dito na totalidade. Por estas razões, e na tentativa de melhorar o atendimento no SP elaborei Guias de Acolhimento (Anexos XXIV, XXV e XXVI), para que a informação fosse consultada com calma ou em lugar de dúvidas, situação descrita anteriormente. Percebi que os pais aceitam o guia e ficam concentrados nas suas preocupações, sabendo que têm um auxílio quando as dúvidas surgirem.

Para além da informação transmitida e logo que oportuno, era recolhida informação pertinente sobre a criança/jovem, registada depois em suporte informático. Para colaborar na correta colheita de informação elaborei um Guia de Avaliação Inicial (Anexo XXII), já descrito. Apesar de haver um cuidado na recolha dos parâmetros, nem sempre se procedia à atenção aos mesmos. Por exemplo se uma criança, na avaliação inicial, refere que apenas toma banho à noite, é quase padronizado que será “encaminhada” para os cuidados de higiene, pela manhã.

Para além do sistema informático, havia ainda lugar para o processo físico, em que constavam as prescrições não farmacológicas e a medicação transcrita para folha própria. Nesta folha era já colocada a medicação prescrita, as diluições específicas e tempos de perfusão para cada medicamento. Depois de preenchida esta era validada por outro colega, para se limitarem os erros inerentes à transcrição de qualquer informação. Se por um lado concordo que o uso de transcrição de prescrição terapêutica se encontra obsoleto, por outro constatei que se torna processo facilitador (salvaguardando-se os cuidados de segurança) pois

apresenta-se já a diluição e tempos de perfusão imediatamente, sem ter de estar a fazer cálculos apressados no momento de administração.

## Objetivo

**Conhecer a dinâmica de assistência à criança/jovem e família, bem como a articulação do serviço com os apoios existentes nos cuidados imediatos e preparação para o regresso a casa.**

## Atividades

- Consultei protocolos, normas e procedimentos do serviço;
- Realizei entrevista informais com o Enfermeiro Tutor e restante equipa, de modo a conhecer a dinâmica do serviço;
- Identifiquei o modo como o serviço se articula com: o serviço de imagiologia; consultas de especialidade.
- Reconheci o modo de atuação aquando do regresso a casa.

## Reflexão

Quando uma criança/jovem necessita de apoio de imagiologia, fisioterapia, cinesioterapia, entre outros, esta é acompanhado pelos pais presentes e por um assistente operacional, contactado para o transporte. Apenas quando a situação clínica da criança o exige, é que a mesma é acompanhada por uma enfermeira. Relativamente a este aspeto as normas são omissas, estando esta informação afeta à experiência das colegas. No entanto, era fluida a atuação dos assistentes operacionais, que geralmente eram os mesmos. Este fator favorece a continuidade dos cuidados pois a criança não é posta em contacto com elementos desconhecidos a todo o tempo, desnecessariamente.

O apoio documental à integração de elementos no serviço estava a ser reformulado pelos seus elementos, não havendo grande informação disponível. O HB tem um acesso direto à sua página web, em que estão divulgados todos os protocolos, procedimentos e instruções de trabalho, facilmente consultados. Apenas a salientar que este acesso deveria poder ser, também, feito a partir de casa dos colaboradores mediante, por exemplo, a confirmação com uma password. Isto permitiria que os profissionais tivessem mais tempo disponível para se inteirarem das novas formas de atuação exigidas, segundo a visão da instituição.

Os serviços de apoio num serviço de Neonatologia, são usados enquanto a criança lá permanece e podem ser usados para o seu tratamento e preparação para a alta. Quando um bebé sai do Serviço de Neonatologia pode ter vários destinos: o Serviço de Pediatria; o Serviço de Obstetrícia; Serviços de Neonatologia da sua área de residência ou o domicílio.

Em todos os casos a transferência é preparada com a possível antecedência. São avisados os pais e informados de todo o procedimento. Caso a transferência seja feita para

dentro do Hospital é feito um contacto telefónico prévio, para indagar a possibilidade de transferência, acordar pormenores e relatar o essencial dos cuidados ao bebé em questão e sua família. A restante informação, bem como o plano de cuidados já elaborado, ficam acessíveis de imediato, através do programa informático disponibilizado. Neste programa são transmitidas todas as informações relativas aos acontecimentos passados, plano de cuidados realizados e a cumprir, meios auxiliares de diagnóstico, diários clínicos e de enfermagem, dietas pedidas, prescrições farmacológicas e não farmacológicas, gráficos de vigilância, entre outros parâmetros que tenham sido registados. Todos estes cuidados foram, por mim, tidos em conta para que este processo corresse da melhor forma.

Quando a transferência é efetuada para fora do hospital, para outra unidade de tratamento, a mesma plataforma informática permite a realização de uma carta de transferência de enfermagem, completa com o historial do bebé, atividades planeadas e já executadas, tendo ainda lugar à possibilidade de se acrescentar qualquer tipo de informação que se julgue necessária. É uma carta completa, que transmite, a quem não conhece, o que foi a realidade da criança, o que é e o que se planeia que seja, desenvolvendo a forma de o conseguir. Nestes casos, a criança poderá ir acompanhada de médico e/ou enfermeiro, incumbidos de mantê-la estável e confortável no percurso e apresentar a sua situação no local de destino. Aquando da minha permanência neste campo de estágio, apenas houve lugar à transferência de um bebé para outra unidade hospitalar, por se encontrar mais próximo do local de residência dos pais, e algumas crianças para o seu domicílio. Todas correram bem e penso terem sido dados todos os passos ideais.

O regresso a casa é preparado logo, aquando do momento de entrada da criança na unidade. Com isto quero dizer que a família da criança, desde cedo, é informada de todas as necessidades da criança. Há um empowerment constante, essencialmente dos pais, para a aquisição de competências relativas ao cuidar do seu bebé. Mesmo depois da alta médica, pode haver crianças que permaneçam na unidade, apenas porque aguardam que os pais se sintam capazes de os receber em casa. O trabalho em parceria é constante e são chamados todos os recursos que possam auxiliar, como a família e outros recursos da comunidade. Foi confortável ver sair alguns bebés para as suas casas e a alegria dos seus pais. Mesmo depois da saída dos bebés, o contato com a unidade permanece, através de contatos telefónicos, envio de fotografias ou mesmo presenciais. Estes bebés mantêm ligação com o hospital através da consulta externa de pediatria. O encaminhamento para o Centro de Saúde da área é sempre assumido pela equipa de enfermagem. É feito um contacto prévio com a equipa da comunidade que vai ficar responsável pelos cuidados da criança, em que é feita uma primeira apresentação das necessidades dos bebés. Aquando da alta é comunicado, à mesma equipa, que o bebé já se encontra no seu domicílio. Quando são bebés que necessitarão de apoio de Assistente Social, o primeiro contacto é também efetuado pela equipa de enfermagem.

Enquanto estão em recuperação, os bebés podem necessitar de apoio de imagiologia; assistente social; psiquiatria; cirurgia; fisioterapia; terapia da fala; ortopedia; oftalmologia;

otorrinolaringologia; neurocirurgia; endocrinologia; capelão, entre outros. Todas estas especialidades são disponibilizadas no Hospital de Braga. Consoante os casos, estes bebés são observados na unidade. Só quando há necessidade de suporte de material que não possa ser transportado, é que ocorre a deslocação do bebé ao local onde este material se encontra, sempre acompanhado pelo enfermeiro responsável. Penso que as situações fluem sem grandes atropelos, privilegiando-se a permanência do bebé na unidade, com todos os sacrifícios que possam envolver. Vê-se assim o respeito que existe por eles, pois as situações são planeadas, tendo em conta o bem-estar e segurança contínua.

No caso do Serviço de Urgência Pediátrica, encontram-se disponíveis 24h as especialidades de Pediatria e Cirurgia. Fora das instalações do serviço, mas dentro do hospital, as crianças/jovens podem contar com especialidades como imagiologia; cardiologia; ortopedia; otorrinolaringologia; oftalmologia; neurocirurgia; assistente social. Apenas quando as crianças estão instáveis, são acompanhadas aos serviços de apoio. A ligação e comunicação com estes serviços, é feita através de telefone ou através do programa informático disponível, o J-One. Senti que, quando as crianças e familiares não são acompanhados neste processo, sentem-se um pouco perdidos e “abandonados”. Esta sensação pode ser evitada se forem explicados todos os passos do procedimento, boa sinalética e uma atitude de disponibilidade. Como os elementos são, muitas das vezes, poucos para o volume de trabalho, não podemos assumir a saída dos mesmos para o exterior a não ser que seja essencial a sua deslocação.

## Objetivo

**Conhecer a prática de gestão.**

## Atividades

- Conheci e acompanhar o cumprimento das funções do enfermeiro responsável de turno;
- Conheci as funções do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica;
- Conheci as funções da enfermeira chefe;
- Observei participante das áreas de atuação do enfermeiro generalista e do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica;
- Observei a gestão de recursos humanos;
- Compreendi a gestão de recursos materiais;
- Observei participante na dinâmica das atividades desenvolvidas na área da gestão dos cuidados de enfermagem, recursos humanos e materiais, no decorrer dos turnos.
- Realizei entrevista informal à chefe do serviço relativamente à prática de gestão de enfermagem do serviço.

## Reflexão

Durante o estágio, tive oportunidade de acompanhar as Enfermeiras Chefes, no desempenho das suas atividades de gestão. Apesar de ser em contexto diferente, esta experiência não foi totalmente novidade. Enquanto Enfermeira do Serviço de Neurocirurgia tive, por diversas vezes, estas funções a meu cargo ora apoiando a Enfermeira Chefe, ora substituindo-a em caso de férias ou doença. Mesmo tendo alguma experiência, este meu percurso no estágio foi produtivo devido às diferenças de gestão que pude observar. Para além de ter de gerir uma equipa, formada por personalidades e competências diferentes, há que gerir um património físico, material e equipamentos, bem como medicamentos e restantes constituintes. Toda esta variedade torna, só por si a tarefa mais complexa, juntando-se a pressão do fator económico, cada vez mais pesado na balança de critério de seleção e prémio de gestão.

Em contexto de SP, a minha atitude foi apenas de observação dos cuidados de gestão de cuidados prestados pela minha Tutora. O ESIP é chamado a decidir, sobre diversos aspetos, na ausência da chefia. Para além do trabalho direto com os utentes, este acumula a gestão de camas, de refeições e avarias, bem como de assuntos relacionados com a transferência de doentes, pedido extra de materiais e medicamentos, cabendo-lhe de efetuar a distribuição dos doentes por enfermeiro. A gestão dos materiais é, cada vez menos, um trabalho moroso. Este é feito através do sistema de reposição por níveis, pelo serviço de aprovisionamento. A medicação é distribuída através do sistema Unidose, o que permite haver medicação correta, validada e atempada. Para além deste existe um stock, composto pelos medicamentos mais usados no SP e repostos semanalmente pelo serviço farmacêutico.

No Serviço de Urgência, a gestão era partilhada com outro serviço, a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, daí que o meu acompanhamento tenha sido mais fortuito. O meu período de estágio também coincidiu com uma fase de grandes controvérsias no serviço, compreendendo que não deveria interferir, por não me dizer respeito. Após análise apenas consigo dizer que as decisões de gestão, por vezes, não são corretamente compreendidas por quem tem de as acatar por não serem devidamente esclarecidas. Com isto quero dizer que as decisões devem ser tomadas com firmeza, conscientes da sua positiva resolução e dirigidas diretamente às pessoas em questão, não dando azo a confusões e mal interpretações.

Relativamente ao material necessário para suporte ao serviço esta era feita através de substituição por níveis, atribuindo um código a cada material, de maneira a que o funcionário do armazenamento pudesse repor sem a intervenção constante do pessoal do serviço. A reposição da medicação era levada a cabo pelas técnicas farmacêuticas, diariamente, ficando a cargo da enfermeira. Toda a medicação prescrita era retirada de uma máquina "Pixies", após toque digital dos enfermeiros, método que desconhecia e achei muito eficaz na prevenção de gastos não controlados, servindo também de registo de remoção de terapêutica associada a determinado doente.

Em contexto de Neonatologia também a gestão era partilhada com o serviço de parto e puerpério. A dificuldade com as características da equipa e edifício mantinha-se. A reposição de material era também de substituição por níveis. A medicação, por outro lado, era feita semanalmente pela EE, tarefa que tive oportunidade de observar e colaborar. É preciso ter uma noção geral dos gastos médios, bem como dos específicos para a situação vivida no momento, havendo necessidade de ter um conhecimento profundo da terapêutica a ser utilizada naquela determinada semana. Ao sair do contacto direto com o doente, lembrei-me da complexidade na gestão de um serviço, o que me abriu novas perspetivas a outras formas do cuidar. Torna-se necessário ser um motor na dinamização da equipa, ao mesmo tempo que se pesam custos/benefícios na otimização dos recursos. Esta experiência permitiu-me melhorar competências na orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade na otimização do processo de cuidados, ao nível da tomada de decisão.

### 3.4 – Domínio da Investigação em Enfermagem

Quando queremos primazia no que fazemos, não podemos descurar a atualização constante, sem a qual corremos o risco de não termos qualidade na nossa prática. Essa atualização não pode existir sem a busca constante de novas informações e resultados, que surgem constantemente. Outro aspeto importante a ter em conta é a partilha dessa mesma informação, seja pela partilha direta da mesma com os pares, seja pela divulgação dos nossos trabalhos e próprios estudos.

Para a contribuição na investigação, todos devemos ter um conjunto de atitudes, entre eles a comunicação da nossa prática, anteriormente fundamentada, através dos SIE. Esta prática torna-se ainda mais premente no EE, a quem acresce a responsabilidade de partilha e incentivo no que respeita à investigação.

- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.

## Objetivo

**Aprofundar conhecimentos sobre linguagem CIPE para documentar e comentar a minha prática, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.**

## Atividades

- Utilizei a linguagem classificada, para analisar e registar a minha prática;
- Efetuei registos, utilizando o sistema de informação – SAPE;
- Analisei, junto da ESIP, os principais Focos de Enfermagem utilizados, bem como as intervenções planeadas;
- Analisei a parametrização existente do SAPE, na UCC de Vila Verde.

## Reflexão

Durante o meu estágio tive oportunidade de registar as observações efetuadas e atividades cumpridas durante as consultas de SIJ, no SAPE.

Este sistema pode ser uma mais-valia para a prestação de cuidados, na medida em que direciona o profissional para as atividades prementes em determinado foco de atenção. O problema está se o sistema não estiver adequadamente parametrizado para a otimização dos resultados finais- correto guia de ação, registo fidedigno do sucedido e veículo de avaliação da eficácia dos cuidados. Cabe ao EESIP a busca constante de focos diferentes para conseguirem, efetivamente descrever o que foi feito, não se deixando levar pelo hábito de escolher sempre os mesmos focos para registar a sua atenção e prática.

Pude observar que os focos mais utilizados nas consultas de SIJ eram: o desenvolvimento infantil; a parentalidade; a alimentação; a adesão à vacinação; a precaução de segurança; instruir sobre comportamentos de risco e amamentação. Quando selecionados, estes focos transmitem de imediato as atividades que colmatam o foco, podendo o enfermeiro escolher, ou não, a sua utilização. Se bem que podem servir de guia, eles devem ser analisados com capacidade crítica, sob prejuízo de estarmos a afirmar um acontecimento que não se efetivou, como mecanicamente há tendência de se fazer, unicamente para “mostrar trabalho”, ou por outro lado, ser de tal forma limitativo que não dá aso a pensamento de novas atividades, para além das sugeridas.

No que diz respeito à saúde escolar, não realizei muitos registos, não me tendo inteirado corretamente nos focos utilizados. No entanto, posso afirmar que eram utilizados focos como: a sexualidade; o conhecimento sobre a saúde; conhecimento sobre o serviço comunitário e dentição comprometida. Ao contrário dos focos usados na consulta de SIJ, os usados na saúde escolar não apresentavam sugestões de atividades, o que levava a uma busca morosa de todas as atividades colocadas em prática. Penso que uma boa parametrização resolveria o problema, e quem melhor que uma EESIP para cruzar conhecimentos teóricos e práticos e aplica-los para o uso comum.

## Objetivo

**Compreender o impacto da doença crónica/incapacidade da criança no seio familiar.**

## Atividades

- Realizei pesquisa bibliográfica, sobre o impacto da doença crónica/incapacidade da criança no seio familiar;
- Realizei entrevistas informais à criança/jovem e sua família, de modo a conhecer melhor as suas realidades, entendendo de que forma a mesma fica afetada por um processo de doença crónica ou incapacidade;
- Promovi diálogo entre a equipa, para a planificação cuidada de ações facilitadoras, tornando o internamento menos marcante;
- Promovi a análise de rede de apoio familiar;
- Prestei cuidados à criança com doença crónica.

## Reflexão

Compreender as implicações da doença crónica no seio familiar não foi tarefa fácil. Não porque elas não existissem, mas porque para aquelas famílias, com quem tive contacto, a dinâmica familiar já estava de tal forma influenciada pela existência de determinada doença que já se tinham reformulado e adaptado, não havendo desequilíbrio. Aquando do meu contacto estas famílias, a quem já tinha sido feito o diagnóstico de doença crónica ou incapacidade de seus filhos, já tinham evoluído “através de uma sequência bastante previsível de estágios, independentemente da natureza real da condição.” (Hockenberry, Marilyn J., 2006) O mesmo autor defende que estas famílias atravessam fases como o *choque e negação*, em que pode haver uma má interpretação, pelos profissionais de saúde, de má adaptação quando, pelo contrário, esta família se encontra em “amortecimento necessário para evitar a desintegração, sendo uma resposta normal a qualquer tipo de perda”. A fase seguinte é assumida como *ajuste* em que pode haver sentimentos de *culpa e raiva*, esta é uma fase crucial pois, os comportamentos apresentados pelos pais vão influenciar a resposta da criança ao distúrbio. A fase final é entendida como de *reintegração e reconhecimento*, em que há “expectativas realistas para a criança e reintegração da vida familiar com a doença ou incapacidade na perspectiva apropriada.”.

Mesmo quando havia lugar a um internamento, não era a doença em si que ameaçava a estabilidade, mas sim o processo de internamento em si. Foi realmente gratificante poder privar com estas pessoas, tornando-me mais compreensível e agradecida, proporcionando-me verdadeiros momentos de enriquecimento pessoal.

Foi sem dificuldade e até com grande vontade que interagi com estas crianças/jovens e suas famílias portadoras de doença crónica de várias etiologias. Ao assumir a grande

importância dos conhecimentos da família sobre a doença e as suas implicações, nos cuidados por eles prestados, estava a respeitar o seu percurso e esforço para a harmonia de toda a situação. Ao dar continuidade aos cuidados prestados pela família, mesmo de uma forma diferente da que faria, não quer dizer que estava a ser menos profissional, esta sim a adaptar-me às necessidades daquela família em particular, sem descurar a qualidade. Muitas das vezes são os familiares que nos dão informações preciosas sobre o modo como lidamos com determinada atitude da criança/jovem.

## Objetivo

**Compreender o impacto do processo de hospitalização, promovendo os efeitos benéficos da hospitalização na criança/jovem e sua família.**

## Atividades

- Realizei entrevistas informais à criança/jovem e sua família, de modo a conhecer melhor as suas realidades, entendendo de que forma a mesma fica afetada por um processo de internamento;
- Ofereci soluções fundamentadas, para promover o desenvolvimento psicomotor da criança, em internamento prolongado;
- Promovi a realização de atividades semelhantes ao quotidiano;
- Indaguei sobre rede potencial de apoio;
- Descodifiquei possíveis problemas, estabelecendo relação de ajuda para a sua solução;
- Promovi a capacidade de auto organização das famílias.

## Reflexão

A hospitalização de uma criança/jovem traz, indiscutivelmente, transformações nestas e no seio da sua família, havendo uma conseqüente rutura da dinâmica familiar (separação sobre as funções familiares, perda das funções dos pais e irmãos), tão necessária à estabilidade. Cabe-nos a nós, ESIP, potenciar os efeitos benéficos da hospitalização como: fomentar as relações pais-filho; fornecer oportunidades educacionais; promover o autodomínio e oferecer socialização. (Hockenberry, Marilyn J., 2006) Durante o estágio não tive grande oportunidade de colocar tudo isto em prática, tanto devido ao pouco tempo do mesmo, como aos internamentos pouco longos com que me deparei. No entanto, promovi: a adoção de rotinas semelhantes ao quotidiano como o estabelecimento de horários de sono e repouso; o uso de pertences significativos como brinquedos, almofada ou cobertor; o estímulo visual através de brinquedos improvisados e adaptados ao berço, para que uma criança que necessitasse de repouso absoluto não ficasse privada do mesmo.

Uma atitude de diálogo e questionamento constante favoreceu o conhecimento da realidade em que está inserido o nosso objeto de cuidados. Só tendo uma base de

conhecimentos da família podemos levantar necessidades e adequar soluções, recorrendo muitas vezes a quem os rodeia. Numa situação em particular, com estas atitudes, a equipa conseguiu que uma mãe fosse a casa cuidar do seu outro filho, em simultâneo com o seu marido, deixando a filha que se encontrava internada, ao cuidado de uma tia em quem confiava e com o nosso apoio. Foi, sem dúvida, uma vitória e uma prova de como a equipa se pode unir, através do diálogo e criação de objetivos comuns, para uma melhoria dos cuidados.

Sempre que possível deve tentei que a criança tivesse as mesmas rotinas que tem no domicílio. Lido sem noção da realidade de um internamento até parece uma meta muito fácil de atingir mas, juntando-lhe os ruídos constantes, a luminosidade presente mesmo durante a noite, a ansiedade inerente a um ambiente estranho, os cheiros diferentes, a presença constante de pessoas mais ou menos estranhas...tudo se torna mais complicado. Embora algumas situações não possam ser colmatadas, outras há que poderiam ser modificadas como, por exemplo, uma criança que costuma adormecer pelas 21h não ter de ser incomodada com a avaliação de uma tensão arterial às 23h, ajustando-se apenas o horário da avaliação para uma hora em que esteja acordada, sem prejuízo da sua segurança é claro. São pequenas ações que mostram respeito pela situação da criança/jovem. Sempre que possível tive atenção ao aspeto dos hábitos e rotinas, que conhecia através da avaliação inicial e diálogo frequente.

O desenvolvimento da criança/jovem durante o período de internamento foi também um aspeto crucial tido em conta, principalmente em situações de internamento prolongado. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas em Saúde infantil e Pediátrica (Enfermeiros, 2010), o desenvolvimento reporta-se à aquisição de competências em diversas áreas funcionais como: Amamentação/Alimentação diversificada; Imunização; Higiene e vestuário; Sono e repouso; Brincar; Disciplina; Segurança; Afetos; Sexualidade. Apesar de todas identificáveis isoladamente, considero que são indissociáveis, na construção da criança/jovem. Durante um internamento prolongado, várias são as oportunidades de promoção de desenvolvimento de alguns destes pilares. Esforcei-me por proporcionar brinquedos adequados à idade da criança, como forma de estímulo ao seu desenvolvimento, proporcionei informações, aos pais sobre o estádio de desenvolvimento de seus filhos e como poderiam

## 4 – CONCLUSÃO

Ao EESIP espera-se um nível aprofundado de conhecimentos e competências, capazes de as pôr em prática na sua conceção, prestação e avaliação de cuidados à criança/jovem e sua família.

Na busca de um saber mais fundamentado e preciso, aliado à minha responsabilidade profissional, surge este investimento no MESIP.

Na tentativa de apontar as competências exigidas pela organização do MESIP e as por mim trabalhadas, surge a base deste relatório. Pretendi criar uma leitura fluida e simples, para que o leitor se apercebesse dos objetivos a que me propus, as atividades em que me empenhei, bem como para partilhar as reflexões por mim efetuadas. Quis também transmitir o meu crescimento pessoal e profissional, demonstrando a capacidade de prestar cuidados baseados nas exigências de um EESIP.

Todo o percurso aqui detalhado foi desafiante, pois foi palmilhado de novidades e grandes expectativas. Em cada momento de estágio era convidada a uma panóplia inovações, pois tudo para mim era diferente da minha realidade até então, exigindo de mim um esforço acrescido, esforço este compensado, de imediato, pelo prazer de realização.

È com gratidão que confesso o meu estado de satisfação com o que aprendi e com as mudanças a que me propus, sem qualquer resistência.

Com a elaboração deste trabalho potencieei a capacidade de reflexão da minha prática, das minhas aspirações e limitações a transpor. Todos estes fatores positivos incitam-me a continuar este processo de crescimento e procura, que tanto aprazem.

Em todo o estágio adotei uma atitude positiva, de esforço e investimento nos domínios de atuação do EESIP: Prestação de cuidados; Gestão; Formação e Investigação.

Assim sendo, penso ter atingido os objetivos que inicialmente alvitrei.



---

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ana Paula Relvas. 2000.** *O ciclo Vital da família: Perpetiva sistémica*. Porto : Edições Afrontamento, 2000.
- ARS. 2013.** ARS Norte I.P. *ARS Norte*. [Online] 2013. [Citação: 03 de dezembro de 2013.] <http://www.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte>.
- Batalha L et al. 2007.** Dor em Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Periódica Portuguesa*. 2007, p. 144.
- Batalha, L. 2010.** Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. dezembro de 2010, pp. 73-80.
- CMVV. 2012.** Câmara Municipal de Vila Verde. *Câmara Municipal de Vila Verde*. [Online] 2012. [Citação: 02 de abril de 2012.] [http://www.cm-vilaverde.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=178&Itemid=153](http://www.cm-vilaverde.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=178&Itemid=153).
- DGS. 2012.** Norma DGS. *Plano Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2012.
- DGS. 2010.** Orientação da DGS. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 14 de dezembro de 2010.
- DGS. 2003.** Orientação da DGS. *A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 14 de junho de 2003.
- DGS. 2012.** Portal da Saúde. *Cuidados de Saúde Primários*. [Online] Direção Geral de Saúde, 2012. [Citação: 02 de abril de 2012.] <http://www.min-saude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=2258>.
- DGS. 2006.** Programa Nacional de Saúde Escolar. *Saúde Escolar*. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 7 de junho de 2006.
- DGS. 2012.** *Registo do Aleitamento Materno/ Relatório julho 2010-junho 2011*. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2012.
- DR. 2011.** Diário da República Eletrónico. *dre.pt*. [Online] 18 de fevereiro de 2011. [Citação: 27 de março de 2012.] [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Enfermeiros, Ordem dos. 2010.** *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Volume 1*. Lisboa : s.n., 2010.
- Farrell, Michael. 1992.** Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*. 4, 1992, Vol. 1.
- Hockenberry, Marilyn J. 2006.** *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro : Mosby Editora, 2006.

- 
- Hospital, European Association for Children in. 2009.** *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa : s.n., 2009.
- JCI. 2012.** Joint Commission Internacional. *Joint Commission Internacional*. [Online] 2012. [Citação: 24 de novembro de 2012.] <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/>.
- OE. 2011.** *CIFE versão 2*. Lisboa : Lusodidacta, 2011.
- OE. 2001.** *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- OE. 2001.** *Guias Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- OE. 2001.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- OE. 2011.** REPE. *Regulamento das competências comuns*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- OE. 2011.** REPE. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- OE. 2012.** *Repe e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros - 2012, 2012.
- OE. 2012.** REPE E ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2012.]
- Reis, Gina. 2007.** *Expetativas dos pais durante a hospitalização da criança* . Porto : s.n., 2007.
- República, Diário da. 2011.** Diário da República Eletrónico. *dre.pt*. [Online] 18 de fevereiro de 2011. [Citação: 27 de março de 2012.] [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Rosa, Celia Gouveia. 2011.** Regulamento Interno do Hospital de Braga. Braga : s.n., 2011.
- Silva, Abel Paiva e. 2006.** "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2006.
- Tamez, Raquel Nascimento e Silva, Maria Jones Pantoja. 2002.** *Enfermagem na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2002.
- UCP. 2009.** UCP. *Plano Estudos MEESIP*. [Online] 2009. [Citação: 03 de abril de 2012.] [http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Mestrados%20Enfermagem/Mestrado%20ESIP\\_UC/Estagio%20ESIP.pdf](http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Mestrados%20Enfermagem/Mestrado%20ESIP_UC/Estagio%20ESIP.pdf).
- Vasconcelos, Eduardo. 1992.** Receba bem o estágio. *Formar*. 1992.
- Verde, Camara Municipal de Vila.** [Online] [Citação: 02 de abril de 2012.] [http://www.cm-vilaverde.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=178&Itemid=153](http://www.cm-vilaverde.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=178&Itemid=153).

**Wong, Donna L.** *Enfermagem Pediátrica*. s.l. : Guanabara Koogan.



# Anexos



## Anexo I – Plano de Estudos



---

*Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*

**Estágio na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – 30 ECTS**

O Estágio é realizado em serviços de enfermagem e unidades de saúde protocoladas com a UCP/ESPS que oferecem condições para a realização do mesmo e será simultaneamente orientado por um professor da área e tutorado por enfermeiros especialistas com experiência profissional relevante em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O Estágio será dividido em 3 Módulos.

**Módulo I (10 ECTS)** - Saúde Infantil. Desenvolver-se-á predominantemente em Unidades de Saúde com objectivos de prevenção e promoção de saúde familiar (preferencialmente centros de saúde), com passagem por consultas externas, centros de reabilitação e desenvolvimento (serviços de apoio a crianças com necessidades especiais).

**Módulo II (10 ECTS)** - Serviços de Medicina/Cirurgia. Desenvolver-se-á em Unidades de Saúde com objectivos de tratamento de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos.

**Módulo III (10 ECTS)** - Serviços de urgência e serviços de neonatologia. Desenvolver-se-á em unidades de saúde de urgência e unidades de neonatologia, com objectivos de tratamento de crianças com estes problemas de saúde.



## Objetivos e Competências a desenvolver

Apresentam-se os Objetivos Gerais e Específicos propostos pelo Plano de Estudos do Curso, que pretendem orientar globalmente as competências a desenvolver.

### Objetivos Gerais:

Com o presente Estágio pretende-se que o aluno demonstre:

- 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 (ESIP);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- 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.

### Objetivos Específicos:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;



8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
11. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
28. Promover a formação em serviço na área de EESIP;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.



## Anexo II – Regulamento Geral





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
Escola Superior Politécnica de Saúde  
**ENFERMAGEM**

**Mestrado em Enfermagem**

de natureza profissional

**Regulamento Geral**

<b>Nota introdutória</b> .....	3
<b>1. Objectivos e competências a desenvolver</b> .....	4
<b>2. Regras sobre a admissão no ciclo de estudos</b> .....	6
<b>a. Condições de natureza académica e curricular</b> .....	6
<b>b. Normas de candidatura</b> .....	6
<b>c. Critérios de selecção e de seriação</b> .....	7
<b>d. Processo de fixação e divulgação de vagas</b> .....	7
<b>e. Critérios de creditação</b> .....	7
<b>3. Estrutura curricular e plano de estudos</b> .....	8
<b>4. Regime de avaliação de conhecimentos</b> .....	10
<b>5. Regras gerais do Estágio e Relatório</b> .....	11
<b>6. Processo de atribuição da classificação final</b> .....	13
<b>7. Diploma e Grau, Certidões e Suplemento ao Diploma</b> .....	13
<b>8. Coordenação e acompanhamento</b> .....	14

## Nota introdutória

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros estipula que “o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade e é atribuído aos profissionais que, já detentores do título de enfermeiro, possuam uma das seguintes habilitações: [...] c) cursos de pós-graduação que, nos termos do diploma de instituição, confirmam competência para a prestação de cuidados especializados” (anexo ao Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril, artigo 7º, 2º).

Dando resposta à necessidade de formação pós-graduada para a obtenção do título de enfermeiro especialista, o Decreto-lei 353/99, de 3 de Setembro, prevê que a mesma se prossiga em *Cursos de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem*, cujo regulamento geral foi aprovado pela Portaria 268/2002, de 13 de Março.

Por outro lado, o Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março, preconiza que “no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional” (artigo 18º, nº 4).

É neste contexto que a UCP, através da Escola Superior Politécnica de Saúde, desenvolve o Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, que visa a formação pós-graduada de enfermeiros em áreas de especialização em enfermagem, respondendo, por um lado, às exigências do Decreto-lei 74/2006 para este ciclo de formação e, por outro, também à legislação actualmente ainda em vigor para a formação de enfermeiros especialistas, nomeadamente a Portaria 268/2002 de 13 de Março.

## 1. Objectivos e competências a desenvolver

**O Grau de Mestre em Enfermagem** será conferido a quem demonstre, em geral:

- possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em Enfermagem;
- saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem;
- capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Para além dos objectivos gerais o titular do grau de mestre numa área de especialização em enfermagem deverá ser capaz de:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de da sua especialização;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;
- Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Realizar a gestão dos cuidados na área de especialização;
- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
- Promover formação em serviço na área da especialização;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

## 2. Regras sobre a admissão no ciclo de estudos

### a. Condições de natureza académica e curricular

Podem candidatar-se ao Curso de Mestrado de natureza profissional os enfermeiros que, cumulativamente:

- a) Sejam titulares
  - a. do grau de licenciado em enfermagem ou equivalente legal obtido em escola portuguesa;
  - b. de um 1º ciclo de estudos em enfermagem, obtido num estado aderente ao Processo de Bolonha, com 240 ECTS;
  - c. de habilitação para o exercício de enfermagem obtido numa instituição de ensino superior estrangeira após processo de reconhecimento de habilitações pelo Conselho Científico da ESPS;
- b) Se encontrem no exercício da profissão e possuam, no mínimo, dois anos de experiência profissional à data de início do curso.

### b. Normas de candidatura

A formalização da candidatura deverá ser feita via CTT ou pessoalmente na Secretaria do campus onde pretende frequentar o curso (moradas disponíveis no sítio da Internet) e deverá ser instruída mediante:

- preenchimento de formulário próprio a disponibilizar pelos serviços;
- fotocópia autenticada (ou exibição do original) de certidão de licenciatura, onde conste a classificação final;
- fotocópia autenticada (ou exibição do original) do Bilhete de Identidade;
- fotocópia autenticada (ou exibição do original) da Cédula Profissional válida;
- Comprovativo do tempo de exercício profissional;
- *Curriculum Académico e Profissional*, de acordo com o modelo a disponibilizar pelos serviços;
- pagamento de uma taxa de candidatura (não reembolsável), de acordo com a tabela de emolumentos e propinas

Os prazos de candidatura são anualmente divulgados pela ESPS da Universidade Católica Portuguesa, no sítio da internet, com um mínimo de um mês de antecedência em relação ao fim do termo do prazo.

### **c. Critérios de selecção e de seriação**

Os candidatos são seleccionados por avaliação curricular e expressa numa escala numérica até 100, considerando os seguintes itens:

- classificação de licenciatura
- formação pós-graduada em enfermagem
- tempo de exercício profissional total e na área de especialização
- actividades e funções exercidas
- actividade científica

### **d. Processo de fixação e divulgação de vagas**

O número de vagas é fixado em cada ano lectivo pelo Conselho Científico do ICS, para cada um dos centros regionais onde funcione, não devendo ser menos de 20 em cada local.

Em cada ano podem ser consideradas vagas específicas para enfermeiros de instituições com quem a UCP mantém protocolos de cooperação.

O número de vagas e contingentes especiais são divulgados, em cada ano, no sítio da Internet da UCP – ICS.

Os enfermeiros que, devido à obtenção de créditos ao abrigo do artigo 45º do Decreto-lei 74/2006, precisem de realizar menos de 60 ECTS para a conclusão do curso integrarão vagas supranumerárias.

### **e. Critérios de creditação**

Considerando o previsto no artigo 45º do Decreto-lei 74/2006, os detentores de formação académica pós-graduada no âmbito da área de especialização a que se candidatam ou que tenha contribuído para as competências a desenvolver, poderão requerer a sua creditação no curso de mestrado a que se candidatam.

A creditação de formação anterior é da competência do Conselho Científico da ESPS sob proposta da Comissão Coordenadora do mestrado e rege-se pelos seguintes princípios:

1. A creditação deve ser requerida no acto de candidatura.
2. Os candidatos podem ser dispensados da frequência de unidades curriculares até ao limite de 60 ECTS.
3. Nenhum candidato poderá ser dispensado do Relatório e da discussão deste.

### 3. Estrutura curricular e plano de estudos

O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre tem a duração de três semestres e 90 ECTS. Integra uma componente curricular teórica com 45 ECTS, e um Estágio na área de especialização e respectivo relatório com 45 ECTS. O Relatório final será objecto de discussão pública.

A componente teórica, num total de 45 ECTS tem um conjunto de unidades curriculares comuns a todas as áreas de especialização, num total de 27 ECTS e unidades curriculares específicas da área de especialidade, num total de 18 ECTS.

No total, o curso implica 2250 horas de trabalho do aluno, sendo 903 horas de actividades lectivas de contacto com o professor ou em contexto de aprendizagem, das quais 540 horas são destinadas a estágio.

O Curso de Mestrado de Natureza Profissional pode ser realizado em quatro áreas de especialização:

**Enfermagem Comunitária** – visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.

**Enfermagem Médico-Cirúrgica** – visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica** - visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, e é especialmente dirigido para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença.

**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica** - visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada à pessoa com problemas de saúde mental e é especialmente dirigido para a promoção da saúde e adaptação aos processos de saúde e doença em qualquer fase do ciclo de vida.

Em qualquer opção, considerando as metodologias utilizadas, cada formando deverá dispor de acesso a um computador com ligação à Internet. Algumas aulas poderão ser leccionadas em inglês.

## PLANO DE ESTUDOS

Unidades curriculares	Tipo	Horas de trabalho		ECTS	
		Total	Contacto		
Unidades curriculares comuns a todas as áreas de especialização	Teorias de Enfermagem I	S (1º)	150	T: 24	6
	Ética de Enfermagem	S (1º)	75	T: 12	3
	Direito da Saúde	S (1º)	75	T: 12	3
	Gestão de Serviços I	S (1º)	75	T: 12	3
	Supervisão de Cuidados	S (1º)	75	T: 12	3
	Métodos de Investigação I	S (1º)	150	TP: 48	6
	Dinâmicas Familiares	S (2º)	75	TP: 24	3
Unidades curriculares da área de Enfermagem Comunitária	Epidemiologia	S (1º)	75	TP: 24	3
	Planeamento em Saúde	S (1º)	75	TP: 24	3
	Enfermagem Comunitária I	S (2º)	150	TP: 48	6
	Enfermagem Comunitária II	S (2º)	150	TP: 48	6
	Estágio	A (2º e 3º)	750	E: 540	30
	Relatório	A (2º e 3º)	375	OT: 75	15
Unidades curriculares da área de Enfermagem Médico-Cirúrgica	Patologia e Terapêutica	S (1º)	75	TP: 24	3
	Enfermagem em Fim de Vida	S (1º)	75	TP: 24	3
	Enfermagem Médico-Cirúrgica I	S (2º)	150	TP: 48	6
	Enfermagem Médico-Cirúrgica II	S (2º)	150	TP: 48	6
	Estágio	A (2º e 3º)	750	E: 540	30
	Relatório	A (2º e 3º)	375	OT: 75	15
Unidades curriculares da área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	Psicologia do Desenvolvimento	S (1º)	75	TP: 24	3
	Pediatria	S (1º)	75	TP: 24	3
	Enfermagem de Saúde Infantil	S (2º)	150	TP: 48	6
	Enfermagem Pediátrica	S (2º)	150	TP: 48	6
	Estágio	A (2º e 3º)	750	E: 540	30
	Relatório	A (2º e 3º)	375	OT: 75	15
Unidades curriculares da área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	Psicopatologia	S (1º)	75	TP: 24	3
	Psiquiatria	S (1º)	75	TP: 24	3
	Enfermagem de Saúde Mental	S (2º)	150	TP: 48	6
	Enfermagem Psiquiátrica	S (2º)	150	TP: 48	6
	Estágio	A (2º e 3º)	750	E: 540	30
	Relatório	A (2º e 3º)	375	OT: 75	15

## 4. Regime de avaliação de conhecimentos

- 1 – Todas as Unidades Curriculares (UC) serão objecto de classificação, na escala de 0-20 valores, e pode ser determinada pelos seguintes métodos:
  - a) Avaliação Final. A avaliação final é constituída por uma prova escrita única, incidindo necessariamente sobre o conjunto de assuntos leccionados na UC, e realizada após o seu termo.
  - b) Avaliação Periódica. Nas UC organizadas por módulos, será dada oportunidade aos alunos de optar por Avaliação Periódica, podendo dispensar de Exame Final. A dispensa de Exame Final será concedida aos alunos cuja Avaliação Periódica resultar numa média final igual ou superior a 10,0 valores, desde que tenham obtido nota igual ou superior a 8,0 valores em qualquer das provas de Avaliação Periódica.
- 2 – A avaliação deverá revestir a forma mais adequada à natureza da UC em causa, incluindo testes escritos, a apresentação (oral ou escrita) de trabalhos de pesquisa, realização de *papers* ou *pósters*, etc.
- 3 – As provas de avaliação são realizadas de acordo com o calendário que será afixado no início do curso.
- 4 – Para um aluno ter aprovação na UC, é necessário ter *frequência*. Para isso, o aluno tem de satisfazer as seguintes condições:
  - a) Estar regularmente inscrito.
  - b) Não exceder o número de faltas permitido (15% das horas de contacto do plano de estudos).
  - c) O controlo de presenças é efectuado em todas as aulas, mediante a assinatura de uma folha de presenças e é da responsabilidade do regente da UC.
  - d) A validade da *frequência* termina, em princípio, no final de cada curso. A sua eventual extensão pode ser considerada para cursos seguintes quando o aluno, por razões justificadas, não tenha terminado a UC no curso em que se inscreveu anteriormente.
- 5 – O calendário do curso deverá considerar ainda uma época de recurso para avaliação final.
  - a) Têm acesso à avaliação na Época de Recurso os alunos que tendo obtido aprovação, desejem fazer melhoria de nota; os alunos que, regularmente inscritos não tenham realizado avaliação na época normal por razões justificadas; Os alunos que, tendo realizado avaliação na Época Normal, não tenham obtido aprovação.
  - b) As provas na Época de Recurso deverão ser do mesmo tipo que as adoptadas para a Época Normal para a mesma UC.
- 6 – Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Científico, considerando o Estatuto da UCP e a lei geral aplicável.

## 5. Regras gerais do Estágio e Relatório

- 1 – O Estágio é realizado em serviços de enfermagem e unidades de saúde protocoladas com a UCP/ESPS que oferecem condições para a realização do mesmo e será simultaneamente orientado por um professor e tutorado por enfermeiros especialistas com experiência profissional relevante na área de especialização.
- 2 – O Relatório de Estágio é realizado sob a orientação do professor que orienta o estágio.
- 3 – O aluno disporá de um período de 30 dias para apresentação do Relatório, a contar do último dia do estágio a que respeita.
- 4 – O aluno que não conclua o Relatório no prazo previsto poderá requerer uma nova inscrição na Unidade Curricular e dispor de mais um semestre para a sua conclusão. A re-inscrição implica o pagamento da respectiva propina.
- 5 – Normas para escrita do Relatório serão facultadas aos alunos na altura em que iniciarem o estágio. De qualquer modo, o Relatório deverá demonstrar a capacidade do aluno em identificar problemas e desenvolver soluções, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões.
- 6 – A discussão pública do Relatório realizar-se-á, em princípio, até 6 meses após a entrega na secretaria. Juntamente com o Relatório (em suporte de papel e digital) deverá ser entregue parecer do professor orientador.
- 7 – Para que o processo referido no ponto anterior seja aceite, o aluno não poderá ter propinas em dívida e deverá pagar os emolumentos estipulados na tabela de taxas e propinas em vigor da UCP.
- 8 – No prazo de 30 dias, a Comissão Coordenadora do Mestrado deverá analisar os processos recebidos e enviar ao Conselho Científico um parecer sobre a admissão do candidato às provas de defesa pública e uma proposta de composição do júri.
- 9 – A decisão tomada é comunicada ao aluno por escrito, via papel ou meio electrónico. Se a decisão for positiva e não pedir alterações, no prazo de oito dias, o aluno deverá entregar na Secretaria no mínimo três cópias adicionais do relatório em papel e uma em suporte digital.
- 10 – Após aprovação do relatório pelo Conselho Científico, a secretaria remete o processo à Reitoria, o qual inclui a proposta de composição do júri.

- 11 – O júri deverá ser constituído por: Director da ESPS que preside, podendo delegar no Director Adjunto ou em outro elemento do Conselho de Mestrado; um professor da área de especialização; o orientador do estágio e relatório. O Júri poderá integrar, para além dos referidos acima, até dois docentes de outras Instituições de Ensino Superior, nacionais ou estrangeiras. Em caso algum poderá o júri ser presidido pelo orientador do aluno.
- 12 – A Secretaria deverá, após nomeação do júri pelo Reitor, enviar uma cópia do Relatório a todos os elementos do júri que ainda o não tenha recebido.
- 13 – A Secretaria marca as provas e comunica ao aluno a data das mesmas, e torna-as públicas através de afixação da informação em local visível no *campus* onde decorrem e na página da internet.
- 14 – A discussão do Relatório é pública e apenas pode ter lugar com a presença de, no mínimo, dois membros do júri. No caso de ter sido inevitável a ausência de um membro do júri, a prova poderá ainda ter lugar, desde que satisfeito o quórum mínimo referido acima, podendo o júri considerar nas suas deliberações pareceres escritos pelos membros ausentes.
- 15 – A discussão é precedida de uma apresentação com a duração máxima de 30 minutos, efectuada pelo aluno, devendo nessa exposição ser resumido o trabalho desenvolvido. A discussão não pode exceder 90 minutos, e nela podem intervir todos os membros do júri, em moldes que deverão ter sido previamente estabelecidos entre si. O aluno dispõe de um tempo de resposta igual ao utilizado pelo júri.
- 16 – Concluída a discussão referida no artigo anterior, o júri reúne para apreciação da prova e deliberação sobre a classificação a atribuir ao aluno, através de votação nominal fundamentada, não sendo permitidas abstenções. No caso de haver membros ausentes, o júri pode considerar pareceres escritos nas suas deliberações, mas apenas os membros presentes na discussão poderão votar. Em caso de empate, o presidente dispõe de voto de qualidade.
- 17 – Da prova pública é lavrada acta onde conste a área de especialização do mestrado, a data, hora e local da prova; a composição do júri e votação fundamentada; a classificação final atribuída.
- 18 – Qualquer ponto omissos nestas regras será alvo de decisão pelo Conselho Científico do ICS.

## 6. Processo de atribuição da classificação final

A classificação final do Curso de pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem na respectiva área, será a média ponderada das classificações obtidas em cada Unidade Curricular, adoptando o número de créditos ECTS como índices de ponderação.

A classificação final do Mestrado será a classificação atribuída após a discussão do relatório, que deverá considerar as classificações da parte curricular.

A classificação final é expressa pelas fórmulas em uso na UCP:

- 10 a 13 valores .....suficiente (*rite*),
- 14 e 15 valores ..... bom (*feliciter*),
- 16 e 17 valores ..... muito bom (*magna cum laude*),
- 18 a 20 valores ..... excelente (*summa cum laude*).

Classificação de *magna cum laude* (muito bom) ou superior só poderá ser atribuída a alunos cuja classificação na parte curricular seja superior a 14 valores.

## 7. Diploma e Grau, Certidões e Suplemento ao Diploma

- 1 – Os alunos que obtenham aprovação nas unidades curriculares do mestrado, poderão requerer a emissão de Diploma do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem na respectiva área. Ouvida a Ordem dos Enfermeiros, o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem confere competência para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na respectiva área. Com a aprovação na discussão pública do Relatório, a UCP confere o Grau de Mestre e a respectiva Carta Magistral.
- 2 – A Carta Magistral é assinada pelo Reitor da UCP e pelo Director da ESPS, sendo, regra geral, entregue na sessão solene de entrega de diplomas de licenciatura e de mestrado. Os alunos que, por motivos justificados, estejam ausentes na cerimónia referida no ponto anterior, poderão levantar a Carta Magistral na Secretaria, em qualquer altura posterior à cerimónia.
- 3 – Os alunos que tenham obtido aprovação nas provas de Mestrado e requerido a respectiva Carta Magistral, podem requerer a respectiva certidão e Suplemento ao Diploma. Os valores das taxas e emolumentos constam da tabela em vigor na UCP.
- 4 – Os certificados serão emitidos no prazo cinco dias. O Suplemento ao Diploma será disponibilizado no prazo de trinta dias.

## 8. Coordenação e acompanhamento

O Curso de Mestrado é coordenado por uma comissão presidida pela Doutora Margarida Vieira<sup>1</sup> e inclui dois docentes para cada área de especialização:

### **Enfermagem Comunitária:**

Amélia Maria da Fonseca Simões Figueiredo<sup>2</sup>

Norminda Gomes do Vale Magalhães<sup>3</sup>

### **Enfermagem Médico Cirúrgica:**

Irene Maria da Silva Oliveira<sup>4</sup>

Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro<sup>5</sup>

### **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria:**

Constança Maria da Silva Festas Barbosa<sup>6</sup>

Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério<sup>7</sup>

### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria:**

Regina Teixeira de Sousa<sup>8</sup>

Alexandra Maria Silva Ramalho Sarreira Santos<sup>9</sup>

O Curso é sujeito a avaliação contínua pela Comissão Coordenadora que estabelecerá indicadores de qualidade relacionados com:

- a) o aproveitamento e satisfação dos alunos;
- b) as metodologias e processos pedagógicos utilizados;
- c) os recursos e apoio administrativo disponibilizado.

---

<sup>1</sup> Professora Associada do ICS-UCP e Coordenadora da Área de Enfermagem da UCP. Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutora em Filosofia. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, CP: 4-E-00008

<sup>2</sup> Professora Adjunta da ESPS-UCP, Mestre em Ciências da Educação/Formação de Adultos, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, CP: 5-E-09096

<sup>3</sup> Professora Coordenadora da ESPS-UCP, Curso Complementar de Ensino e Administração de Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem Pediátrica, Doutoranda em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, CP: 4-E-02658

<sup>4</sup> Professora Adjunta da ESPS-UCP, Curso de Pedagogia Aplicado ao Ensino de Enfermagem. Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, CP: 4-E-11069

<sup>5</sup> Professora Adjunta da ESPS-UCP, Mestre em Comunicação em Saúde, Doutoranda em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, CP: 5-E-08651

<sup>6</sup> Professora Coordenadora da ESPS-UCP, Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 4-E-00790

<sup>7</sup> Professora Adjunta da ESPS-UCP, Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, CP: 5-E-09026

<sup>8</sup> Professora Adjunta da ESPS-UCP, Mestre em Ciências de Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, CP: 4-E-02518

<sup>9</sup> Assistente da ESPS-UCP, Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, CP: 5-E-08774

## Anexo III – Pedido Creditação



## RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PARA CREDITAÇÃO

Eduarda Manuela Cardoso da Costa Bastos  
Estágio Módulo II – Serviços de Medicina/Cirurgia

Iniciei atividade na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos – Braga em outubro de 2004, local onde permaneci até junho de 2010.

Até esta data, trabalhei durante três anos no Serviço de Medicina do Hospital do Divino Espírito Santo – São Miguel (2000-2003) e um ano no Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santo António – Porto (2003-2004).

Apesar de os cuidados prestados nestes dois serviços apontados serem maioritariamente destinados a adultos, por diversas vezes tive oportunidade de cuidar de crianças/adolescentes. O Serviço de Medicina Interna acolhia adolescentes com idade igual e superior a 16 anos, com patologias diversas, essencialmente do foro respiratório e infeccioso. No Serviço de Endocrinologia tive oportunidade de cuidar de crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus inaugural, com todos os tratamentos inerentes e ensinamentos posteriores à criança/adolescente e sua família.

Apesar de toda a experiência que tive com cuidados a crianças/adolescentes até então, foi na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia que houve maior oportunidade. Aí tive o prazer de acolher e cuidar de crianças de diversas idades, com patologia do foro neurológico e/ou traumático. Eram crianças que, muitas vezes, necessitavam de cuidados cirúrgicos, sendo as patologias mais frequentes: a Hidrocefalia de variadas etiologias; as Malformações Artério Venosas – MAV; as Craneostenoses; a Epilepsia (mais frequentemente de origem pós traumática); Traumatismos Cranio Encefálicos – TCE; Neoplasias Cerebrais; Aneurismas, entre outros menos frequentes.

A Unidade de Cuidados de Neurocirurgia era composta por 42 camas de internamento, sendo que 5 delas eram destinadas a cuidados intermédios pós cirúrgicos e 6 delas a cuidados intermédios gerais.

Grande parte das crianças/adolescentes politraumatizados, onde a abordagem multidisciplinar e vigilância exigida não permitia o internamento no serviço de Pediatria e não necessitavam de Ventilação Mecânica Invasiva, ficavam sob vigilância na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia, onde ocupavam uma cama de Intermédios e posteriormente eram acompanhados nesse mesmo serviço, em regime de internamento.

A vigilância destas crianças/adolescentes afetadas por problema neurocirúrgicos, que até podem parecer menos desafiantes, era crucial e muito exigente do ponto de vista teórico para antecipação e alerta para alterações específicas que podem fazer a diferença na evolução favorável das mesmas. Apesar de terem uma componente Neurocirúrgica, as crianças/adolescentes politraumatizadas tinham,

por diversas vezes, uma panóplia de alterações que exigiam os cuidados de diversas especialidades como Medicina Interna; Cirurgia; Oftalmologia; Ortopedia; Medicina Física e Reabilitação e Psicologia, sendo que umas eram mais imediatas e outras de acompanhamento mais tardio. Este facto impôs uma atualização teórica constante, em diversas áreas, para que pudesse prestar cuidados de qualidade tanto ao doente como à sua família.

Para além da componente traumática tive o prazer de prestar cuidados a crianças/adolescentes com alterações neurocirúrgicas, entre as quais de carácter neoplásico. Este grupo foi também muito exigente, mais a nível emocional. Por diversas vezes conhecia-as ainda no início do diagnóstico e acompanhava-as no seu final, quando os cuidados eram meramente paliativos. A carga psicológica é grande nos adultos, mas nas crianças penso que ainda é maior, não esquecendo o apoio que tem de ser dirigido à família.

Os cuidados nestas condições eram mais abrangentes, pois eram prestados cuidados globais às crianças/adolescentes e suas famílias, que eram muitas vezes convidados a participarem na prestação dos cuidados, como forma de aprenderem a dar resposta às novas necessidades dos seus filhos. Para tal havia exigências acrescidas para um cuidado humanizado, voltado para o ensino.

Durante estes anos em que desempenhei funções na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos – Braga fui, por diversas vezes, responsável de turno, proporcionando-me não só a função de gestora de cuidados, como gestora de recursos humanos. Fui também orientadora de alunos em estágio de integração à vida profissional e ainda responsável pela integração de novos elementos de Enfermagem, no serviço referido.

A formação contínua foi sempre um desejo, tendo assistido a diversas formações em serviço e noutras locais. Tive ainda oportunidade de ser formadora em serviço e para a população em geral, numa perspectiva de promoção e prevenção na Saúde.

## Anexo IV – Cronograma de Estágio





Ano	2012														2013																	
	Semestre	1º Semestre							2º Semestre							3º Semestre																
		Abril		Maio			Junho		Outubro			Novembro				Dezembro			Janeiro													
	Mês	23	30	7	14	21	28	4	11	18	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26
Dias da Semana	28	5	12	19	26	2	9	16	23	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6
	23 Abril a 23 Maio				24 Maio a 23 Junho			1 Out. a 27 Out.			29 Out. a 24 Nov.				26 Nov. a 5 Janeiro.			7 Janeiro a 02 Fevereiro.														
Ana Sofia Cruz Pereira	ULS Matosinhos		Creditação Mod. III (Urgência)					CS São Mamede de Infesta				ULS Matosinhos - H. Pedro Hispano																				
Carina Sofia Oliveira Correia	Hospital São João		Hospital São João					Hospital São João				CS de São Mamede de Infesta																				
Carolina Soares Cardoso	ULS Matosinhos - H. Pedro Hispano							CS Senhora da Hora				Hospital São João		Creditação Mod. III (Neonatologia)																		
Diana Sofia Ventura de Andrad	Hospital São Sebastião							Hospital São João		Hospital São João		Creditação Módulo I																				
Eduarda Manuela Cardoso Cos	Hospital de Braga		Hospital São João					Creditação 1/2 Mod. II		Hospital de Braga		CS de Vila Verde (Braga)																				
Filipe José Soares Rodrigues Pe	Hospital de Braga							CS de Vila Verde (Braga)				Hospital São João		Hospital Braga																		
Liliane Filipa Araújo Ferreira	UCC Matosinhos/USF Horizonte							Hospital São João		Hospital São João		Creditação Mód.II																				
Lisette Lopes Henrique	CS de Vila Verde (Braga)							Hospital de Braga				Hospital de Braga		Creditação Mod. III (Urgência)																		
Lucinda Maria Ribeiro ramos	CS Senhora da Hora							ULS Matosinhos - H. Pedro Hispano				Hospital de VNGaia		Creditação Mod. III (Neonatologia)																		
Marlene Cristina de Sosa Ferna	CS de Vila do Conde							ULS Matosinhos		Hospital São João		Creditação Módulo II																				
Marta Susana da Silva Duarte V	Creditação Mod. III (Neonatologia)		Hospital São João					Hospital São João				CS Senhora da Hora																				
Saul Manuel Mota de Aguiar Le	Hospital São João							UCC Matosinhos/USF Atlantida				Hospital São João		Hospital São João																		
Tânia Andreia Dias Ribeiro **	CS de São Mamede de Infesta							Hospital São João		ULS Matosinhos		Hospital São João																				
Tânia Cristina Ribeiro Batista**	Hospital São João		ULS Matosinhos					UCC Matosinhos/USF Atlantida				Creditação Mod.II																				
Vânia Sofia Correia Pereira	C.H.A.M.(Viana do Castelo)		C.H.A.M.(Viana do Castelo)					C.H.A.M. (Viana do Castelo)				Centro de Saude de Viana do Castelo																				

Internamento de Pediatria
  Centro de Saúde
  Urgência
  Neonatologia

A



## Anexo V – Serviço de Pediatria



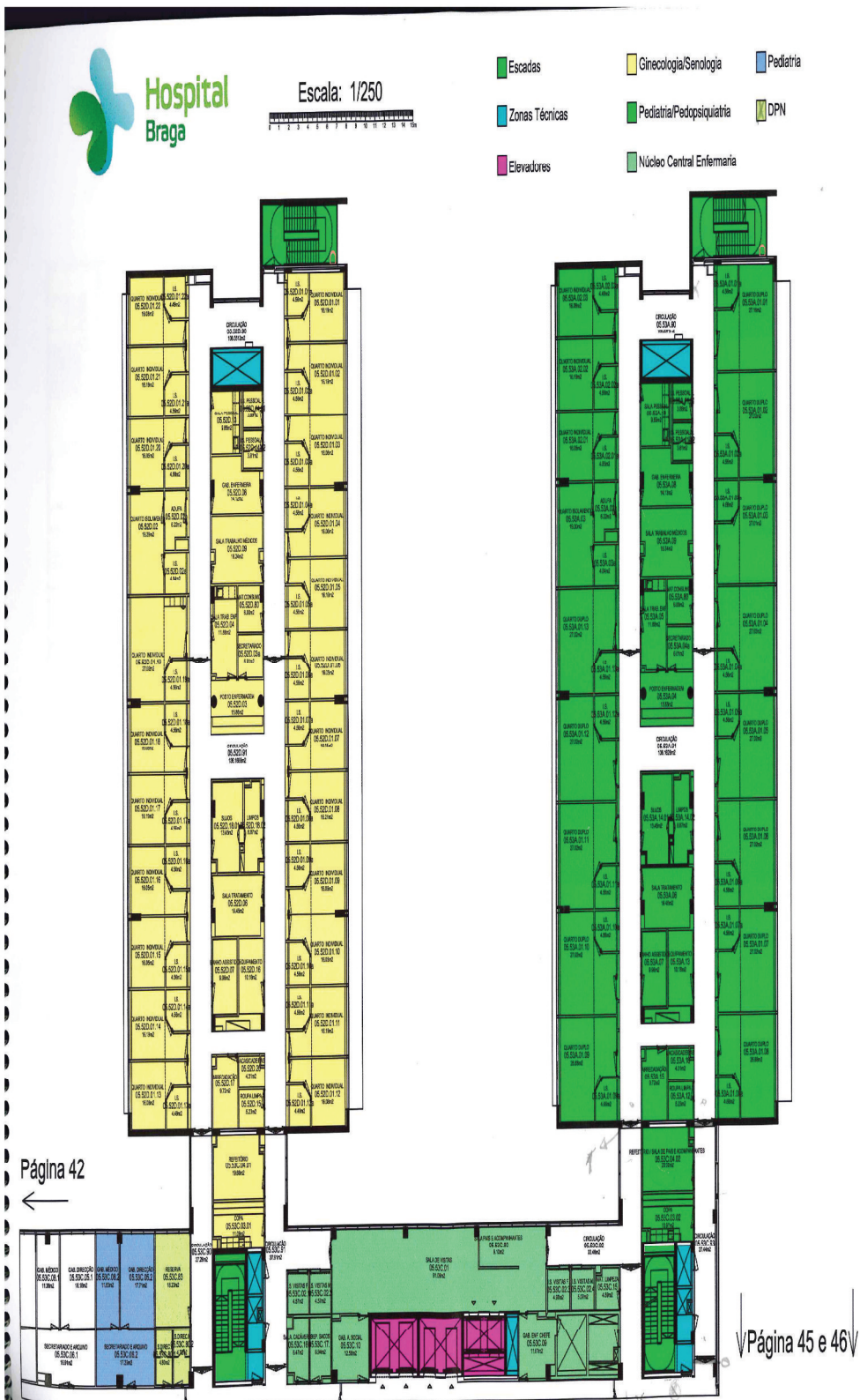
## **Descrição do Serviço de Pediatria do Hospital de Braga**

O Serviço de Pediatria é composto por 13 quartos com duas camas/berços e 4 quartos apenas com uma cama/berço, sendo que um deles tem uma ante-câmara para o caso de necessidade de isolamento de contacto. Tem, assim, uma lotação máxima de 30 internamentos. Cada quarto tem uma casa de banho privativa, com duche, lavatório, espelho e sanita. Caso seja uma criança mais pequena é colocada banheira ao dispor. O quarto é mobilado com cama ou berço, consoante a criança internada, um cadeirão reclinável para o acompanhante, uma mesinha de cabeceira, um roupeiro e uma televisão. Caso o quarto seja duplo, todos estes materiais encontram-se a duplicar. Todos os quartos têm luminosidade natural e artificial. Para cada cama existe uma saída de oxigénio e de ar comprimido, um sistema de aspiração e uma campainha com intercomunicador, que permite falar com a Enfermeira ou Assistente Operacional, através do toque da campainha.

Os quartos estão situados nas zonas laterais do serviço, enquanto que na zona central se encontram os gabinetes de apoio como:

- Gabinete de Enfermagem – onde se reúne o pessoal de enfermagem para passagens de turno e pequenas reuniões;
- Gabinete da Enfermeira Chefe – onde esta desenvolve a sua gestão;
- Gabinete Médico – onde reúnem após a visita;
- Sala de Enfermagem – onde é guardada e preparada a medicação;
- Sala de Pessoal – utilizada como copa para os elementos da equipa;
- 2 WC's.
- Sala de apoio – onde se encontram soros, um frigorífico para medicação e um cofre para a medicação estupefacientes;
- Sala de Tratamento – é utilizada para prestação de cuidados à criança/adolescente;
- Sala de Equipamento – nesta sala encontra-se todo o material eletrónico;
- Sala de Limpos – onde são armazenados o material de limpeza e manutenção;
- Sala de Sujos – onde é colocado todo o material sujo e contaminado;
- Arrecadação – onde se encontra o *stock* de material necessário no serviço;
- Rouparia – onde é armazenada a roupa de cama, banho e pijamas;
- Refeitório – onde é incentivada a ida das crianças, sempre que a sua situação o permita;

- 2 Salas de atividades – salas com material lúdico. São duas salas com atividades específicas para crianças e adolescentes.



## Anexo VI – Serviço de Urgência Pediátrica



## **Caraterização do Serviço de Urgência Pediátrica do HSJ EPE**

O Serviço de Urgência Pediátrica do HSJ, E.P.E. faz parte da Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP), abrangendo uma população até completarem os 18 anos de idade, com uma rede de referência hospitalar de 26 freguesias do concelho do Porto (Bomfim; Campanhã; e Paranhos), da Maia (Águas Santas; Barca; Castelo de Maia; Folgosa; Gemunde; Gondim; Gueifães; Maia; Milheirós; Moreira; Nogueira; Pedrouços; Santa ária de Avioso; São Pedro de Avioso; São Pedro Fins; Silva Escura; Vermoim; Vila Nova da Telha) e Valongo (Alfena; Campo; Ermesinde; Sobrado; Valongo).

O espaço destinado a este serviço é bastante aprazível, espaçoso e funcional, na sua globalidade. As paredes encontram-se decoradas com imagens atrativas e fotos de crianças, numa tentativa de distração e entretenimento. Até a sala de emergência contempla estas imagens. Apesar de achar que se encontra ameno penso que, com o aumento da idade pediátrica para os 18 anos, alguns jovens poderão considerar o espaço demasiado infantilizado.

Em termos físicos O Serviço de Urgência Pediátrica é composta por 6 salas de atendimento médico, podendo duas delas unir-se, formando uma zona de permanência e vigilância, se assim se justificar. Tem ainda uma sala de atendimento cirúrgico, que é partilhada pela equipa médica e de enfermagem. Destinado aos cuidados de enfermagem existe um gabinete fechado, mais uma área aberta que é utilizada quando necessário. Há ainda a zona das nebulizações e espera, das crianças/jovens que aguardam decisão clínica. Dentro do serviço há ainda a sala de observações (OBS), área aberta que abrange 9 camas/berços, com um quarto de isolamento. Esta área tem casa de banho específica, podendo ser usada para banho assistido. Há ainda a sala de espera dos utentes, duas salas de triagem e a sala de emergência.

Os elementos da equipa trabalham em horário rotativo, cumprindo uma escala que sai a cada mês. Estão distribuídos por equipas em que há um responsável, Enfermeiro Especialista. Em cada Turno existem 7 elementos e estão distribuídos no seguinte horário: Manhã, das 8 às 15:30h; Tarde, das 15 às 22:30h e as noites das 22h às 8:30h.



## Anexo VII – Descrição Serviço de Neonatologia



## **Caraterização do Serviço de Neonatologia do Hospital de Braga**

O Serviço de Neonatologia está inserido no Hospital de Braga, uma parceria Público Privada, sob a tutela organizacional do Grupo Melo Saúde. É um Hospital construído de raiz para abranger uma população direta de 274.769 indivíduos. Para a especialidade de Neonatologia, este hospital serve de atendimento de primeira linha para as zonas de Braga, Gerês, Esposende, Barcelos e como segunda linha para locais como Guimarães, Terras de Basto e Famalicão. O Serviço de Neonatologia situa-se no quinto andar do pólo F, mesmo piso onde se encontra a Urgência de Obstetrícia; Bloco Operatório de Obstetrícia; Bloco de Partos; Obstetrícia Internamento; Pediatria Internamento e, futuramente, a Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos.

O Serviço tem uma capacidade para 20 incubadoras, numeradas de 1 a 21, de onde se exclui o número 13, por questões supersticiosas. As incubadoras não são fixas, o que define o número da incubadora é a unidade em si. A incubadora, ou berço, é escolhido consoante as necessidades e evolução de cada bebé.

O restante serviço é composto por:

- Sala de intervenções: Esta sala, apenas separada da unidade geral por uma parede, é utilizada para a prestação de cuidados a bebés (quando me refiro a bebés, agrupo os recém-nascidos e os prematuros) que não necessitem de alocação permanente a uma incubadora. Refiro-me a cuidados como o banho, os ensinamentos aos Pais, pensos, algum procedimento mais invasivo. Serve também de suporte de material de primeira necessidade ao funcionamento da unidade.
- Sala de Leites: Aqui são preparados ou aquecidos os leites. Há um aquecedor de biberões e uma máquina para esterilização dos mesmos. Os biberões são cuidadosamente guardados, para evitar contaminações.
- Sala da amamentação: Esta sala é destinada essencialmente aos pais. Aqui podem relaxar, conversar, extrair e armazenar leite, num frigorífico e congelador específico para o efeito. As bombas extratoras de leite e os biberões para armazenamento, são disponibilizados a qualquer hora.
- Sala de Sujos: Onde são tratados e devidamente acondicionados todo o material sujo/contaminado.
- Sala de Limpos: Onde são acomodados os materiais de manutenção e limpeza.
- Rouparia: Onde é guardada a roupa do bebé, roupa de cama e banho.

- Sala de Enfermagem: Onde é armazenada e preparada a terapêutica, com todo o material necessário a estas tarefas, incluindo um frigorífico e um cofre para a medicação estupefaciente.
- Sala do Pessoal: Que serve de pausa para refeições ligeiras, sem haver distanciamento exagerado dos elementos da equipa.
- Gabinete da Enfermeira Chefe: Onde são recebidos os elementos da equipa e discutidos assuntos de interesse e é feita a maior parte dos aspetos burocráticos da gestão.
- Armazéns: onde são guardados os materiais excedentários, para reposição da sala de intervenções quando necessários. São também guardados os equipamentos que não estão a ser utilizados, como incubadoras de transporte, ventiladores, entre outros.
- Sala de incubadoras: Onde são desinfetadas e arrumadas as incubadoras para troca semanal.

A equipa é constituída por 30 Enfermeiros, com horário rotativo, segundo escala divulgada no final de cada mês. Os horários praticados na equipa são: Manhã das 8:00 às 14:30h (com 6 elementos); Tarde das 14 às 20:30h (com 5 elementos) e Noite das 20 às 8:30h (com 4 elementos). O horário que cumpri pode ser consultado, em anexo. (Anexo V) Inclui-se, nesta contagem, a Enfermeira Chefe que acumula a chefia do Bloco de Partos. O grupo Médico é constituído por 9 Neonatologistas, que dão apoio permanente à unidade e ao Bloco de Partos. Há ainda apoio de 5 Assistentes Operacionais, bem como elementos da restante equipa multidisciplinar como Fisioterapeutas, Psicólogos, Nutricionistas, Farmacêutico, Radiologista, Cardiologista e Cirurgião, apesar de não terem carácter permanente.

## Anexo VIII – Projeto de Estágio





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

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

# **Projecto de Estágio**

## **MESIP**

**Aluno: Eduarda Bastos**

**Sob orientação de: Professora Constança Festas**

**Porto, abril de 2012**



## Índice

0. INTRODUÇÃO .....	5
1. MÓDULOS DE ESTÁGIO .....	7
1.1. Módulo I – Saúde Infantil (10 ECTS).....	7
1.2. Módulo II – Serviços de Medicina/Cirurgia (10 ECTS).....	9
1.3. Módulo III – Serviços de Urgência e Serviços de Neonatologia (10 ECTS).....	11
1.4. Distribuição horária .....	13
2. OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER.....	15
2.1. Objetivos Gerais .....	15
2.2. Objetivos Específicos .....	16
3. CONCLUSÃO .....	27
Bibliografia .....	29
ANEXOS.....	31
Anexo I - Plano Geral do Mestrado em Enfermagem – 5ª edição – Ano Letivo 2011/2013 .	33
Anexo II - Cronograma de Estágio do 5º Mestrado em Enfermagem.....	37
Anexo III - Orientações gerais.....	41



## 0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) foi-me proposto, enquanto aluna, a elaboração de um Projeto de Estágio, ao qual me dedico.

Este Projeto é elaborado em contexto de aprendizagem teórico-prática, da unidade curricular Estágio na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto, no ano letivo de 2011/2013.

Um estágio pretende ser um momento em que há a possibilidade de adquirir novas competências, ou aperfeiçoar outras já demonstradas no decorrer de experiências anteriores, levando à afirmação da importância da sua concretização como forma de demonstrar uma prática solidificada em determinada área. Assim, *“A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias ...”* (1). Entendo estes cuidados de nível avançado com fazendo parte de *“uma enfermagem avançada: que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas ...”* (2), cuidados estes pelos quais devemos lutar e demonstrar orgulho pela sua boa prática.

Encaro este Projeto como um procedimento, idealmente descrito de uma forma clara, detalhada e rigorosa, como *“forma de progredir em direção a um objectivo. Expôr o procedimento (...) consiste, portanto em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática (...)”* (3).

Assumindo esta definição, aponto os objetivos a que me proponho com este projeto:

- Cumprir as Orientações para a Elaboração do Projeto de Estágio em Contexto de Mestrado;
- Traçar um caminho eficaz que responda a questões como: o quê?; porquê?; quando?; como? e onde? foram desenvolvidas as competências;
- Facilitar o processo reflexivo / avaliativo;
- Enunciar os objetivos gerais e específicos, propostos pelo Plano de Estudos do Curso;
- Descrever as atividades que me proponho desenvolver e as competências que pretendo adquirir, de forma a atingir os objetivos delineados;

- Justificar os módulos de estágio a realizar / creditados, bem como a sua escolha.

Seguindo este fio condutor, é meu objetivo trabalhar “*em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível...*” (1).

Quando me refiro a criança, refiro-me ao que é determinado como “*espaço de intervenção (...) o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. (...) mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.*” (1)

Para me acompanhar em todo o processo que se inicia mais atribulado mas que “*não deve ser motivo de inquietação; pelo contrário, é a marca de um espírito que não se alimenta de simplismos e de certezas estabelecidas*” (3) contarei com a colaboração da Professora Constança Festas.

Não quero tornar este Projeto de Estágio como um fim mas sim como uma caminhada, a qual se pretende ser enriquecedora em termos pessoais e profissionais, pincelada de dificuldades que me esforçarei por transpor, com competências já adquiridas bem como outras renovadas/fortalecidas pelo decurso das experiências que anseio.

Para a concretização deste projeto usei uma metodologia descritiva, apoiada em pesquisa bibliográfica, tendo como estratégias a reflexão e análise individual.

Organizei o presente projeto em mais duas partes: na primeira apontarei os locais de estágio, onde irei desenvolver as competências exigidas, descrevendo-os sumariamente em termos geográficos, de tempo e ECTS correspondentes, justificando a creditação de um dos estágios, bem como a escolha dos restantes; na segunda parte enumerarei os objetivos gerais e específicos, bem como as atividades que me proponho desenvolver para os atingir.

## I. MÓDULOS DE ESTÁGIO

Segundo o regulamento do curso “O Estágio é realizado em serviços de enfermagem e unidades de saúde protocoladas com a UCPI/ESPS que oferecem condições para a realização do mesmo”, sendo que no Plano de Estudos este estágio é dividido em três momentos (módulos), cada um correspondendo a 10 ECTS. No total são contabilizados 30 ECTS, com uma carga horária de 750 horas, 540 das quais de contacto. As restantes horas são consideradas de trabalho individual e reflexivo do aluno.

O período de realização do estágio consta do Plano Geral do Mestrado em Enfermagem – 5ª edição – Ano Letivo 2011/2013, (Anexo 1) e compreende os períodos: de 23 de abril a 23 de junho de 2012; 01 de outubro a 20 de dezembro de 2012 e 2 de janeiro a 02 de fevereiro de 2013.

Os 3 Módulos a realizar são:

- Módulo I – Saúde Infantil;
- Módulo II – Serviços de Medicina/Cirurgia;
- Módulo III – Serviços de Urgência e Neonatologia.

Os locais de Estágio, bem como as datas da sua realização podem ser consultados no Cronograma de Estágio do 5º Mestrado em Enfermagem (Anexo 2). Este documento surge como fim de um processo de escolha, por parte dos alunos, dos locais a estagiar. A maior parte dos locais em questão foram sugeridos pelas professoras Clara Braga; Constança Festas e Isabel Quelhas. No entanto, a pedido de alguns alunos, surgiram novos locais para possível realização de estágio, ao que as professoras em questão acederam, após confirmação da sua adequação à finalidade e disponibilidade, por parte dos mesmos, em nos receber.

Passo então a descrever, sucintamente, os locais onde irei realizar os Módulos de Estágio, justificando a minha escolha e apontando as atividades mínimas que me proponho a desenvolver, que constam das orientações gerais (Anexo 3). As competências, serão descritas em capítulo posterior.

### I.1. Módulo I – Saúde Infantil (10 ECTS)

Segundo o plano de estudos, este módulo realizar-se-á “predominantemente em Unidades de Saúde com objetivos de prevenção e promoção de saúde familiar (preferencialmente centros de

*saúde), com passagem por consultas externas, centros de reabilitação e desenvolvimento (serviços de apoio a crianças com necessidades especiais).” (4)*

O local por mim escolhido foi o Centro de Saúde de Vila Verde, Braga e realizar-se-á entre 26 de novembro de 2012 e 02 de fevereiro de 2013, com horário a definir pelo Tutor, no local.

Esta escolha prendeu-se, principalmente, pela sua localização geográfica. O facto de poder estar mais perto de casa e do meu local de trabalho deixa-me mais segura no que respeita ao tempo que terei disponível para as horas de trabalho individual. Tal escolha, no entanto, não foi tomada de ânimo leve pois só se tornou real depois de confirmada a qualidade do local de estágio, por já ter sido campo de estágio de alunos anteriores.

Apesar de não conhecer pessoalmente o Centro de Saúde em questão, tive oportunidade de recolher alguma informação, que passo a expor.

O Centro de Saúde de Vila Verde pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Cávado II - Gerês/Cabreira, com sede na Rua Dr. Domingos Oliveira Lopes - Vila Verde e tem como coordenador o Dr. Raul António Barbosa Varajão Borges. Abrange a população de todas as freguesias do concelho de Vila Verde, distrito de Braga e tem 8 extensões de saúde associadas: Extensão de Saúde Cervães; Unidade de Saúde Familiar Prado; Unidade de Saúde Familiar Pro-Saúde; Unidade de Saúde Familiar Vida +; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Terra Verde - Pólo Portela do Vade; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Terra Verde - Pólo Pico Regalados; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sá de Miranda - Pólo Ribeira do Neiva; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Sá de Miranda - Pólo Escariz. (5)

A população abrangida não é predominantemente jovem, como na generalidade dos concelhos de Portugal, sendo que em 2001, nos últimos dados estatísticos analisados *“o agrupamento compreendido entre os 0 e os 14 anos de idade corresponde a cerca de 19.65% da população total (...), A classe entre os 15 e os 24 anos representa cerca de 16.83% da população total (...).” (6)*

No entanto, segundo os últimos Censos de 2011, a população neste local tem aumentado, de 203,3 (em 2001) para 216,2 habitantes por Km<sup>2</sup>, dados do Instituto Nacional de Estatística.

Dados mais concretos deste local de estágio serão abordados no relatório de estágio, a desenvolver no decorrer do mesmo.

Pelo facto de toda a minha experiência profissional estar relacionada com o meio hospitalar, este Módulo vai exigir mais de mim. No entanto é com convicção das minhas capacidades que anseio por esta experiência pois, mesmo na minha prática diária, dou ênfase à prevenção e

promoção de saúde, apesar de o contexto ser diferente. Espero encontrar ótimas oportunidades de aprendizagem, essenciais para este meu processo de formação.

Dando cumprimento às orientações gerais do curso aponto agora as atividades mínimas que me proponho a desenvolver durante este módulo. Refiro-me a mínimas pois vou-me munir de perspicácia, de forma a conseguir absorver todas as experiências possíveis.

Proponho-me assim, no mínimo:

- Realizar 20 consultas de Saúde Infanto-Juvenil;
- Realizar Vacinação a 20 crianças e jovens;
- Realizar Diagnóstico Precoce a 5 recém-nascidos;
- Participar em 2 sessões de Massagem Infantil;
- Participar em 2 Visitas Domiciliares à criança/família;
- Participar na dinamização do Cantinho da Amamentação, pelo menos uma vez;
- Realizar 2 Ações de Educação para a Saúde (AES) à criança/jovens em contexto escolar.

## 1.2. Módulo II – Serviços de Medicina/Cirurgia (10 ECTS)

Segundo o plano de estudos, este módulo realizar-se-á “*em Unidades de Saúde com objectivos de tratamento de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos.*” (4)

Este Módulo realizar-se-á entre 29 de outubro e 24 de novembro de 2012 e corresponderá apenas a 5 ECTS, pois obtive creditação à componente cirúrgica do módulo.

Esta creditação prendeu-se com o facto de ter já experiência anterior neste campo, apesar de a minha experiência ser maioritariamente com adultos.

Na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia tive o prazer de acolher e cuidar de crianças/jovens de diversas idades e suas famílias, com patologia do foro neurológico e/ou traumático. Eram crianças/jovens que, muitas vezes, necessitavam de cuidados cirúrgicos, sendo as patologias mais frequentes: a Hidrocefalia de variadas etiologias; as Malformações Artério Venosas (MAV); as Craneostenoses; a Epilepsia (mais frequentemente de origem pós traumática); Traumatismos Cranio Encefálicos (TCE); Neoplasias Cerebrais; Aneurismas, entre outros menos frequentes.

Grande parte das crianças/jovens politraumatizadas, onde a abordagem multidisciplinar e vigilância exigida não permitia o internamento no serviço de Pediatria e não necessitavam de Ventilação Mecânica Invasiva, ficavam sob vigilância na Unidade de Cuidados de Neurocirurgia.

A vigilância destas crianças/jovens afetadas por problema neurocirúrgicos, que até podem parecer menos desafiantes, era crucial e muito exigente do ponto de vista teórico para antecipação e alerta para alterações específicas que podem fazer a diferença na evolução favorável das mesmas. Apesar de terem uma componente Neurocirúrgica, as crianças/jovens politraumatizadas tinham, por diversas vezes, uma panóplia de alterações que exigiam os cuidados de diversas especialidades como Medicina Interna; Cirurgia; Oftalmologia; Ortopedia; Medicina Física e Reabilitação e Psicologia, sendo que umas eram mais imediatas e outras de acompanhamento mais tardio. Este facto impôs uma atualização teórica constante, em diversas áreas, para que pudesse prestar cuidados de qualidade tanto ao doente como à sua família.

Para além da componente traumática tive o prazer de prestar cuidados a crianças/jovens com alterações neurocirúrgicas, entre as quais de carácter neoplásico. Este grupo foi também muito exigente, mais a nível emocional. Nestas condições, os cuidados eram mais abrangentes, pois eram prestados cuidados globais às crianças/jovens e às suas famílias, que eram muitas vezes convidados a participarem na prestação dos cuidados, como forma de aprenderem a dar resposta às novas necessidades dos seus filhos. Para tal havia exigências acrescidas para um cuidado humanizado, voltado para o ensino.

Posso então dizer que considero ter já competências que justificam a creditação referida. No entanto, este mesmo módulo servirá para as consolidar e aperfeiçoar, visto não prestar cuidados apenas a crianças com patologias do foro médico.

O local que selecionei foi o Serviço de Pediatria, do Hospital de Braga. Mais uma vez, esta escolha prendeu-se essencialmente com a localização geográfica do local. O facto de ser no mesmo Hospital onde desempenho a minha atividade profissional traz vantagens, acima de tudo económicas e de tempo.

Outra vantagem que pode advir desta escolha é o acompanhar as crianças e suas famílias que já conheço, por darem entrada no Hospital através do Serviço de Urgência, onde trabalho. Como são crianças e famílias com a mesma realidade geográfica da minha, pode também trazer vantagens.

Apesar de trabalhar no Hospital de Braga, o contacto direto com o Serviço de Pediatria é parco. Este serviço sofreu uma alteração recente, tanto a nível de estruturas físicas como dos colaboradores, com a abertura do novo hospital, em maio de 2011. Como este processo de mudança e reestruturação é recente não consegui, até ao momento, obter informações válidas que demonstrem a realidade do serviço.

Como mencionei anteriormente, há já competências que considero adquiridas. Não quero com isto dizer que não as vou desempenhar novamente, pois vou estar atenta à realização do maior número de atividades que o contexto de estágio me proporcionar. Sendo assim pretendo, no mínimo:

- Realizar a admissão, de forma sistemática, a 5 crianças e sua família;
- Preparar o regresso a casa, de forma sistemática, a 5 crianças e sua família;
- Promover a articulação com outros recursos da comunidade em, pelo menos 2 situações;
- Assistir 10 crianças/famílias em contexto de internamento de Pediatria;
- Acompanhar o circuito de uma criança/família no Bloco e Recobro;
- Assistir crianças/famílias com situações de doença crónica.

### 1.3. Módulo III – Serviços de Urgência e Serviços de Neonatologia (10 ECTS)

Segundo o plano de estudos, este módulo realizar-se-á “em unidades de saúde de Urgência e unidades de Neonatologia, com objectivos de tratamento de crianças com estes problemas de saúde.”

(4)

Este módulo realizar-se-á entre 23 de abril e 23 de maio de 2012, no Serviço de Neonatologia do Hospital de Braga e no período de 24 de maio a 23 de junho no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de S.João.

O Serviço de Neonatologia do Hospital de Braga foi escolhido devido à sua proximidade geográfica, bem como às suas qualidades crescentes. No que respeita ao serviço de Neonatologia do Hospital de Braga, tenho a mesma limitação em relação ao contacto diminuto com o mesmo. Este serviço sofreu uma alteração recente, tanto a nível de estruturas físicas como dos colaboradores, com a abertura do novo hospital, em maio de 2011. Como este processo de mudança e reestruturação é recente não consegui, até ao momento, obter informações válidas que demonstrem a realidade do serviço.

Esta área tem, para mim, uma conotação agrídoce. Foi para esta especialidade que mantive pedido de transferência de serviço, durante cerca de 5 anos, enquanto desempenhava funções no Serviço de Neurocirurgia. Apesar de nunca ter tido contacto com a realidade da Neonatologia, sempre foi uma área que me cativou, mesmo enquanto aluna de base, se não antes. Muitas vezes o que queremos muito é o que mais demora a realizar-se e, se por um lado tenho grandes expectativas nesta experiência, por outro lado tenho receio que as mesmas se abalem.

Neste contexto e dando seguimento às orientações gerais definidas pretendo, no mínimo:

- Assistir 5 crianças/família em contexto de Neonatologia – Alto Risco;
- Assistir 10 crianças/família em contexto de Neonatologia – Intermédios;
- Participar no processo de admissão de um Recém Nascido em Neonatologia;
- Acompanhar o percurso de um Recém Nascido desde a sala de partos à Neonatologia.

Para realização da segunda parte deste módulo escolhi o Centro Hospital de S. João (HSJ) devido às suas características de atuação. O meu local de trabalho é o Serviço de Urgência do Hospital de Braga e, apesar de fazer parte da equipa de prestação de cuidados a adultos, cumpro alguns turnos na Urgência Pediátrica, razão pela qual escolhi outro campo de experiências formativas. Penso que vai ser muito produtivo contactar com outra realidade, outros modos de pensar e agir.

O HSJ é o maior hospital do Norte e presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes. Actua como centro de referência para os distritos do Porto (com excepção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas. Para muitas especialidades e áreas do saber médico é a última instância no país em termos de diagnóstico e tratamento. Todas estas qualidades assistenciais acarretam a possibilidades de experiências positivas, enriquecedoras e gratificantes.

Pelo que me foi transmitido, na componente teórica, este serviço tem implementado o Sistema de Triagem Pediátrica CTAS (*Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*). Este facto aumenta a minha curiosidade pois, na minha prática diária, utilizo a Triagem de Manchester. Ter uma abordagem diferente perante uma admissão na urgência tornar-se-á compensador.

Neste contexto e apesar de considerar ter também atingido estas competências pretendo, no mínimo:

- Realizar triagem a 50 crianças e suas famílias em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica;
- Assistir 20 crianças/família em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.

Para além destas atividades, que pretendo realizar objetivamente em determinados locais de estágio, há outras que são imperativas, independentemente do local onde me encontro e não dependem do contexto, como sendo:

- Promoção do aleitamento materno;

- Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança/família;
- Promover a Parentalidade;
- Apoiar nos processos de transição de pessoa ao longo do ciclo vital;
- Utilizar a linguagem CIPE no SAPE/SIMUS para documentar a assistência de enfermagem;
- Utilizar a linguagem CIPE para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- Realizar formação ao grupo de pares num dos contextos de estágio;
- Conhecer instituições de atendimento à criança com deficiência na área de influência, ou de grande pertinência.

#### **1.4. Distribuição horária**

Para além da especificação do tempo em que permanecerei presencialmente em cada campo de estágio, é minha pretensão preencher vasto tempo a aprofundar conhecimentos ainda não fortalecidos, bem como desenvolver estratégias de melhoria.

No decorrer de cada módulo de estágio realizarei relatório aprofundado dos acontecimentos, bem como das competências adquiridas, recorrendo a estratégias como a descrição das atividades diárias.

As atividades e competências a desenvolver serão reformuladas, se necessário, durante a primeira semana de cada módulo de estágio.



## 2. OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Com a crescente exigência, tanto técnica como humana, torna-se imperativo o aperfeiçoamento constante, através da aquisição de competências chave. Surgem, assim, estratégias que conduzem a uma melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros. No plano de estudos são delineados cinco objectivos gerais, de onde emergem uma série de objectivos específicos/competências, que se pretende que sejam atingidos no decorrer do estágio. No guia de orientações para a elaboração deste projeto, são ainda pedidos indicadores de avaliação, de processo e de resultado os quais tentarei especificar.

### 2.1. Objectivos Gerais

São descritos objetivos que pretendem definir as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica:

- 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 (ESIP);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- 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.

## 2.2. Objetivos Específicos

- 1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.**

### Atividades

- Mobilizar conhecimentos teóricos e práticos necessários para a qualidade na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família;
- Realizar pesquisa bibliográfica, como forma de colmatar lacunas na informação e apresentar diversas perspectivas atuais perante uma temática;
- Promover práticas, baseadas na evidência.

- 2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

### Atividades

- Executar sessões informais, de educação para a saúde, à criança/jovem e sua família sempre que oportuno;
- Utilizar estratégias de comunicação para otimizar uma comunicação eficaz/terapêutica com a criança/jovem e sua família;
- Utilizar linguagem técnico-científica, quando em diálogo com os profissionais de saúde;
- Recorrer à linguagem simbólica, para comunicar com a criança.

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

### Atividades

- Identificar problemas susceptíveis de serem resolvidos com formação;
- Propor estratégias de desenvolvimento na equipa de enfermagem;
- Equacionar a adequação de diversas técnicas de Enfermagem na prática clínica, através de uma postura crítica e reflexiva.

**4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.**

Atividades

- Assumir responsabilidade pela aprendizagem crescente e pela atualização das competências;
- Realizar pesquisa bibliográfica sistemática e organizada, promovendo a auto-formação;
- Ter sempre uma atitude reflexiva perante a minha prática diária, preferencialmente com o tutor, de forma a identificar erros e evitá-los;
- Ter sempre uma atitude reflexiva perante a minha prática diária, preferencialmente com o tutor, de forma a identificar formas de aperfeiçoamento;
- Registrar, sistematicamente, o resultado do processo reflexivo da observação/prática de cuidados, de forma a desenvolver uma consciência crítica perante a profissão;
- Proporcionar momentos de diálogo com outros profissionais, de forma a beneficiar a troca de experiências;
- Realizar autoavaliação semanal, auscultando a opinião do tutor;
- Manter espírito aberto à crítica e à aprendizagem.

**5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.**

Atividades

- Realizar pesquisa bibliográfica sistemática e organizada, promovendo a auto-formação;
- Demonstrar conhecimentos do âmbito técnico-científico, relacionados com a criança/jovem e sua família;
- Ter capacidade de justificar decisões tomadas, baseadas em conhecimentos e experiências anteriores ou acrescidas de pesquisa bibliográfica atualizada;
- Ser criativa nos diferentes contextos de estágio integrando, na prática, os resultados de investigações atuais, com as quais me identifico.

**6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.**

Atividades

- Identificar áreas com necessidade de investigação, em contexto de estágio;
- Realizar a passagem de turno;
- Proporcionar conversas formais/informais com o tutor e os restantes pares;
- Desenvolver capacidades de comunicação.

**7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.**

Atividades

- Identificar e formular problemas, de forma clara;
- Considerar as alternativas possíveis de acção, avaliando os resultado de cada uma antes de decidir;
- Seleccionar alternativas, baseadas num conhecimento avançado;
- Planear e implementar soluções eficazes;
- Acompanhar e comparar os resultados;
- Assistir à implementação do Sistema de Triagem Pediátrica CTAS, compreendendo os passos principais desta triagem.

**8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP.**

Atividades

- Realizar pesquisa bibliográfica, sempre que necessário;
- Participar em momentos formativos formais/informais, com a equipa multidisciplinar;
- Implementar uma prática de Enfermagem Avançada;
- Demonstrar um discurso pessoal fundamentado das decisões tomadas, durante os cuidados prestados na área de EESIP.

**9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.**

Atividades

- Adotar uma atitude responsável em todas as minhas ações, aceitando o peso da responsabilidade, procurando apoio no enfermeiro tutor sempre que não for capaz de dar resposta à situação;
- Reflectir criticamente sobre toda a minha prática, com o objetivo de crescer como Enfermeira, contribuindo assim para a excelência da profissão;
- Reflectir sobre o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Cultivar o interesse pela formação individual e profissional, dos elementos da Equipa multidisciplinar.

**10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.**

Atividades

- Ser criativa nos diferentes contextos de estágio integrando, na prática, os resultados de investigações atuais, com as quais me identifico;
- Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança/jovem e sua família, sempre de uma forma terapêutica;
- Respeitar a criança/jovem e a sua família nas suas diferenças culturais e crença;
- Respeitar a individualidade de cada criança/jovem e sua família;
- Identificar situações problema, relacionadas com a criança/jovem e sua família;
- Planear intervenções para os problemas detetados, com intuito de auxiliar na sua colmatação/minimização;
- Implementar intervenções;
- Avaliar resultados das intervenções.

## **11. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica.**

### Atividades

- Analisar a prestação pessoal e profissional de uma forma crítica;
- Compreender o Processo Reflexivo e as suas etapas;
- Utilizar o Processo Reflexivo;
- Aplicar o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.

## **12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.**

### Atividades

- Adequar os vários métodos de análise, de acordo com a situação em causa;
- Aplicar o processo de enfermagem como método de resolução de problemas;
- Mostrar iniciativa e criatividade na procura de soluções na iminência dos problemas detectados.

## **13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.**

### Atividades

- Mobilizar conhecimentos teóricos e práticos necessários para a prontidão na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família;
- Desenvolver competências de ação ajustada, perante situações de maior complexidade, na área de intervenção da EESIP;
- Solicitar colaboração do tutor ou outros profissionais, sempre que não possua competência para agir com segurança;
- Promover reflexão desses momentos, com o intuito de melhoria contínua e crescente dos cuidados;
- Assistir à implementação do Sistema de Triagem Pediátrica CTAS, compreendendo os passos principais desta triagem.

- Assistir e colaborar nos cuidados à criança/jovem na sala de Emergência;
- Assistir e colaborar nos cuidados à criança/jovem que recorre ao Serviço de Urgência;

#### **14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.**

##### Atividades

- Identificar o método de trabalho da equipa de enfermagem;
- Trabalhar em parceria com o Tutor, na metodologia de trabalho instituída;
- Efectivar registos, da prática de cuidados, com recurso à taxonomia da CIPE;
- Desenvolver as competências que permitam utilizar o sistema de informação em uso;
- Utilizar a metodologia científica do Processo de Enfermagem na prestação de cuidados à criança e sua família;
- Reformular o Processo de Enfermagem sempre que a situação de saúde da criança/jovem o exija;
- Efectuar o planeamento da alta/transferência, pela verificação dos diagnósticos de enfermagem activos;
- Identificar cuidados que necessitem de continuidade após a alta;
- Elaborar carta de transferência.

#### **15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

##### Atividades

- Aplicar os fundamentos éticos do regime jurídico da Saúde e da Enfermagem em Portugal;
- Atuar de acordo com a ética e deontologia profissional, respeitando os direitos, a autonomia, a dignidade, a privacidade, as crenças e valores da criança/jovem e sua família;
- Tomar decisões justificadas, tendo sempre por base a beneficiação da criança/jovem e sua família;

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

Atividades

- Adequar o estilo de comunicação a cada criança/jovem e sua família;
- Recorrer a técnicas de comunicação direcionadas à criação de uma relação de ajuda com a criança/jovem e sua família, promovendo a sua inclusão no processo de adaptação;
- Respeitar a criança e a sua família nas suas diferenças culturais e de crença;
- Assegurar que a informação dada à criança/jovem e sua família é apresentada de forma apropriada e clara;
- Manter uma postura de disponibilidade para com a criança/jovem, sua família e pares.

**17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Atividades

- Trabalhar em equipa, adoptando atitude de disponibilidade, respeito e colaboração;
- Participar, com os membros da equipa, na tomada de decisão respeitante à criança/jovem e sua família;
- Estabelecer comunicação eficaz com a equipa inter e multidisciplinar;
- Conhecer a articulação dos serviços descritos com outros da mesma instituição, ou de outras colaboradoras;
- Promover a articulação dos cuidados, com outros recursos da comunidade.
- Indicadores

**18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP.**

Atividades

- Cooperar nas diversas tarefas do Responsável de Turno, acompanhando-o e compreendendo a liderança da equipa;
- Identificar as diversas tarefas da responsabilidade do Responsável de turno;
- Acompanhar a enfermeira chefe, durante pelo menos um turno, para compreender a dinâmica da sua ação.

**19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.**

Atividades

- Ter iniciativa na implementação do processo de enfermagem;
- Analisar resultados da aplicação do processo de enfermagem de uma forma crítica e construtiva;
- Ser criativa, de forma a utilizar resultados de forma adequada, na prática diária.

**20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.**

Atividades

- Valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados;
- Analisar artigos científicos, considerados como a melhor evidência científica para se poder basear a prática;
- Incorporar os resultados da investigação na prática;
- Adotar uma postura de empenho, no crescimento pessoal e profissional.

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

Atividades

- Exercer uma prática de enfermagem baseada na evidência, apoiada em estudos científicos;
- Demonstrar resultados práticos que apoiem determinada actuação;
- Promover mudanças de actuação com base nos resultados de investigação em enfermagem.

## **22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.**

### Atividades

- Colaborar activamente, na realização de trabalhos de investigação em curso, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Identificar áreas que necessitem ser investigadas ou aprofundadas;

## **23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP.**

### Atividades

- Compreender a importância da supervisão, no exercício da Enfermagem, para a promoção da sua qualidade;
- Aprimorar competências de comunicação, orientação e negociação;
- Adotar uma postura reflexiva, com atitude crítica face à multiplicidade de experiências;
- Promover a reflexão das ações, nos membros da equipa, como forma de se alcançar a melhoria dos cuidados.

## **24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.**

### Atividades

- Assumir uma postura responsável na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, aceitando a responsabilidade exigida das minhas acções;
- Reconhecer limitações e procurar ajuda do tutor, sempre que não for capaz de dar resposta à situação;
- Reconhecer a necessidade de ir ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE.

## **25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

### Atividades

- Promover a aprendizagem e desenvolvimento profissional de pares;
- Promover espaços de reflexão e partilha de experiências entre pares;

- Estabelecer relações profissionais com a equipa.

## **26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP.**

### Atividades

- Conhecer a estrutura física do serviço, os recursos humanos disponíveis e os materiais ao dispor;
- Reconhecer a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem e o método de trabalho aplicado;
- Conhecer o método de elaboração de horário mensal, distribuição diária e plano de férias;
- Identificar o tipo de gestão de recursos materiais (gestão, aquisição e distribuição de stocks).

## **27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP.**

### Atividades

- Identificar, junto dos profissionais, necessidades de formação na área de EESIP;
- Identificar problemas passíveis de serem resolvidos com formação.

## **28. Promover a formação em serviço na área de EESIP.**

### Atividades

- Planear uma acção de formação a pares, em contexto de estágio;
- Executar a acção de formação planeada;
- Avaliar satisfação dos formandos, relativa à acção de formação, mediante aplicação de um questionário.

## **29. Colaborar na integração de novos profissionais.**

### Atividades

- Conhecer o processo de integração de novos profissionais;
- Participar na integração de novos profissionais, se o tutor estiver responsável por tal tarefa.



### 3. CONCLUSÃO

Vendo chegar ao fim este projeto, inicia-se também uma nova fase, a de concretização das expectativas. Mantém-se, no entanto, o empenho reflexivo e construtivo que pretendo que me escolte nas minhas práticas.

A materialização deste projeto foi pincelado de algumas dificuldades, que tentei transpor. Uma das primeiras dificuldades com que me confrontei foi a organização da estrutura em si e o facto de ter de passar para o papel aquilo que os meus pensamentos ditavam. Pesa nesta dificuldade a minha realidade pessoal, em que estive fora de contextos académicos durante 12 anos. Outra dificuldade sentida foi não conseguir encontrar um foco de atenção transversal a todos os módulos, por considerar todos importantes e interessantes de trabalhar. Contudo, há dois temas que me merecem mais atenção: a promoção da parentalidade e a importância da presença da família em contexto hospitalar.

Apesar destes contratemplos, penso ter atingido os objetivos a que me propus no início deste projeto.

Não dou por terminado este planeamento por ter consciência da especificidade deste estágio. É assim importante reavaliar constantemente e efectuar ajustes deste percurso. No final de cada módulo realizarei relatório descritivo das minhas atividades como forma de reflexão e avaliação.



## Bibliografia

1. **República, Diário da.** Diário da República Eletrónico. *dre.pt*. [Online] 18 de fevereiro de 2011. [Citação: 27 de março de 2012.] [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
2. **Silva, Abel Paiva e.** "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*.
3. **Quivy, Raymond.** *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa : Gradiva - Publicações, Lda, 1998.
4. **Portuguesa, Universidade Católica.** [Online] 2012. [Citação: 03 de abril de 2012.] [http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Mestrados%20Enfermagem/Mestrado%20ESIP\\_UC/Estagio%20ESIP.pdf](http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Mestrados%20Enfermagem/Mestrado%20ESIP_UC/Estagio%20ESIP.pdf).
5. **Saude, Direção Geral.** [Online] [Citação: 02 de abril de 2012.] <http://www.min-saude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=257>.
6. **Verde, Camara Municipal de Vila.** [Online] [Citação: 02 de abril de 2012.] [http://www.cm-vilaverde.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=178&Itemid=153](http://www.cm-vilaverde.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=178&Itemid=153).



# ANEXOS



## **Anexo I - Plano Geral do Mestrado em Enfermagem – 5ª edição – Ano Letivo 2011/2013**





**PLANO GERAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM - 5ª EDIÇÃO - ANO LECTIVO 2011/2013**

2011														2012																												
1º SEMESTRE														2º SEMESTRE																												
Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maio				Junho				Julho						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40			
S	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16
T	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17
Q	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18
Q	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19
S	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20
S	8	15	22	29	5	12	18	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	

Sessão de Boas Vindas
  Aulas
  Feriados
  Férias
  Época de Exames e avaliações / elaboração de relatório
  Estágios e trabalho individual
  Trabalho individual

2012														2013										
3º Semestre																								
Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro					Fevereiro				
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60					
S	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25		
T	2	9	17	23	30	6	13	20	27	4	13	20	27	1	8	15	22	29	5	12	19	26		
Q	3	10	18	24	31	7	14	21	28	5	14	21	28	2	9	16	23	30	6	13	20	27		
Q	4	11	19	25	1	8	15	22	29	6	15	22	29	3	10	17	24	31	7	14	21	28		
S	5	12	20	26	2	9	16	23	30	7	16	23	30	4	11	18	25	1	8	15	22	29		
S	6	13	21	27	3	10	17	24	1	8	17	24	31	5	12	19	26	2	9	16	23			



## **Anexo II - Cronograma de Estágio do 5º Mestrado em Enfermagem**





Ano	2012														2013																	
Semestre	1º Semestre							2º Semestre							3º Semestre																	
Mês	Abril		Maio			Junho		Outubro			Novembro				Dezembro			Janeiro														
Dias da Semana	23	30	7	14	21	28	4	11	18	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2
	28	5	12	19	26	2	9	16	23	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2					
	23 Abril a 23 Maio					24 Maio a 23 Junho			1 Out. a 27 Out.				29 Out. a 24 Nov.				26 Nov. a 5 Janeiro.			7 Janeiro a 02 Fevereiro.												
Ana Sofia Cruz Pereira	ULS Matosinhos		Creditação Mod. III (Urgência)			CS São Mamede de Infesta							ULS Matosinhos - H. Pedro Hispano																			
Carina Sofia Oliveira Correia	Hospital São João		Hospital São João			Hospital São João							CS de São Mamede de Infesta																			
Carolina Soares Cardoso	ULS Matosinhos - H. Pedro Hispano							CS Senhora da Hora							Hospital São João			Creditação Mod. III (Neonatologia)														
Diana Sofia Ventura de Andrade	Hospital São Sebastião							Hospital São João			Hospital São João				Creditação Módulo I																	
Eduarda Manuela Cardoso Costa	Hospital de Braga		Hospital São João			Creditação I/2 Mod. II			Hospital de Braga				CS de Vila Verde (Braga)																			
Filipe José Soares Rodrigues Pereira	Hospital de Braga							CS de Vila Verde (Braga)							Hospital São João			Hospital Braga														
Liliane Filipa Araújo Ferreira	UCC Matosinhos/USF Horizonte							Hospital São João			Hospital São João				Creditação Mód. II																	
Lisette Lopes Henrique	CS de Vila Verde (Braga)							Hospital de Braga							Hospital de Braga			Creditação Mod. III (Urgência)														
Lucinda Maria Ribeiro Ramos	CS Senhora da Hora							ULS Matosinhos - H. Pedro Hispano							Hospital de VNGaia			Creditação Mod. III (Neonatologia)														
Marlene Cristina de Sosa Fernandes	CS de Vila do Conde							ULS Matosinhos			Hospital São João				Creditação Módulo II																	
Marta Susana da Silva Duarte Vasques	Creditação Mod. III (Neonatologia)		Hospital São João			Hospital São João							CS Senhora da Hora																			
Saul Manuel Mota de Aguiar Leitão	Hospital São João							UCC Matosinhos/USF Atlantida							Hospital São João			Hospital São João														
Tânia Andreia Dias Ribeiro **	CS de São Mamede de Infesta							Hospital São João			ULS Matosinhos				Hospital São João																	
Tânia Cristina Ribeiro Batista**	Hospital São João		ULS Matosinhos			UCC Matosinhos/USF Atlantida							Creditação Mod. II																			
Vânia Sofia Correia Pereira	C.H.A.M. (Viana do Castelo)		C.H.A.M. (Viana do Castelo)			C.H.A.M. (Viana do Castelo)							Centro de Saude de Viana do Castelo																			

Internamento de Pediatria
  Centro de Saúde
  Urgência
  Neonatologia

A



## **Anexo III - Orientações gerais**





## Orientações gerais

OBJECTIVOS/ACTIVIDADES ESTÁGIO SIP	Nº
Realizar consultas de Saúde Infanto-Juvenil	20
Realizar Vacinação a crianças e jovens	20
Realizar Diagnóstico Precoce	5
Participar em sessões de Massagem Infantil	2
Participar em Visitas Domiciliarias à criança/família	2
Promoção do aleitamento materno	Sempre
Participar na dinamização do Cantinho da Amamentação	1
Realizar Ações de Educação para a Saúde (AES) à criança/jovens em contexto escolar	2
Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança/família	Sempre
Promover a Parentalidade	Sempre
Apoiar nos processos de transição de pessoa ao longo do ciclo vital	Sempre
Utilizar a linguagem CIPE no SAPE/SIMUS para documentar a assistência de enfermagem	Sempre
Utilizar a linguagem CIPE para documentar a assistência de enfermagem realizada	Sempre
Assistir crianças/família em contexto de Neonatologia – Alto Risco	5
Assistir crianças/família em contexto de Neonatologia – Intermédios	10
Participar no processo de admissão do RN em Neonatologia	1
Acompanhar o percurso do RN desde a sala de partos à Neonatologia	1
Realizar a admissão, de forma sistemática, da criança/família	5
Preparar o regresso a casa, de forma sistemática, da criança/família	5
Promover a articulação com outros recursos da comunidade	2
Realizar triagem à criança/família em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica	50
Assistir crianças/família em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica	20
Assistir crianças/famílias em contexto de internamento de Pediatria	10
Acompanhar o circuito da criança/família no Bloco e Recobro	1
Assistir crianças/famílias com situações de doença crónica	5
Conhecer instituições de atendimento à criança com deficiência na área de influência, ou de grande pertinência.	2
Realizar formação ao grupo de pares num dos contextos de estágio	1



# Anexo IX – Tabelas Desenvolvimento

## Mary Sheridan



Mapa de Cuidados

Identificação  
 Nº processo: 231655 Nome: GABRIEL RODRIGUES FERREIRA Idade: 1 Mês e 5 Dias  
 Total Intervi Dia 2013.02.06

4713 2013.02.06 11:30 Centro de Saúde Em Realização

✓ x **Medicação**

	Quant. Administrada	Emb.	Lote	Ute. Ser.	Observações
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

✓ x **Atitudes Terapêuticas** Observações

✓ x **Intervenções** Especificações

11:32 Monitorizar desenvolvimento psicomotor através da "Escala de Mary Sheridan"

Neste Contacto  
 UCC VILA VERDE Nº Contacto: 564375

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

**Comportamento e Adaptação Social**

Fixa a face da mãe quando o alimenta  
 Sim  Não

Sorriso presente às 6 sem.  
 Sim  Não

Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.  
 Sim  Não

**Visão e Motricidade Fina**

Segue uma bola pendente a 20-25 cm 1/4 de circ. (do lado até a linha média)  
 Sim  Não

**Postura e Motricidade Global**

Dec. Vent. levanta a cabeça  
 Sim  Não

Dec. dorsal postura ass. m. sup. do lado da face ext.  
 Sim  Não

Tracção pelas mãos a cabeça cai  
 Sim  Não

Sentado dorso em arco e mãos fechadas  
 Sim  Não

Suspensão vert. cabeça erecta membros semi-flectidos  
 Sim  Não

**Audição e Linguagem**

Pára e pode voltar os olhos de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido  
 Sim  Não

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Sorri</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Boa resposta social à aproximação de uma face familiar</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Segue uma bola pendente meio círculo e horizontal</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Convergência</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Pestanejo de defesa</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Apoio nos antebraços</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Membros com movimentos ritmados</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Tracção pelas mãos, cabeça erecta, coluna dorsal direita</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>De pé, flecte os joelhos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Atende e volta-se quando ouve sons</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Muito activo, atento e curioso</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Tem preensão palmar</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Leva objectos à boca</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Transfere os objectos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Se o objecto cai esquece-o imediatamente</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Boa convergência (estrabismo anormal)</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Apoia-se nas mãos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>De pé faz apoio</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Segue os sons a 45 cm do ouvido</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Vocaliza monossílabos e dissílabos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Dá gargalhadas</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Leva uma bolacha à boca</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Mastiga</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Distingue os familiares dos estranhos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Leva tudo à boca</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Aponta com o indicador</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Atira objectos ao chão deliberadamente e procura o objecto que caiu</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Senta-se sozinho e fica sentado entre 10 e 15 m</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Localização de sons suaves a 90 cm acima e abaixo do nível do ouvido</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Repete várias sílabas ou sons do adulto</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Bebe pelo seu copo com ajuda</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Segura a colher mas não a usa</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Colabora ao vestir, levantando os braços</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Muito dependente do adulto</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Demonstra afecto</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Procura o objecto escondido</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Interesse visual para perto e longe</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Tem equilíbrio sentado</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Gatinha</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Põe-se de pé e baixa-se, apoio de uma ou duas mãos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Resposta rápida aos sons suaves</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Dá pelo nome e volta-se</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Compreende ordens simples como "dá cá" e "adeus"</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Segura a colher e leva alimentos à boca</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Não gosta que lhe peguem</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Exige muita atenção</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Indica a necessidade de ir à casa de banho</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Começa a copiar as actividades domésticas</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Constrói torre de 3 cubos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Anda bem</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Apanha brinquedos do chão</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Põe o chapéu e os sapatos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Usa bem a colher</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Bebe por copo e coloca-o no lugar sem entornar</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Constrói torre de 6 cubos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Imita o rabisco circular</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Gosta de ver livros</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Vira uma página de cada vez</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Corre</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Diz o primeiro nome</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Fala sozinho enquanto brinca</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Nomeia objectos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Vai sozinho a toilette</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Come com colher e garfo</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Constrói torre de 9 cubos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>-Imita (3A) e copia (3A1/2) a ponte de 3 cubos</p> <p>-Copia o círculo</p> <p>-Imita a cruz</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Combina 2 cores geralmente o vermelho e amarelo. (Confunde azul e verde)</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Equilíbrio momentâneo num pé</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Sobe escadas alternadamente. Desce com os 2 pés no mesmo degrau</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Diz o nome completo e o sexo</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Pode vestir-se e despir-se só com excepção de abotoar atrás e dar laços.</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Gosta de brincar com crianças da sua idade</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Sabe esperar pela sua vez</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Constrói escada de 6 cubos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Copia a cruz</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Combina e nomeia 4 cores básicas</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Fica num pé sem apoio 3 -5 seg.</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Sobe e desce as escadas alternadamente</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Salta num pé</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Linguagem compreensível</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Apenas algumas substituições infantis</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sheridan Modificado

OK Cancelar Sinais Alarme Data 2013/02/06 Hora 11:32 Enf. 4713

4 - 6 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina	Postura e Motricidade Global	Audição e Linguagem
<p>Veste-se só</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Lava as mãos e a cara e limpa-se só</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Escolhe os amigos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Compreende as regras do jogo</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Constrói 4 degraus com 10 cubos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Copia o quadrado e o triângulo (5A)</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Conta 5 dedos de uma mão</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Nomeia 4 cores</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Fica num pé 3 - 5 seg. com os braços dobrados sobre o torax</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Salta alternadamente num pé</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data do nascimento.</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta. Pode haver confusão nalguns sons.</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Sinais de Alarme

OK Cancelar

1, 3, 6 e 9 Meses 12, 18, 24 Meses e 4-5Anos

1 Mês	3 Meses	6 Meses	9 Meses
<p><input type="checkbox"/> Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado</p> <p><input type="checkbox"/> Hiper e hipotonicidade na posição de pé</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca segue a face humana</p> <p><input type="checkbox"/> Não vira olhos e cabeça para o som(voz humana)</p> <p><input type="checkbox"/> Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos</p>	<p><input type="checkbox"/> Não fixa sem segue objectos</p> <p><input type="checkbox"/> Não sorri</p> <p><input type="checkbox"/> Não há qualquer controlo da cabeça</p> <p><input type="checkbox"/> Mãos sempre fechadas</p> <p><input type="checkbox"/> Membros rígidos em repouso</p> <p><input type="checkbox"/> Sobressalto ao menor ruído</p> <p><input type="checkbox"/> Chora e grita quando se toca</p> <p><input type="checkbox"/> Pobreza de movimentos</p>	<p><input type="checkbox"/> Ausência de controlo da cabeça</p> <p>Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar</p> <p><input type="checkbox"/> Não olha nem pega qualquer objecto</p> <p><input type="checkbox"/> Assimetrias</p> <p><input type="checkbox"/> Não reage aos sons</p> <p><input type="checkbox"/> Não vocaliza</p> <p><input type="checkbox"/> Desinteresse pelo ambiente</p> <p><input type="checkbox"/> Irritabilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Estrabismo manifesto e constante</p>	<p><input type="checkbox"/> Não se senta</p> <p><input type="checkbox"/> Permanece imóvel; não procura mudar de posição</p> <p><input type="checkbox"/> Assimetrias</p> <p><input type="checkbox"/> Sem prensão palmar, não leva objectos à boca</p> <p><input type="checkbox"/> Não reage aos sons</p> <p><input type="checkbox"/> Vocaliza monotona ou perde a vocalização</p> <p><input type="checkbox"/> Apático sem relação com familiares</p> <p><input type="checkbox"/> Engasga-se com facilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Estrabismo</p>

Sinais de Alarme

OK Cancelar

1, 3, 6 e 9 Meses 12, 18, 24 Meses e 4-5Anos

12 Meses <input type="checkbox"/>	18 Meses <input type="checkbox"/>	24 Meses <input type="checkbox"/>	4-5 Anos <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não aguenta o peso nas pernas <input type="checkbox"/> Permanece imóvel; não procura mudar de posição <input type="checkbox"/> Assimetrias <input type="checkbox"/> Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão <input type="checkbox"/> Não responde à voz <input type="checkbox"/> Não brinca nem estabelece contacto <input type="checkbox"/> Não mastiga	<input type="checkbox"/> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas <input type="checkbox"/> Anda sempre na ponta dos pés <input type="checkbox"/> Assimetrias <input type="checkbox"/> Não pega nenhum objecto entre o polegar e o indicador <input type="checkbox"/> Não responde quando o chamam <input type="checkbox"/> Não vocaliza espontaneamente <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que o rodeia; não estabelece contacto <input type="checkbox"/> Deita os objectos fora. Leva-os sistematicamente à boca <input type="checkbox"/> Estrabismo	<input type="checkbox"/> Não anda <input type="checkbox"/> Deita os objectos fora <input type="checkbox"/> Não constrói nada <input type="checkbox"/> Não parece compreender o que se lhe diz <input type="checkbox"/> Não pronuncia palavras inteligíveis <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que está em seu redor. Não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não procura imitar <input type="checkbox"/> Estrabismo	<input type="checkbox"/> Hiperactivo, distraído, dificuldade de concentração <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez <input type="checkbox"/> Estrabismo ou suspeita de défice visual <input type="checkbox"/> Perturbação do comportamento



## Anexo X – Orientação da DGS (Dor)



## Anexo 1

### Intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor durante procedimentos

Intervenção	Modo de aplicação
Amamentação	Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
Contenção com lençol Ou contenção manual <sup>2</sup>	Envolver o lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como <i>swaddling</i> . A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como <i>facilitated tucking</i> e <i>containment</i> .
Distração	Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança.
Glicose a 30% (disponível em ampolas) ou Sacarose a 24% (preparação em farmácia hospitalar)	Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos devem ser sempre registados no processo clínico. A solução de sacarose deve ser conservada no frigorífico durante um período não superior a 1 semana. <b>Nota:</b> É eficaz durante o primeiro ano de vida
Imaginação guiada/hipnoanalgesia	Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.
Massagem	Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos. Contraindicações: alterações da coagulação, presença de inflamação ou lesão cutânea.
Modelação/ensaio comportamental	Antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança ou adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de enfrentamento (por exemplo em vídeo ou numa demonstração com boneco).
Preparação	Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais. <b>Nota:</b> A antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória mas suficiente para a criança se preparar.

<sup>2</sup> A contenção manual é uma forma de apoio postural que, ao contrário da restrição física, não envolve o uso da força. É uma medida de conforto e destina-se a evitar a desorganização motora, ela própria stressante, que os estímulos desagradáveis provocam nestas idades, Assim sendo, é útil até ao desaparecimento do reflexo de Moro.

Anexo 1 (cont.)

Intervenção	Modo de aplicação
Reforço positivo	Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificado), conforme combinado.
Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios	Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade.
Sucção não nutritiva	Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica. Nota: Deve ser reservada aos lactentes doentes e que já utilizam chupeta.

## Anexo XI – Folheto NACJ



**Os Maus Tratos :**

( Negligência, Mau Trato Físico, Psicológico e Emocional, Abuso Sexual e Síndrome de Münchausen por Procuração) a Crianças e Jovens, constituem

**CRIME PÚBLICO!**

*É dever de todos colaborar na*

**IDENTIFICAÇÃO**

**E**

**SINALIZAÇÃO**

**dos mesmos!**

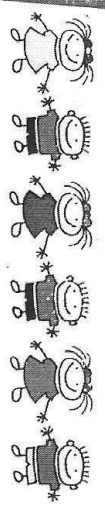


**EQUIPA:**

Enfermeiro: Isabel Costa

Médico: Maria Fernanda

TS Serviço Social: Carla Pereira

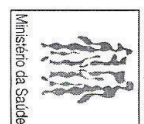


**NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco**

**Email: nacjr@csulruver.de.mini-saude.pt**

**Telefone:**

Centro de Saúde de Vila Verde  
Rua Dr. Domingos Oliveira Lopes  
4730-702 Vila Verde  
Telefone: 253 310 850



Ministério da Saúde

**ACES**

**Cavado II Gerês Cabreira**



**Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - NACJR**

**Centro de Saúde de Vila Verde  
2011**

## **1 - *Que é o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - NACJR?***

- *O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - NACJR é uma entidade criada pelo despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro, tendo por base a Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro - Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.*

- *É constituído por uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro e outro(s) profissional (ais) de saúde e ou do serviço social).*

- *Desenvolve a sua actividade no Centro de Saúde com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação e articulação com as diferentes Unidades Funcionais de Saúde e outras estruturas e sectores (Saúde, Educação, Segurança Social, IPSS, Forças de Segurança, CPCJ, Tribunais e outros).*

## **2 - *Quais são os objectivos do NACJR?***

*O NACJR tem como objectivos promover os direitos das Crianças e Jovens, em particular a saúde através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da detecção precoce de contextos, factores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento dos casos identificados.*

## **3 - *Quais são as funções de NACJR?***

*O NACJR tem como funções:*

- *Sensibilizar os profissionais para a problemática das Crianças e Jovens em Risco;*
- *Colher e organizar informação sobre as situações de maus tratos em Crianças e Jovens atendidos no Centro de Saúde;*
- *Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento e encaminhamento dos casos;*
- *Mobilizar a rede de recursos internos do Centro de Saúde de modo a assegurar o acompanhamento dos casos;*

- *Geri a título excepcional, as situações*

*clínicas que pelas características que apresentam, possam ser acompanhadas a nível de Centro de Saúde, e que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendem as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;*

- *Colaborar com outros projectos e recursos comunitários no âmbito da prevenção e acompanhamento das situações de Crianças e Jovens em Risco;*

- *Assegurar a articulação funcional com outros Núcleos, com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), e com o Ministério Público.*

- *Difundir informação de carácter legal normativo e técnico sobre o assunto;*

## **4 - *Qual é a população abrangida?***

*Constituem alvo da intervenção do NACJR Crianças e Jovens até aos 18 anos, ou com menos de 21 anos de idade que solicitem a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos.*

## Anexo XII – Folheto ELI



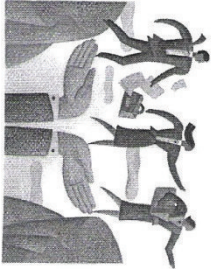
## CONTACTOS



O que é a ELI ?

A Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) tem os seguintes objectivos gerais:

- Detectar e sinalizar todas as crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com risco de alterações ou com alterações biológicas que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento;
- Intervir com a criança e família em função das necessidades identificadas prevenindo ou reduzindo riscos de atraso no desenvolvimento;
- Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de Segurança Social, da Saúde e da Educação;
- Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.



Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

### ELI Braga Saudável

Unidade de Saúde de São Vicente/Infias  
Rua Eng.º João Teixeira da Silva n.º 7 e 13  
4700-376 São Vicente, Braga  
253 201 580

[elbragasaudavel@gmail.com](mailto:elbragasaudavel@gmail.com)

### ELI Colina Assucena

Extensão de Saúde de Esportes  
Rua das Granjas  
4700-030 Esportes, Braga  
253 689 220

[elbragacolinaassucena@gmail.com](mailto:elbragacolinaassucena@gmail.com)

### ELI Amares

Centro de Saúde de Amares  
Rua 25 de Abril  
4720-393 Ferreiros, Amares  
253 909 230

[amareseli@gmail.com](mailto:amareseli@gmail.com)



INFORMAÇÃO



## Área Geográfica das ELI:

### ELI Amares

<b>CONCELHOS (com as respectivas freguesias associadas)</b>	
Amares	
Terras de Bouro	
Póvoa de Lanhoso	
Veira do Minho	
Vila Verde	

### ELI Braga Saudável

Adaufe	Palmeira
Crespos	Panóias
Dume	Parrada de Tibães
Frossos	Pousada
Mirre de Tibães	Real
Mereim S. Pedro	S. Vicente
Navarra	Santa Lucrecia de Algeiz
Padim da Graça	

### ELI Colina Assucena

Azerim	Estrelidos	Frade	Lonar	Parvaia	S. Lázaro	Abasa
Acóia (S. Pedro)	Estalim	Fraila	Nasimosa (S. Pedro)	Pedro (S. Pedro)	S. Valer	Taneta
Avóida	Espinho	Condralvas	Nereira	Pedro (S. Valério)	SI	Tendões
Cabreiros	San (S. Pedro)	Saibor	Nogueira	Pinhos	Semela	Vilça
Celeros	Espinho (S. Pedro)	Gilzyde	Nogueira	Rulhe	Segúria	
Cividade	Ferros	Lamas	O Leão (S. Pedro)	S. Maria de Vila Verde	Sobrasal	
Cuilha	Felgueiras	Lamegas	Pedro (S. Maria)	S. João	Tufim	

### Onde será efectuada a intervenção?

Os técnicos das ELI desenvolvem a sua intervenção junto das crianças e suas famílias/cuidadores nos contextos onde a criança se desenvolve (domicílio, creche, jardim-de-infância, ama ou outros).

### Constituição das Equipas

#### ELI Amares

médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social; terapeuta da fala e educadores de intervenção precoce.

#### ELI Braga Saudável

médico, médico pediatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta da fala e educadoras de intervenção precoce.

#### ELI Colina Assucena

Médico, médico pediatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e educadoras de intervenção precoce

#### Crianças Abrangidas

### Crianças entre os 0 e os 6 anos e respectivas famílias

<b>1º Grupo</b> Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo	1.1. Atraso de desenvolvimento sem causa conhecida 1.2. Atraso de desenvolvimento por condições específicas
<b>2º Grupo</b> Crianças com risco grave de desenvolvimento	2.1. Crianças expostas a factores de risco biológico (Ex.: complicações pré-natais – infecções; hemorragias, etc.) 2.2.1. Factores de risco parentais (ex.:doenças psiquiátricas, etc.) 2.2.2. Factores contextuais (isolamento; pobreza, etc.)

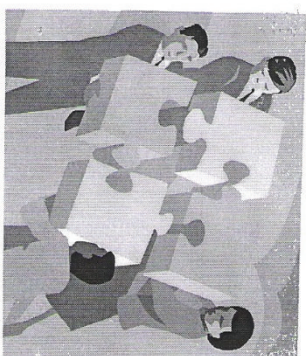
#### Direitos das Famílias/Cuidadores

Para além do direito a participar nas actividades promovidas pela ELI Braga Saudável são também direitos das crianças e famílias elegíveis para o SNIPI:

- Beneficiar gratuitamente dos serviços prestados pela ELI;
- Ter um plano de intervenção baseado numa avaliação criteriosa;
- Avaliar os serviços prestados;
- Participar activamente no processo.

#### Deveres das Famílias/Cuidadores

As crianças e famílias elegíveis para o SNIPI têm o dever de respeitar os horários estabelecidos e informar a equipa de qualquer ocorrência que possa alterar o serviço e de zelar pela conservação do material disponibilizado pela equipa, se



## Anexo XIII – Referenciação ELI





## Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

[SNIPi]

[Ficha de Referência]

### 1. Identificação da Criança

- Nome da Criança
- Data de Nascimento
- Morada
- Freguesia e Concelho
- Contacto telefónico
- E-mail
- NISS
- SNS

### 2. Identificação dos pais

- Nome do pai
- Idade
- Profissão
- Morada
- E-mail
- Contacto telefónico

- Nome da mãe
- Idade
- Profissão
- Morada
- E-mail
- Contacto telefónico



### 3. Referenciação

▪ Quem referencia

▪ Contactos

▪ Descrição sumária do motivo da referenciação

▪ Que apoios especializados teve/tem ?

▪ Observações

▪ Data

## Anexo XIV – Critérios Elegibilidade



# Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância



## CrITÉRIOS de elegibilidade

De acordo com o Decreto-lei 281/09 de 6 de Outubro, são elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os **0** e os **6 anos** e respectivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

**1 - «Alterações nas funções ou estruturas do corpo»** que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas actividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respectiva idade e contexto social;

**2 - «Risco grave de atraso de desenvolvimento»** pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

São elegíveis para acesso ao SNIPI, todas as crianças do **1º grupo** e as crianças do **2º**, que acumulem **4 ou mais** factores de risco **biológico e/ou ambiental**. Tal como foi empiricamente demonstrado, este número constitui o ponto de charneira para um aumento substancial do efeito do risco (efeito cumulativo do risco).

### Definições:

**Funções do Corpo** - São as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas ou da mente)

**Estruturas do Corpo** - São as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

**Actividade** é a execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo. Limitações da actividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de actividades.

**Participação** é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

## **1 - Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo (ICF - CY, 2007)**

**1.1 Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida**, abrangendo uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa), validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito.

**1.2 Condições Específicas** – Baseiam-se num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, entre outras:

- Anomalia cromossómica (p. ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil)
- Perturbação neurológica (p. ex. paralisia cerebral, neurofibromatose)
- Malformações congénitas (p. ex. síndromas polimalformativos)
- Doença metabólica (p. ex. mucopolisacaridoses, glicogenoses)
- Défice sensorial (p. ex. baixa visão/cegueira, surdez)
- Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (p. ex. síndrome fetal alcoólico)
- Perturbações relacionadas com infecções severas congénitas (p. ex. HIV, grupo TORCH, meningite)
- Doença crónica grave (p. ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica)
- Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p. ex. perturbações do espectro do autismo)
- Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

## **2 - Crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento**

**2.1 – Crianças expostas a factores de risco biológico**: Inclui crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na actividade e participação (ICF – CY, 2007) por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento.

*Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, entre outros:*

- História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento;
- Exposição intra-uterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso);
- Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infecções, hemorragias, etc.);

- Prematuridade <33 semanas de gestação;
- Muito baixo peso à nascença ( < 1,5Kg);
- Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento <percentil 10 para o tempo de gestação;
- Asfíxia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais).
- Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões)
- Hemorragia intraventricular;
- Infecções congénitas (Grupo TORCH);
- Criança HIV positiva
- Infecções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningoencefalite)
- Traumatismos cranianos graves
- Otite média crónica com risco de défice auditivo

## **2.2 - Crianças expostas a factores de risco ambiental**

Consideram-se condições de risco ambiental a existência de **factores parentais ou contextuais**, que actuam como obstáculo à actividade e à participação da criança (ICF–CY, 2007), limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar.

### **2.2.1 - São entendidos como factores de risco parentais, entre outros:**

- Mães adolescentes < 18 anos
- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas
- Maus-tratos activos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação)
- Doença do foro psiquiátrico
- Doença física incapacitante ou limitativa

### **2.2.2 - Consideram-se factores contextuais, entre outros:**

- Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social);

- Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);
- Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai-criança.

## Anexo XV – Avaliação de Desenvolvimento



# TESTE DE AVALIAÇÃO DO DESenvolvimento

(Adaptado de "Schedule of Growing Skills II")

## PROJECTO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO DISTRITO DE COIMBRA

Nome: \_\_\_\_\_ Nº de Processo: \_\_\_\_\_  
 D.N.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Idade corrigida: \_\_\_\_\_  
 Teste efectuado por: \_\_\_\_\_

T E M		DATA DAS AVALIAÇÕES	T E M		DATA DAS AVALIAÇÕES
<b>CAPACIDADES POSTURAS PASSIVAS (0-6M)</b>			<b>16</b> Mantem-se sentado por períodos prolongados (8)		
<b>POSIÇÃO SUPINA</b>			<b>17</b> Passa para a posição sentado de decubito ventral e dorsal (10)		
1	Cabeça na linha média (1)	1	<b>APOIO NOS MEMBROS INFERIORES</b>		
2	Levanta as pernas para vertical e agarra os pés (5)	2	18	Apoia algum peso nos M. Inferiores (6)	1
<b>SUSPENSÃO VENTRAL</b>			19	Apoia todo o peso nos M. Inferiores (6)	2
3	Cabeça alinhada com corpo, ancas semi-estendidas (1)	1	20	Mantém-se de pé agarrado (10)	3
4	Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros estendidos (3)	2	21	Põe-se de pé sózinho agarrado à mobília (12)	4
<b>TRACÇÃO PARA POSIÇÃO SENTADA</b>			<b>PONTUAÇÃO DA POSTURA ACTIVA</b>		
5	Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controle momentâneo da cabeça antes da queda para a frente (1)	1	<b>CAPACIDADES LOCOMOTORAS (9-50 M)</b>		
6	Pouca queda da cabeça (2)	2	<b>MOVIMENTO E BALANÇO</b>		
7	Tracção pelas mãos faz força para se sentar (5)	3	22	Desloca-se rebolando e arrastando-se (10)	1
<b>POSIÇÃO SENTADO (APOIADO)</b>			23	Tenta gatinhar (por vezes para trás) (10)	2
8	Dorso moderadamente curvado, levanta momentaneamente a cabeça (2)	1	24	Caminha pela mão (12)	3
9	Costas direitas (5)	2	25	Caminha agarrado à mobília ou empurrar brinquedos com rodas (12)	4
<b>PONTUAÇÃO DA POSTURA PASSIVA</b>			26	Caminha sózinho, pés afastados e braços levantados para equilíbrio (15)	5
<b>CAPACIDADES POSTURAS ACTIVAS (0-12 M)</b>			27	Pés apenas um pouco afastados, já dá curvas e pára subitamente (15)	6
<b>DECUBITO VENTRAL</b>			28	Levanta um objecto do chão sem cair (18)	7
10	Cabeça de lado, joelhos flectidos sob o abdomen, com ancas levantadas, braços encostados ao torax com cotovelos flectidos (18)	1	29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos (18)	8
11	Cabeça de lado, membros flectidos, cotovelos afastados do torax, ancas moderadamente levantadas (1)	2	30	Salta com pés juntos do último degrau (24)	9
12	Levanta a cabeça e torax com apoio nos antebraços. Ancas planas (3)	3	31	Consegue caminhar em "bicos dos pés" (10)	10
13	Apoia peso nas palmas das mãos com braços estendidos e atitude de alerta (6)	4	32	Consegue correr em bicos dos pés (36)	11
14	Passa para a posição de gatas (5)	5	33	Salta num pé 3 passos (36)	12
<b>POSIÇÃO SENTADA</b>			34	Marcha pé-ante-pé 4 passos (3 tentativas) (48)	13
15	Mantem-se sentado momentaneamente sem apoio (6)	1	35	Mantém-se 8 segundos apoiado em cada pé (60)	14
			<b>ESCADAS</b>		
			36	Sobe escadas de gatas e desce de "rabo" (18)	1
			37	Sobe escadas pela mão c/ 2 pés no mesmo degrau (24)	2
			38	Sobe e desce escadas acompanhado com 2 pés no mesmo degrau (24)	3
			39	Sobe (alterna pés) e desce (2 pés) escadas sózinho (30)	4
			40	Sobe e desce escadas sózinho - 1 pé em cada degrau (48)	5
			41	Sobe escadas a correr (60)	6
			<b>PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS</b>		

ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES		ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES	
<b>CAPACIDADES MANIPULATIVAS</b>			(80)	Aponta para objectos distantes (12)	5
<b>MÃOS</b>			(81)	Mostra-se interessado em gravuras (15)	6
42	Mãos fechadas e polegar flectido (11)	1	(82)	Reconhece detalhes em livros e gravuras (16)	7
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos (3)	2	(83)	Completa placa círculo, quadrado e triângulo (24)	8
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra (3)	3	(84)	Completa placa dos peixes (24)	9
45	Preensão palmar usando toda a mão (5)	4	(85)	Reconhece detalhes minúsculos em livros (30)	10
46	Transfere objectos (6)	5	(86)	Combina 2 cores primárias (36)	11
47	Segura 2 cubos um em cada mão e junta-os (8)	6	(87)	Combina 4 cores primárias (36)	12
48	Pega num pequeno objecto entre polegar e indicador com pinça imperfeita (10)	7	(88)	Combina 10 cores (48)	13
49	Pinça correcta (12)	8	89	Coopera c/ teste de visão de carta linear (6 metros) (60)	14
50	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão (12)	9	<b>PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS</b>		
51	Vira páginas dum livro (várias de cada vez) (18)	10	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>		
52	Vira uma página de cada vez (24)	11	<b>FUNÇÃO (0-12 M)</b>		
53	* Pregos dentro da chavena em 30 seg. 10 + (3 tentativas) (36)	12	90	Assusta-se com ruído súbito (24)	1
54	* Pregos na placa em 30 seg. 8 + (3 tentativas) (36)	13	91	Responde à voz ou som suave (3)	2
<b>CUBOS</b>			92	Orienta-se para a voz da mãe (6)	3
(55)	* Torre de 2 (15)	1	<b>COMPREENSÃO</b>		
(56)	* Torre de 3 (18)	2	93	Vira a cabeça em direcção a fonte sonora (6)	1
(57)	* Torre de 4 - 6 (24)	3	94	Atento aos sons rotineiros (8)	2
(58)	* Torre de 7 + (30)	4	95	Compreende "não / adeus" (10)	3
(59)	* Cópia ponte (30)	5	96	Reconhece o seu próprio nome (12)	4
(60)	* Constrói 3 degraus com 6 cubos após demonstração (48)	6	97	* Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares (12)	5
<b>DESENHO</b>			98	* Selecciona a pedido 2 objectos de 4 (15)	6
(61)	Rabisca para cá e para lá (15)	1	99	Aponta para 2 partes do corpo - Nariz e mãos (18)	7
(62)	Rabisco circular (18)	2	100	Aponta para partes do corpo da boneca - olhos e barriga (18)	8
(63)	* Imita linha vertical e/ou horizontal (24)	3	101	* Segue ordem de 2 passos - "Dá de beber à boneca" (24)	9
(64)	* Imita círculo (30)	4	102	* Compreende os verbos das gravuras (24)	10
(65)	* Imita cruz (36)	5	103	* Compreende as funções dos objectos das gravuras (30)	11
(66)	* Cópia quadrado (48)	6	104	* Segue instruções com preposições (36)	12
<b>FIGURA HUMANA</b>			105	* Compreende adjectivos de tamanho (36)	13
(67)	* Cabeça e uma outra parte (30)	1	106	* Compreende negativos (36)	14
(68)	* Cabeça, pernas e (geralmente) braços e dedos (48)	2	107	* Cumpre uma ordem com 2 instruções (48)	15
(69)	* Cabeça, tronco, pernas e braços e outras características (60)	3	108	* Compreende questões mais complicadas (48)	16
<b>PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS</b>			109	* Cumpre ordem com 3 instruções (60)	17
<b>CAPACIDADES VISUAIS</b>			110	* Compreende negativos em instruções complexas (60)	18
<b>FUNÇÃO (0-12 M)</b>			<b>PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>		
70	Volta-se para a luz difusa (24)	1	<b>FALA E LINGUAGEM</b>		
71	Segue brevemente foco a 30 cm distância (1)	2	<b>VOCALIZAÇÃO (0-12 M)</b>		
72	Fixa a face ou objecto na linha da visão e segue-o com os olhos < 90° (1)	3	111	Sons guturais ocasionais (1)	1
73	Segue objecto 180° (3)	4	112	Vocaliza quando satisfeito (3)	2
74	Converge os olhos com a aproximação do objecto (3)	5	113	Ri e grita durante o jogo (6)	3
75	Aponta com o indicador com precisão para pequeno objecto (12)	6	114	Palra continuamente para atrair atenção (6)	4
<b>COMPREENSÃO</b>			115	Imita sons dos adultos (tosse, b'rr) (18)	5
(76)	Observa objecto que cai e esquece-o rapidamente (6)	1	<b>LINGUAGEM EXPRESSIVA</b>		
(77)	Olha para o local correcto à procura de objecto que cai (6)	2	116	Jargon incessante contendo essencialmente vogais e muitas consoantes (12)	1
(78)	Procura brinquedo escondido (8)	3			
(79)	Atento ao movimento à distância (olha pela janela) (10)	4			

ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES				ITEM	DATA DAS AVALIAÇÕES			
117	Uma palavra com significado (12)	2			149	Encontra rapidamente objecto escondido (12)	3		
118	Comunica utilizando simultaneamente gesto e vocalização (15)	3			(150)	Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse (15)	4		
119	Várias palavras com significado (pelo menos 4) (15)	4			151	Brinca sózinho perto de pessoa familiar (15)	5		
120	Usa mais de 7 palavras com significado (15)	5			(152)	Empurra e puxa grandes brinquedos com facilidade (18)	6		
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros (18)	6			153	Chuta bola pequena (24)	7		
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases (24)	7			154	Atira com a mão bola pequena (30)	8		
123	Nomeia objectos e gravuras familiares (24)	8			(155)	Sabe aguardar pela sua vez no jogo (35)	9		
124	Fala geralmente compreendida pela mãe (24)	9			(156)	Jogo imaginativo complicado, cumpre regras (60)	10		
125	Usa palavras interrogativas (O quê? Onde?) e usa 2 pronomes pessoais (p.e., mim, tu) (30)	10			<b>PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL</b>				
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos (30)	11							
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais (30)	12			<b>CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA (6-60 M)</b>				
128 *	Dá apropriada/ conta de acontecimentos recentes (35)	13							
129	Discurso fluente e claro (45)	14			<b>ALIMENTAÇÃO</b>				
130 *	Frases de 5 + palavras (45)	15							
131 *	Descreve sequência de acontecimentos (60)	16			157	Seguro no biberon quando está a ser alimentado (6)	1		
132 *	Consegue explicar acontecimentos (60)	17			158	Tenta pegar na colher (8)	2		
<b>PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DA FALA E LINGUAGEM</b>					159	Seguro, morde e mastiga uma bolacha (10)	3		
<b>CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL</b>					160	Bebe por um copo com ajuda (12)	4		
<b>COMPORTAMENTO SOCIAL</b>					161	Seguro na colher mas não se alimenta (12)	5		
133	Sorri à estimulação social (1)	1			162	Seguro na colher, leva-a à boca mas não consegue deixar de entornar (15)	6		
134	Responde ao tratamento carinhoso (3)	2			163	Seguro na chávena com ambas as mãos e bebe sem entornar muito (18)	7		
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas (3)	3			164	Come com colher sem entornar (18)	8		
136	Leva tudo à boca (6)	4			165	Levanta o copo, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade (24)	9		
137	Mostra-se irritado quando frustrado (10)	5			166	Come perfeitamente com colher (30)	10		
138	Faz gracinhas e acena "adeus" (12)	6			167	Come com colher e garfo (35)	11		
139	Curioso e atento às pessoas, objectos e acontecimentos à sua volta (12)	7			168	Come perfeitamente com pouquíssima ajuda (40)	12		
140	Imita actividades simples da vida diária (15)	8			169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição (50)	13		
141 *	Resistente e rebelde quando contrariado (18)	9			<b>HIGIENE 1 (171 - 175) HIGIENE 2 (176 - 180)</b>				
142	Brinca c/ outras crianças mas não partilha brinquedos (24)	10			170	Dá sinal quando está molhado ou com fezes (15)	1		
(143) *	Partilha brinquedos e a atenção dos adultos (30)	11			171	Dá sinal antes de fazer (irritabilidade / vocalização) (18)	2		
(144) *	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos (35)	12			172	Seco durante o dia (24)	3		
145	Conforta activamente irmãos e amigos (35)	13			173	Verbaliza a necessidade de ir à toilette em tempo razoável (24)	4		
146	Nomeia o melhor amigo (45)	14			174	Geralmente seco durante a noite (30)	5		
<b>JOGO</b>					175	Lava as mãos (30)	1		
147	Quando lhe é oferecida uma roca, agarra-a e abana-a para obter som (6)	1			176	Lava e seca as mãos e escova os dentes (42)	2		
148	Encontra um objecto parcialmente escondido (8)	2			177	Lava e seca mãos e cara, com competência (48)	3		
					178	Veste-se e despe-se sózinho (5/ botões e fechos) (60)	4		
					179	Veste-se e despe-se sózinho (incluindo botões e fechos) (60)	5		
					<b>PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA</b>				

\* Estes itens são explicados nas instruções

# TESTE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

## Folha do Perfil

(Adaptado de "Schedule of Growing Skills II")

### PROJECTO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DO DISTRITO DE COIMBRA

Nome: _____	Nº de Processo: _____
D.N.: ____/____/____	Idade: _____
Data da Observação: ____/____/____	
Avaliação efectuada por: _____	

Idade (meses)	Áreas										Idade (meses)
	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	
60 m			20 19	28 27	20	21 20	22 21	24	23 22 21	34 33 32	60 m
48 m			18 17	26 25 24	19	19 18	20 19	23	20 19 18	31 30 29 28	48 m
36 m			16 15	23 22 21	18 17	17 16	18 17	22 21 20	17 16	27 26 25 24	36 m
30 m			14 13	20 19 18	16	15 14	16 15	19 18	15 14	23 22 21 20	30 m
24 m			12 11 10	17 16 15	15 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17 16	24 m
18 m			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	15 14 13 12	18 m
15 m			6 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9	15 m
12 m		12	4 3	9 8	11 10	8 7	7 6	10 9 8	5 4	8 7 6	12 m
10 m		11 10	2 1	7	9	6	5	7	3	5 4	10 m
8 m		9 8 7		6	8	5	4	6	2	3 2	8 m
6 m	9 8 7	6 5 4		5 4	7 6	4 3	3	5 4	1	1	6 m
3 m	6 5 4	3		3 2	5 4	2	2	3 2			3 m
1 m	3 2 1	2		1	3 2		1	1			1 m
0 m		1			1	1					0 m
<b>Áreas</b>	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	
* Qualidade											

\* Use um "X" para indicar preocupação relativamente à qualidade da performance.

## Anexo XVI – Foto





*Decidir ter um  
filho é algo de  
extrema  
importância.*

*É decidir ter o  
coração, para  
sempre, andando  
fora do seu corpo.*

*Obrigado Mãe!*

Nome da criança

Dia da Mãe  
5 Maio 2012

Serviço de Neonatologia  
do Hospital de Braga



## Anexo XVII – Tabelas de Medicação Paracetamol



# PARACETAMOL

PESO (kg)	10 mg/Kg/dose		15 mg/Kg/dose	
	mg	ml*	mg	ml*
1	10	0,3	15	0,5
2	20	0,6	30	0,9
3	30	0,9	45	1,4
4	40	1,3	60	1,9
5	50	1,6	75	2,3
6	60	1,9	90	2,8
7	70	2,2	105	3,3
8	80	2,5	120	3,8
9	90	2,8	135	4,2
10	100	3,1	150	4,7
11	110	3,4	165	5,2
12	120	3,8	180	5,6
13	130	4,1	195	6,1
14	140	4,4	210	6,6
15	150	4,7	225	7
16	160	5,0	240	7,5
17	170	5,3	255	8
18	180	5,6	270	8,4
19	190	5,9	285	8,9
20	200	6,3	300	9,4
21	210	6,6	315	9,8
22	220	6,9	330	10,3
23	230	7,2	345	10,8
24	240	7,5	360	11,3
25	250	7,8	375	11,7
26	260	8,1	390	12,2
27	270	8,4	405	12,7
28	280	8,8	420	13,1
29	290	9,1	435	13,6
30	300	9,4	450	14,1
31	310	9,7	465	14,5
32	320	10,0	480	15,0
33	330	10,3	495	15,5
34	340	10,6	510	15,9
35	350	10,9	525	16,4
36	360	11,3	540	16,9
37	370	11,6	555	17,3
38	380	11,9	570	17,8
39	390	12,2	585	18,3
40	400	12,5	600	18,8
41	410	12,8	615	19,2
42	420	13,1	630	19,7
43	430	13,4	645	20,2
44	440	13,8	660	20,6
45	450	14,1	675	21,1
46	460	14,4	690	21,6
47	470	14,7	705	22,0
48	480	15,0	720	22,5
49	490	15,3	735	23,0
50	500	15,6	750	23,4

Quando usada dose de 160 mg/5ml



## Anexo XVIII – Tabelas de Medicação Ibuprofeno



# IBUPROFENO

PESO (kg)	5 mg/Kg/dose		7,5 mg/Kg/dose	
	mg	ml*	mg	ml*
1	5	0,3	7,5	0,4
2	10	0,5	15	0,8
3	15	0,8	22,5	1,1
4	20	1	30	1,5
5	25	1,3	37,5	1,9
6	30	1,5	45	2,3
7	35	1,8	52,5	2,6
8	40	2	60	3
9	45	2,3	67,5	3,4
10	50	2,5	75	3,8
11	55	2,8	82,5	4,1
12	60	3	90	4,5
13	65	3,3	97,5	4,9
14	70	3,5	105	5,3
15	75	3,8	112,5	5,6
16	80	4	120	6
17	85	4,3	127,5	6,4
18	90	4,5	135	6,8
19	95	4,8	142,5	7,1
20	100	5	150	7,5
21	105	5,3	157,5	7,9
22	110	5,5	165	8,3
23	115	5,8	172,5	8,6
24	120	6	180	9
25	125	6,3	187,5	9,4
26	130	6,5	195	9,8
27	135	6,8	202,5	10,1
28	140	7	210	10,5
29	145	7,3	217,5	10,9
30	150	7,5	225	11,3
31	155	7,8	232,5	11,6
32	160	8	240	12
33	165	8,3	247,5	12,4
34	170	8,5	255	12,8
35	175	8,8	262,5	13,1
36	180	9	270	13,5
37	185	9,3	277,5	13,9
38	190	9,5	285	14,3
39	195	9,8	292,5	14,6
40	200	10	300	15
41	205	10,3	307,5	15,4
42	210	10,5	315	15,8
43	215	10,8	322,5	16,1
44	220	11	330	16,5
45	225	11,3	337,5	16,9
46	230	11,5	345	17,3
47	235	11,8	352,5	17,6
48	240	12	360	18
49	245	12,3	367,5	18,4
50	250	12,5	375	18,8



## Anexo XIX – Orientação técnica sobre avaliação da dor nas crianças



# ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco  
Henrique  
Moura  
George

Digitally signed by  
Francisco Henrique Moura  
George  
DN: cn=PT, o=Ministério da  
Saúde, ou=Direcção-Geral  
da Saúde, cn=Francisco  
Henrique Moura George  
Date: 2010.12.14 18:27:41 Z



NÚMERO: 014/2010

DATA: 14/12/2010

**ASSUNTO:** Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor na criança; avaliação; escalas de avaliação

**PARA:** Todos os profissionais de saúde que tratam crianças.

**CONTACTOS:** Direcção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença; Coordenador da Comissão Nacional de Controlo da Dor: [helenam@dgs.pt](mailto:helenam@dgs.pt); [jmromao@netcabo.pt](mailto:jmromao@netcabo.pt)

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de Dezembro, esta Direcção-Geral recomenda o cumprimento das orientações técnicas abaixo descritas referentes à avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos.

## I – AVALIAÇÃO DA DOR NAS CRIANÇAS

As crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. Aos factores de variabilidade individual somam-se os factores relacionados com o contexto da dor, pelo que a avaliação deve ser sempre multifacetada.

### 1. Orientações gerais:

Considera-se como norma de boa prática na avaliação da dor:

- Acreditar sempre na criança que refere dor;
- Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança;
- Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

### Orientações específicas:

#### 2.1. História da dor:

Consiste na colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais /cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos. Esta colheita deve ser realizada logo que possível considerando os seguintes parâmetros:

- a) Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- b) Factores de alívio e de agravamento;
- c) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- d) Formas de comunicar /expressar a dor;
- e) Experiências anteriores traumatizantes e medos;
- f) Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- g) Comportamento da criança e ambiente familiar;
- h) Efeitos da dor na vida diária;
- i) Impacto emocional e socioeconómico.

## 2.2. Avaliação da intensidade da dor:

Consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança. Apesar de existirem instrumentos para as várias idades pediátricas e situações clínicas, não existe uma solução universalmente aceite.

Esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto: no caso da criança internada, a avaliação deve ser feita, pelo menos, uma vez em cada turno de trabalho (8 horas).

O registo deve ser complementado no processo clínico com informação qualitativa de outros aspectos considerados úteis para interpretar a dor na criança, uma vez que a maioria destas escalas avalia a intensidade da dor.

De acordo com a idade, e por ordem de prioridade, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos<sup>1</sup>:

### Recém-nascidos

- a) EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
- b) NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- c) PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- d) N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida.

### Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

### Entre 4 e 6 anos

- a) FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos;
- b) Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.

---

<sup>1</sup> Escalas de avaliação da dor em anexo

### A partir de 6 anos

- a) EVA (Escala Visual Analógica);
- b) EN (Escala Numérica);
- c) FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- d) Escala de faces de Wong-Baker.

### Criança com multideficiência

FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)

Outros instrumentos de avaliação podem ser utilizados para situações muito particulares, desde que válidos, fiáveis, sensíveis, específicos e com utilidade clínica.

Todos os serviços prestadores de cuidados de saúde devem elaborar, para cada instrumento de avaliação que utilizam, um algoritmo de tratamento em função da intensidade da dor. Considera-se como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que a intensidade da dor se mantenha inferior a 3/10 (dor ligeira).

## II – FUNDAMENTAÇÃO

A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários.

A investigação na área da Neurobiologia demonstra que as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação. Em contrapartida, as vias de controlo descendente são ainda imaturas, daí resultando, nos recém-nascidos pretermo, uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos.

As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o stress.

Apesar de ser possível avaliar e tratar a dor das crianças, existe um hiato entre o conhecimento existente e o que é efectivamente posto em prática. Um estudo publicado em 2008, realizado no Hospital for Sick Children de Toronto, sobre a prevalência da dor nas crianças hospitalizadas, mostra que, nas 24 horas precedentes ao inquérito, apenas 27% das crianças tinham registo da avaliação da dor, apesar de 64% das crianças entrevistadas relatarem ter tido dor moderada ou intensa.

O Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor), aprovado por Despacho da Ministra da Saúde de 8 de Maio de 2008, prevê, nas suas estratégias de intervenção, a criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas e a implementação de programas eficientes de

avaliação e tratamento, com o objectivo da melhoria efectiva da qualidade de vida dos doentes com dor.

A Circular Normativa nº 09/DGCG, de 14 de Junho de 2003, equipara a dor a 5º sinal vital e considera como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.

Assim, a emanação da presente Orientação teve em consideração que:

1. A dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde.
2. A avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, objectivar um fenómeno por natureza subjectivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correcção em tempo útil.
3. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, actualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças.
4. O controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada.

## BIBLIOGRAFIA

- Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 9\_ DGS/DGCG 2003.
- Fitzgerald M. The development of nociceptive circuits. *Nat Rev Neurosci* 2005 Jul;6(7):507-20.
- Grunau RE, Holsti L, Peters JWB. Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2006 Aug;11(4):268-75.
- Kelly AM. Integrating Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Standards Into Pain Management Practices. *Home Health Care Management & Practice* 2003;15(3):231-6.
- Ordem dos Enfermeiros CdE. Dor: guia orientador de boa prática. 2008. s.l., Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira da Silva T, Justo da Silva L. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido. *Acta Medica Portuguesa* 2010;23(3):437-54.
- Taddio A, Katz J. The effects of early pain experience in neonates on pain responses in infancy and childhood. *Paediatr Drugs* 2005;7(4):245-57.
- Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag* 2008 Jan;13(1):25-32.
- von Baeyer CL, Spagrud LJ. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain* 2007 Jan;127(1-2):140-50.



Francisco George  
Director-Geral da Saúde

**ANEXO**  
**ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR**

## ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				DATA															
				HORA															
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>															
<b>ROSTO</b>	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada															
<b>CORPO</b>	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel															
<b>SONO</b>	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece															
<b>INTERACÇÃO</b>	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação															
<b>RECONFORTO</b>	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada															
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>																			

Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994; 1:1085-92.  
 Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. Acta Pediatr Port 2003; 34 (3): 159-13..

## NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

DESCRIÇÃO	
<b>Expressão facial</b>	
0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).
<b>Choro</b>	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choramingo	Choramingo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
<b>Respiração</b>	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
<b>Braços</b>	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Pernas</b>	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Estado de vigília</b>	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

## PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	<b>Idade gestacional (semanas)</b>	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
<b>Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal</b>	<b>Estado de alerta</b>	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
<b>Observar RN 30 segundos</b>	<b>FC máxima</b>	↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	<b>SO<sub>2</sub> mínimo</b>	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 – 4,9 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	<b>Testa franzida</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Olhos espremidos</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Sulco naso-labial</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

Stevens B, Johnston CC, Petryshen P, Taddio A. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain 1996; 12: 13-22.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

## FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

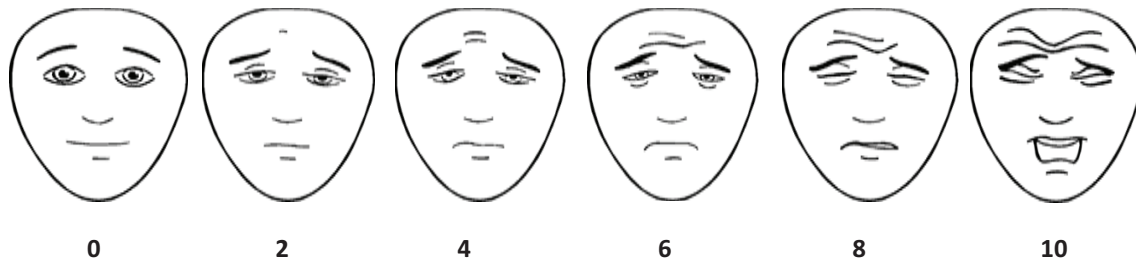
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			DATA												
			HORA												
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>												
<b>FACE</b>	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas												
<b>PERNAS</b>	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas												
<b>ATIVIDADE</b>	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos												
<b>CHORO</b>	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.												
<b>CONSOLABILIDADE</b>	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar												
<b>Pontuação total</b>															

© The Regents of the University of Michigan

Merkel SI, Yopel-Lewis T, Shayevitz J, Malvi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs.*1997; 23(3): 293-7.

Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Referência* 2009:10:7-14.

## ESCALA DE FACES Revista

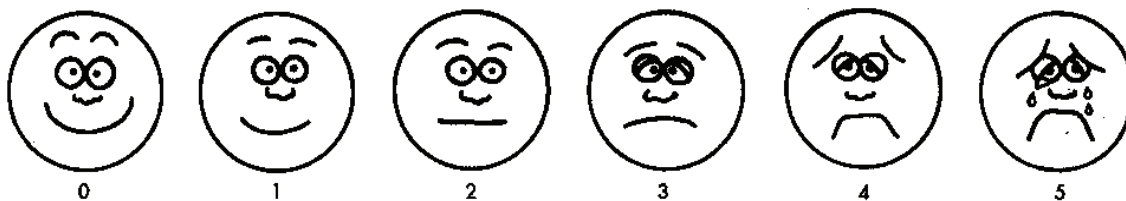


Nas instruções que se seguem, diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correcto para determinada criança.

“Estas caras mostram o quanto algo pode magoar. Esta cara [aponte para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais à direita] – que mostra muita dor. Aponta para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento].”

Hicks et al., 2001; Bieri et al., 1990: <http://painsourcebook.ca/pdfs/pps92.pdf>

## ESCALA DE FACES WONG-BAKER



### Instruções:

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

**Face 0** está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

**Face 1** tem apenas um pouco de dor.

**Face 2** tem um pouco mais de dor.

**Face 3** tem ainda mais dor.

**Face 4** tem muita dor.

**Face 5** tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

## FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised (FLACC-R)

<p><b>Face</b></p> <p>0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso</p> <p>1 = Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada</p> <p>2 = Caretas ou sobranceiras franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Pernas</b></p> <p>0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal &amp; movimentação dos membros inferiores e superiores</p> <p>1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais</p> <p>2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Atividade</b></p> <p>0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica</p> <p>1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.</p> <p>2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Choro</b></p> <p>0 = Sem choro/ verbalização</p> <p>1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou “grunhidos” ocasionais</p> <p>2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, “grunhidos” constantes</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Consolabilidade</b></p> <p>0 = Satisfeita e relaxada</p> <p>1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.</p> <p>2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto</p> <p>Comportamento individualizado:</p>

© The Regents of the University of Michigan

Malviya S, Yopel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait A. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia* 2006;16(3):258-265.

## Anexo XX – A dor como 5º Sinal Vital



Assunto: **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**

Nº 09/DGCG  
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

---

### I – NORMA

Atendendo a que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a **“Dor como o 5º sinal vital”**.

Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

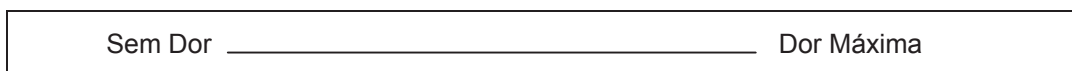
1. O registo sistemático da intensidade da Dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: **“Escala Visual Analógica”** (convertida em escala numérica para efeitos de registo), **“Escala Numérica”**, **“Escala Qualitativa”** ou **“Escala de Faces”**.
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

### II – REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da Dor pode efectuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- b) A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente.
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita.

- d) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaboradores, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios.
- e) A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- f) Para uma correcta avaliação da intensidade da Dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- g) É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala utilizada.

### **Escala Visual Analógica**



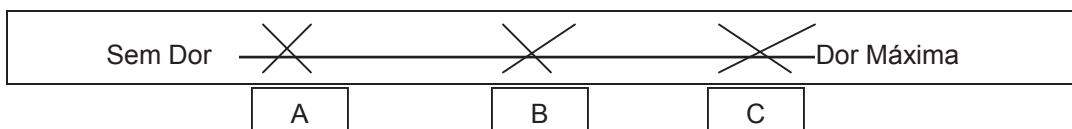
A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”.

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

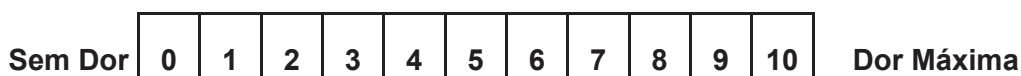
Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

*Exemplo:*

Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Sem Dor” (posição A). Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Dor Máxima” (posição C).



### **Escala Numérica**



A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

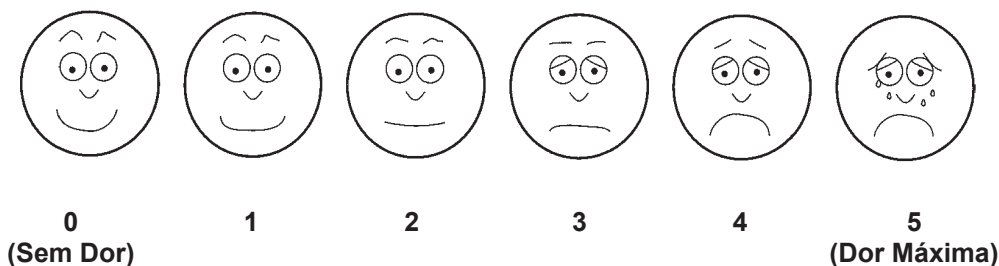
A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

### **Escala Qualitativa**



Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

**Escala de Faces**



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

**Folha de Registo dos Sinais e Sintomas Vitais**

Na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, deve ser incluído espaço próprio para registo da intensidade da Dor, como, a título de exemplo, se indica:

REGISTO DE SINAIS E SINTOMAS VITAIS																				
Mês																				
Dia																				
Turno																				
	SINAIS E SINTOMAS																			
	DOR	T	FC	FR	TA	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Dor Máxima	10																			
	9																			
Dor Intensa	8																			
	7																			
	6																			
Dor Moderada	5																			
	4																			
	3																			
Dor Ligeira	2																			
	1																			
Sem Dor	0																			
FR – Frequência Respiratória TA – Tensão Arterial F.C. – Frequência Cardíaca T – Temperatura					Observações															

**III – FUNDAMENTAÇÃO**

A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.

Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da Dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.

Se por um lado a Dor Aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a Dor Crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes.

Com a criação do *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, estão a desenvolver-se e a criar-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem da Dor.

Importa, assim, que a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde



*Prof. Doutor José Pereira Miguel*

## Anexo XXI – Competências precoces na alimentação oral do RN



## OBSERVAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL (EFS)

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)	
Consegue manter o corpo numa postura flectida c/ mãos/braços à linha média.	Sim Não
Estádio de alerta.	Sim Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura flectida durante a observação.	Sim Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a tetina ou abre a boca prontamente.	Sim Não
Linha basal de saturação de O <sub>2</sub> > 93%	Sim Não

Competências na Alimentação Oral				
(As competências que estão a sombreado na coluna da esquerda são as consideradas óptimas para iniciar a alimentação)				
<b>Capacidade de se Manter Interessado na Mamada</b>				
1. 1º Estádio predominante durante a mamada.	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
2. 2º Estádio predominante durante a mamada.	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
3. Tonicidade muscular predominante (Energia que a criança demonstra na alimentação).	Mantém o corpo em flexão com os braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
<b>Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor</b>				
4. Abre a boca prontamente quando os lábios são tocados com a tetina no início de cada surto	Todas as vezes	Algumas vezes	Nunca	
5. No início da alimentação a língua baixa para receber a tetina do biberão no início da alimentação	Todas as vezes	Algumas vezes	Nunca	
6. Imediatamente após a introdução da tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de uma sucção – pausa; Na sucção desorganizada a criança trínca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a tetina com a língua)	Inicia sempre com uma sucção organizada	Algumas vezes	Nunca iniciou uma sucção organizada	
7. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização na sucção quando a mamada está a decorrer	Incapaz de se manter organizado na sucção	
8. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma sucção débil	Sucção frequentemente débil	
9. Empenha-se em fazer longos surtos de sucções (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa. (sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da tetina, etc.)	Faz sempre surtos longos de sucções sem sinais de stress	Alguns surtos longos de sucções sem sinais de stress	Sem surtos longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress	
10. A língua mantém contacto constante com a tetina – Se perde o contacto durante a sucção com a tetina, ouve-se um som de um clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique	
<b>Capacidade em Coordenar a Deglutição</b>				
11. Gere o leite durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido	
12. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sons faríngeos limpos – sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejos	Frequentes sons de gorgolejos	
13. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições difíceis	Frequentes deglutições difíceis	

14. As vias aéreas abrem imediatamente após a deglutição – sem sons de estridor inspiratório (grito estridente ou choro agudo) depois de engolir	Sem sons tipo “guincho”	Alguns sons tipo “guincho”	Frequentes sons tipo “guincho”
15. Uma simples deglutição assimila o “bólus” da sucção – múltiplas deglutições não são necessárias para esvaziar o leite para a garganta.	Todas as deglutições são únicas para o mesmo “bólus”	Algumas múltiplas deglutições para o mesmo “bólus”	Frequentes múltiplas deglutições para o mesmo “bólus”
16. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um dos eventos observados	
<b>Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica</b>			
17. Cerca de 30s depois de iniciar a mamada a saturação de O2 estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
18. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Pára a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: pára na maioria das vezes	Não pára por si para respirar
19. Quando pára a sucção para fazer uma inspiração profunda, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz as respirações suficientes para se equilibrar	Faz as respirações suficientes para se equilibrar, na maioria das vezes	Não faz respirações suficientes para se equilibrar, na maioria das vezes
20. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
21. Sons respiratórios limpos – sem roncacos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncacos	Roncacos esporádicos	Roncacos frequentes
22. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
23. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez das asas do nariz).	Nunca faz adejo nasal	Adejo nasal esporádico	Adejo nasal frequente
24. Utilização dos músculos acessórios na respiração (elevação do queixo, cabeça para trás, retracção e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporadicamente	Utilização dos músculos acessórios frequentemente
25. Alteração da cor durante a alimentação (palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporadicamente	Alteração da cor frequentemente
26. Descida da saturação de O2 abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente
27. Descida da frequência Cardíaca abaixo dos 100 p/ minuto	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente
28. A frequência Cardíaca sobe cerca 15 batimentos por minuto acima do seu habitual	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente

Tolerância à Alimentação Oral (Durante os primeiros cinco minutos após a alimentação)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo flectido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Nível de Saturação de O2 (%):				
Número de batimentos cardíacos por minuto:				

#### Descritores da Mamada:

Saturação de O<sub>2</sub> habitual \_\_\_\_\_ Frequência respiratória habitual \_\_\_\_\_ Frequência cardíaca habitual \_\_\_\_\_

% de O<sub>2</sub> antes da refeição \_\_\_\_\_ durante a refeição \_\_\_\_\_

Habilidade alimentar:  mantém ao longo da refeição  melhorou durante a refeição  piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não Tipo de tetina usada \_\_\_\_\_ Duração da refeição (minutos) \_\_\_\_\_ Volume administrado \_\_\_\_\_ cc

©2002 revised 2/25/10. Prepared by S.Thoyre (UNC @ Chapel Hill, NC), C.Shaker (St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI), & K.Pridham, (UW-Madison, WI).

Tradução: Claudia Nicolau; Lígia Marques; Sílvia Oliveira; Thereza Vasconcelos  
Revisão Técnica e Científica: João Maroco; Manuel Cunha; Maria Alice Curado  
Lisboa, Maio de 2009

Posição: Deitado  decúbito lateral  semi-levantado, frente

Acções de suporte utilizadas:	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Acções passivas que não são de apoio ao desenvolvimento:
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoiou o maxilar	<input type="checkbox"/> Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou a base da língua	<input type="checkbox"/> Rodou/virou a tetina para o incentivar a mamar
<input type="checkbox"/> Re-acordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou as bochechas	<input type="checkbox"/> Apertou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Tetina de fluxo baixo		<input type="checkbox"/> Apertou a tetina para o encorajar a Chuchar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		<input type="checkbox"/> Introduziu e retirou a tetina para o estimular a mamar

Preocupações iniciais na alimentação/recomendações para a próxima mamada:

Idade gestacional ao nascer \_\_\_\_\_ Idade gestacional no momento da avaliação \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Quantidade de leite prescrita \_\_\_\_\_ Nº de Biberões por dia \_\_\_\_\_

Patologias Associadas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexo XXII – Guia de Avaliação Inicial



# Guia de Avaliação Inicial

## Respiração

- Frequência respiratória na admissão \_\_\_\_\_ (ciclos/min)
- Expansão torácica
  - Normal  Costal  Abdomino-diafragmática  Mista
  - Profunda  Costal  Abdomino-diafragmática  Mista
  - Superficial  Costal  Abdomino-diafragmática  Mista
- Doenças do foro respiratório
  - Internamentos anteriores \_\_\_\_\_
  - Causas do internamento
    - Crise asmática  Infecção respiratória  Outra \_\_\_\_\_
  - Outros dados \_\_\_\_\_

## Dados gerais

---

---

---

---

## Circulação

- Frequência cardíaca na admissão \_\_\_\_\_ (bat/min)
- Tensão arterial
  - Sistólica \_\_\_\_\_ (mmHg) Diastólica \_\_\_\_\_ (mmHg) MAP \_\_\_\_\_
- Observações
  - Descrição \_\_\_\_\_

## Temperatura Corporal

- Temperatura axilar na admissão \_\_\_\_\_ (°C)

## Nutrição

- Peso corporal na admissão \_\_\_\_\_ (Kg)
- Altura na admissão \_\_\_\_\_ (cm)
- Tipo de alimentação
  - Dieta líquida \_\_\_\_\_ Dieta geral \_\_\_\_\_
  - Dieta pastosa \_\_\_\_\_ Tipo de leite  1  2  3  HA  AR
  - Outros dados \_\_\_\_\_  HA AR  Isento lactose  Outro \_\_\_\_\_
- Refeições
  - Refeições diárias (nº) \_\_\_\_\_ Papas \_\_\_\_\_ Sopa \_\_\_\_\_ Tomas de leite \_\_\_\_\_
- Preferências alimentares
  - Alimentos preferidos \_\_\_\_\_
  - Alimentos que não gosta \_\_\_\_\_
- Outros dados \_\_\_\_\_

## Eliminação

- Intestinal
  - Última dejeção \_\_\_\_\_
  - Consistência das fezes  Duras  Moldadas  Pastosas  Líquidas  Mucosas
  - Cor das fezes  Acastanhadas  Esverdeadas  Amareladas  Outra
  - Elementos anormais  Muco  Sangue  Alimentos não digeridos  Outros
  - Continência das fezes  Sim  Não
- Vesical
  - Última micção \_\_\_\_\_
  - Continência vesical  Sim  Não
  - Uso de fralda  Diurna  Noturna  Ocasional  Sempre

## Tegumentos

- Características da pele
  - Cor da pele  Rosada  Pálida  Ictérica  Cianótica
- Temperatura das extremidades \_\_\_\_\_
- Turgescência  Normal  Seca  Húmida  Viscosa

## Auto-Cuidado

- Higiene
  - Banho geral \_\_\_\_\_ (vezes/sem)  Banheira  Chuveiro
  - Banho efetuado  Banheira  Chuveiro
  - Hábitos de higiene oral  Sim  Não
  - Atividades da vida diária \_\_\_\_\_
- Alimentar-se
  - Utensílios utilizados  Colher  Colher e garfo  Biberão  Copo  Copo de aprendizagem
  - Atividades da vida diária \_\_\_\_\_
- Vestir-se e arranjar-se
  - Atividades da vida diária \_\_\_\_\_
- Uso do sanitário
  - Atividades da vida diária \_\_\_\_\_
- Transferir-se
  - Atividades da vida diária \_\_\_\_\_
- Caminhar
  - Atividades da vida diária \_\_\_\_\_

## Dados significativos

- Antecedentes / Medicação / Alergias \_\_\_\_\_

## Interação de Papéis

- Papel do jogo
  - Local de apoio \_\_\_\_\_
- Papel de estudante
  - Ano escolaridade \_\_\_\_\_
  - Nome da Escola \_\_\_\_\_
- Papel no trabalho
  - Profissão do Pai \_\_\_\_\_
  - Profissão da Mãe \_\_\_\_\_
- Papel parental
  - Período de permanência  24 H  Noturno  Diurno
  - Disponibilidade de permanência  Mãe  Pai  Mãe e Pai  Avó  Outro familiar  Outros \_\_\_\_\_
  - Vigilância médica periódica \_\_\_\_\_
  - Vacinação  Atualizada  Em atraso
  - Autonomia na higiene  Sim  Não

Entrevista realizada em \_\_\_\_\_, a

Pessoa a contactar

Criança  Mãe  Pai  Mãe e Pai  Criança e Mãe

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Criança e Pai  Outro

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telef. Fixo \_\_\_\_\_

## Anexo XXIII – Guia Acolhimento HB



## INFORMAÇÕES GERAIS

### VISITAS

#### HORÁRIO GERAL DE VISITAS

Das 14h00 às 20h00.

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS

Duas visitas por dia por doente, das 12h30 às 19h30, durante 15 minutos.

PSIQUIATRIA

Duas visitas por dia por doente, das 16h30 às 18h30

HORÁRIO DE VISITA DO ACOMPANHANTE SIGNIFICATIVO

Das 11h00 às 21h00.

> MATERNIDADE

É permitida a permanência do pai.

> PEDIATRIA E NEONATOLOGIA

24h por dia.

### ALIMENTAÇÃO

Não é permitido aos visitantes trazer alimentos ou bebidas para os doentes internados, salvo recomendação médica ou de enfermagem.

### OBJECTOS DE VALOR

É recomendável não trazer. Nos casos em que o utente traga objectos de valor, estes ficarão à guarda do serviço. No momento da alta informe-se no serviço para saber onde os deverão recolher. O hospital não se responsabiliza pelos bens à guarda do doente.

### INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Em todos os serviços está afixado, em local visível, o horário de atendimento. Nesse horário, poderão ser obtidas informações junto do médico assistente.

### ALTA

O utente não deve abandonar o serviço sem ser devidamente informado sobre a continuidade dos cuidados e tratamentos.

### EQUIPAMENTO ELECTRÓNICO

Deve ser dado conhecimento ao enfermeiro responsável de turno de todo o equipamento electrónico que o doente tenha.

Os familiares poderão contactar o utente sempre que desejarem, respeitando o horário de descanso, entre as 21h00 e as 08h00.

Mediante as condições do Serviço e do doente, as regras acima referidas poderão sofrer alterações.



## COMO CHEGAR

### AUTOCARRO

linhas 40, 41, 74 e 87

### CARRO

N 41° 34' 147 W 8° 24' 087

O Hospital de Braga dispõe de um parque de estacionamento com 2.200 lugares, sujeito a pagamento às taxas em vigor.

Hospital de Braga  
Sete Fontes - S. Victor  
4710-243 Braga

253 027 000

hbrega@hospitaldebraga.com.pt

www.hospitaldebraga.com.pt

IMP:023.01/08/2012

**O Hospital de Braga concilia unidades de assistência médica, investigação e ensino universitário de excelência. Um espaço criado para prestar os melhores e mais inovadores cuidados de saúde com tecnologia de última geração.**

## SERVIÇOS DE APOIO

### RECEÇÃO PRINCIPAL

Localizada na entrada principal do Hospital, funciona todos os dias das 8h00 às 21h00.

### GABINETE DO UTENTE

Localizado no piso 0, junto à entrada principal, existe para o ajudar, bem como para receber sugestões/reclamações. Funciona nos dias úteis das 9h00 às 16h00.

### SERVIÇO SOCIAL

Localizado nos pisos correspondentes às alas de internamento do doente e no Serviço de Urgência.

### SERVIÇO RELIGIOSO

Os capelães estão à sua disposição para o apoiar e interligar com qualquer orientador religioso. Para tal, deve manifestar a sua vontade junto dos colaboradores do serviço onde está internado.

### SERVIÇO DE VOLUNTARIADO

Situado no piso 0, junto da recepção principal, colabora em diversas actividades de apoio ao utente e aos seus familiares

### ACOMPANHANTE

O doente tem direito à presença de um acompanhante significativo, nos termos do Regulamento de Visitas, sempre que a sua situação clínica o permita e que seja essa a sua vontade.

## DIREITOS E DEVERES DO DOENTE

### DIREITOS

- O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.
- O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.
- O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.
- O doente tem direito à prestação de cuidados continuados.
- O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.
- O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.
- O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.
- O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico.\*
- O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.
- O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.
- O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.
- O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

### DEVERES

- O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
- O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
- O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
- O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.
- O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
- O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Fonte: DGS | \* incluindo profissionais em formação

## SERVIÇO ONDE ESTÁ INTERNADO

### DESIGNAÇÃO

### CONTACTO

### DIRECTOR DO SERVIÇO

### ENFERMEIRO CHEFE

### MÉDICO RESPONSÁVEL

### ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

### ASSISTENTE SOCIAL

### HORÁRIO DE ATENDIMENTO A FAMILIARES

## O QUE O DOENTE DEVE TRAZER

- Produtos de higiene pessoal
- Chinéis de Quarto
- Pijama / Camisa de dormir
- Roupão

## Anexo XXIV – Adenda ao Guia de Acolhimento HB



## Visitas

No serviço de Pediatria, não são autorizadas as visitas. No entanto é permitida a visita dos irmãos, das 15h00 às 20h00, por um período de 30 min.

## Alimentação

A alimentação do seu filho/a, é fornecida no serviço, a todas as refeições. Sempre que possível, incentive-o a comer no nosso refeitório. As refeições principais do acompanhante da criança, são fornecidas no refeitório do hospital—piso 0, mediante o fornecimento do nome da criança e nos seguintes horários

Pequeno almoço	Almoço	Jantar
<ul style="list-style-type: none"><li>• 9h00</li><li>• 10h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 13h00</li><li>• 15h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 19h00</li><li>• 21h00</li></ul>

## Higiene

Como medida de prevenção das infeções, é aconselhado o banho diário das crianças e pais. Para isso, cada quarto dispõe de um WC. Poderá fazer-se acompanhar dos produtos de higiene habituais.

## Brincar

A brincadeira afugenta os medos e acalma o stress. Poderá trazer os brinquedos significativos para o seu filho/a. Se a situação clínica o permitir, poderá também fazer uso das nossas salas de atividades, onde encontrará diversas possibilidades de entretenimento e lazer.

## Projetos

Com o empenho dos colaboradores da operação "nariz vermelho", as terças feiras ficam mais animadas.

## Outros cuidados

- Para poder circular no hospital, ser-lhe-á atribuído um cartão, na receção principal do Hospital;
- A criança deverá ser acompanhada por um dos pais nas 24h00, podendo o outro permanecer conjuntamente, das 8h00 às 21h30.
- Caso haja impossibilidade de permanência dos pais, por um período superior a duas horas, estes podem ser substituídos por outrem, após consentimento da Enfermeira responsável pela criança.
- Mantenha o quarto limpo e arrumado, de forma a facilitar os cuidados ao seu filho/a.
- Como sinal de respeito e cordialidade, modere o tom da voz, não eleve o som do televisor e mantenha-se com vestuário apropriado.

## Visitas

No serviço de Pediatria, não são autorizadas as visitas. No entanto é permitida a visita dos irmãos, das 15h00 às 20h00, por um período de 30 min.

## Alimentação

A alimentação do seu filho/a, é fornecida no serviço, a todas as refeições. Sempre que possível, incentive-o a comer no nosso refeitório. As refeições principais do acompanhante da criança, são fornecidas no refeitório do hospital—piso 0, mediante o fornecimento do nome da criança e nos seguintes horários

Pequeno almoço	Almoço	Jantar
<ul style="list-style-type: none"><li>• 9h00</li><li>• 10h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 13h00</li><li>• 15h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 19h00</li><li>• 21h00</li></ul>

## Higiene

Como medida de prevenção das infeções, é aconselhado o banho diário das crianças e pais. Para isso, cada quarto dispõe de um WC. Poderá fazer-se acompanhar dos produtos de higiene habituais.

## Brincar

A brincadeira afugenta os medos e acalma o stress. Poderá trazer os brinquedos significativos para o seu filho/a. Se a situação clínica o permitir, poderá também fazer uso das nossas salas de atividades, onde encontrará diversas possibilidades de entretenimento e lazer.

## Projetos

Com o empenho dos colaboradores da operação "nariz vermelho", as terças feiras ficam mais animadas.

## Outros cuidados

- Para poder circular no hospital, ser-lhe-á atribuído um cartão, na receção principal do Hospital;
- A criança deverá ser acompanhada por um dos pais nas 24h00, podendo o outro permanecer conjuntamente, das 8h00 às 21h30.
- Caso haja impossibilidade de permanência dos pais, por um período superior a duas horas, estes podem ser substituídos por outrem, após consentimento da Enfermeira responsável pela criança.
- Mantenha o quarto limpo e arrumado, de forma a facilitar os cuidados ao seu filho/a.
- Como sinal de respeito e cordialidade, modere o tom da voz, não eleve o som do televisor e mantenha-se com vestuário apropriado.

## Visitas

No serviço de Pediatria, não são autorizadas as visitas. No entanto é permitida a visita dos irmãos, das 15h00 às 20h00, por um período de 30 min.

## Alimentação

A alimentação do seu filho/a, é fornecida no serviço, a todas as refeições. Sempre que possível, incentive-o a comer no nosso refeitório. As refeições principais do acompanhante da criança, são fornecidas no refeitório do hospital—piso 0, mediante o fornecimento do nome da criança e nos seguintes horários

Pequeno almoço	Almoço	Jantar
<ul style="list-style-type: none"><li>• 9h00</li><li>• 10h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 13h00</li><li>• 15h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 19h00</li><li>• 21h00</li></ul>

## Higiene

Como medida de prevenção das infeções, é aconselhado o banho diário das crianças e pais. Para isso, cada quarto dispõe de um WC. Poderá fazer-se acompanhar dos produtos de higiene habituais.

## Brincar

A brincadeira afugenta os medos e acalma o stress. Poderá trazer os brinquedos significativos para o seu filho/a. Se a situação clínica o permitir, poderá também fazer uso das nossas salas de atividades, onde encontrará diversas possibilidades de entretenimento e lazer.

## Projetos

Com o empenho dos colaboradores da operação "nariz vermelho", as terças feiras ficam mais animadas.

## Outros cuidados

- Para poder circular no hospital, ser-lhe-á atribuído um cartão, na receção principal do Hospital;
- A criança deverá ser acompanhada por um dos pais nas 24h00, podendo o outro permanecer conjuntamente, das 8h00 às 21h30.
- Caso haja impossibilidade de permanência dos pais, por um período superior a duas horas, estes podem ser substituídos por outrem, após consentimento da Enfermeira responsável pela criança.
- Mantenha o quarto limpo e arrumado, de forma a facilitar os cuidados ao seu filho/a.
- Como sinal de respeito e cordialidade, modere o tom da voz, não eleve o som do televisor e mantenha-se com vestuário apropriado.

## Carta da criança hospitalizada \*

\* (Leyden, 1988)

1—A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.

2— Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

3— Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

4— As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

5— As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.

6—As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.

7—O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

8— A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9—A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

10—A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.

## Carta da criança hospitalizada \*

\* (Leyden, 1988)

1—A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.

2— Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

3— Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

4— As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

5— As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.

6—As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.

7—O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

8— A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9—A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

10—A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.

## Carta da criança hospitalizada \*

\* (Leyden, 1988)

1—A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.

2— Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

3— Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

4— As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

5— As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.

6—As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.

7—O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

8— A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9—A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

10—A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.

## Anexo XXV – Guia de acolhimento para a criança



## Carta da criança hospitalizada \*

1—A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.

2— Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

3— Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

4— As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

5— As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.

6—As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.

7—O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

8— A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9—A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

10—A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.

\* (Leyden, 1988)

## Guia de acolhimento Serviço de Pediatria



### Hospital de Braga

Sete Fontes - S. Victor  
4710-243 Braga

Tel (Geral) - 253 027 000  
Tel (Serv. Pediatria) - 253 027 048  
hbraga@hospitaldebraga.com.pt  
www.hospitaldebraga.com.pt

## Hospital de Braga

# Serviço de Pediatria

Este guia foi criado, para ajudá-lo a conhecer o funcionamento do Serviço de Pediatria, do Hospital de Braga

Com vista à sua satisfação e conforto serão esclarecidas algumas dúvidas que poderão emergir, no decorrer do internamento.

O Serviço de Pediatria faz parte da unidade hospitalar—Hospital de Braga, situando-se no 5º Piso,

## SERVIÇOS DE APOIO \*

### Recepção Principal

Localizada na entrada principal do Hospital, funciona todos os dias da 8h00 às 21h00.

### Gabinete do Utente

Localizado no piso 0, junto à entrada principal, existe para o ajudar, bem como para receber sugestões/reclamações. Funciona nos dias úteis das 9h00 às 16h00.

### Serviço Social

Localizado nos pisos correspondentes às alas de internamento do doente e no Serviço de Urgência.

### Serviço Religioso

Os capelães estão à sua disposição para apoiar e interligar com qualquer orientador religioso. Para tal, deve manifestar a sua vontade junto dos colaboradores do serviço onde está internado.

### Serviço de Voluntariado

Situado no piso 0, junto da recepção principal, colabora em diversas atividades de apoio ao utente e aos seus familiares.

## Visitas

No serviço de Pediatria, não são autorizadas as visitas. No entanto é permitida a visita dos irmãos, das 15h00 às 20h00, por um período de 30 min.

## Alimentação

A alimentação do seu filho/a, é fornecida no serviço, a todas as refeições. Sempre que possível, incentive-o a comer no nosso refeitório. As refeições principais do acompanhante da criança, são fornecidas no refeitório do hospital—piso 0, mediante o fornecimento do nome da criança e nos seguintes horários

Pequeno almoço	Almoço	Jantar
<ul style="list-style-type: none"><li>• 9h00</li><li>• 10h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 13h00</li><li>• 15h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 19h00</li><li>• 21h00</li></ul>

## Higiene

Como medida de prevenção das infeções, é aconselhado o banho diário das crianças e pais. Para isso, cada quarto dispõe de um WC. Poderá fazer-se acompanhar dos produtos de higiene habituais.

## Brincar

A brincadeira afugenta os medos e acalma o stress. Poderá trazer os brinquedos significativos para o seu filho/a. Se a situação clínica o permitir, poderá também fazer uso das nossas salas de atividades, onde encontrará diversas possibilidades de entretenimento e lazer.

## Projetos

Com o empenho dos colaboradores da operação "nariz vermelho", as terças feiras ficam mais animadas.

## Outros cuidados

- Para poder circular no hospital, ser-lhe-á atribuído um cartão, na recepção principal do Hospital;
- A criança deverá ser acompanhada por um dos pais nas 24h00, podendo o outro permanecer conjuntamente, das 8h00 às 21h30.
- Caso haja impossibilidade de permanência dos pais, por um período superior a duas horas, estes podem ser substituídos por outrem, após consentimento da Enfermeira responsável pela criança.
- Mantenha o quarto limpo e arrumado, de forma a facilitar os cuidados ao seu filho/a.
- Como sinal de respeito e cordialidade, modere o tom da voz, não eleve o som do televisor e mantenha-se com vestuário apropriado.



## Anexo XXVI – Guia de acolhimento para adolescentes



## Carta da criança hospitalizada \*

1—A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.

2— Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

3— Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

4— As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

5— As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.

6—As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.

7—O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

8— A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9—A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

10—A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.

### Hospital de Braga

Sete Fontes - S. Victor  
4710-243 Braga

Tel (Geral) - 253 027 000  
Tel (Serv. Pediatria) - 253 027 048  
hbraga@hospitaldebraga.com.pt  
www.hospitaldebraga.com.pt

## Guia de acolhimento Serviço de Pediatria



## Hospital de Braga

# Serviço de Pediatria

Este guia foi criado, para ajudá-lo a conhecer o funcionamento do Serviço de Pediatria, do Hospital de Braga

Com vista à sua satisfação e conforto serão esclarecidas algumas dúvidas que poderão emergir, no decorrer do internamento.

O Serviço de Pediatria faz parte da unidade hospitalar—Hospital de Braga, situando-se no 5º Piso,

## SERVIÇOS DE APOIO \*

### Recepção Principal

Localizada na entrada principal do Hospital, funciona todos os dias da 8h00 às 21h00.

### Gabinete do Utente

Localizado no piso 0, junto à entrada principal, existe para o ajudar, bem como para receber sugestões/reclamações. Funciona nos dias úteis das 9h00 às 16h00.

### Serviço Social

Localizado nos pisos correspondentes às alas de internamento do doente e no Serviço de Urgência.

### Serviço Religioso

Os capelães estão à sua disposição para apoiar e interligar com qualquer orientador religioso. Para tal, deve manifestar a sua vontade junto dos colaboradores do serviço onde está internado.

### Serviço de Voluntariado

Situado no piso 0, junto da recepção principal, colabora em diversas atividades de apoio ao utente e aos seus familiares.

## Visitas

No serviço de Pediatria, não são autorizadas as visitas. No entanto é permitida a visita dos irmãos, das 15h00 às 20h00, por um período de 30 min.

## Alimentação

A alimentação do seu filho/a, é fornecida no serviço, a todas as refeições. Sempre que possível, incentive-o a comer no nosso refeitório. As refeições principais do acompanhante do seu filho, são fornecidas no refeitório do hospital—piso 0, mediante o fornecimento do nome do seu filho e nos seguintes horários

Pequeno almoço	Almoço	Jantar
<ul style="list-style-type: none"><li>• 9h00</li><li>• 10h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 13h00</li><li>• 15h00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 19h00</li><li>• 21h00</li></ul>

## Higiene

Como medida de prevenção das infeções, é aconselhado o banho diário dos jovens e seus pais. Para isso, cada quarto dispõe de um WC. Poderá fazer-se acompanhar dos produtos de higiene habituais.

## Brincar

A brincadeira afugenta os medos e acalma o stress. Poderá trazer os brinquedos significativos para o seu filho/a. Se a situação clínica o permitir, poderá também fazer uso das nossas salas de atividades, onde encontrará diversas possibilidades de entretenimento e lazer.

## Projetos

Com o empenho dos colaboradores da operação "nariz vermelho", as terças feiras ficam mais animadas.

## Outros cuidados

- Para poder circular no hospital, ser-lhe-á atribuído um cartão, na receção principal do Hospital;
- O jovem deverá ser acompanhada por um dos pais nas 24h00, podendo o outro permanecer conjuntamente, das 8h00 às 21h30.
- Caso haja impossibilidade de permanência dos pais, por um período superior a duas horas, estes podem ser substituídos por outrem, após consentimento da Enfermeira responsável pelo jovem.
- Mantenha o quarto limpo e arrumado, de forma a facilitar os cuidados ao seu filho/a.
- Como sinal de respeito e cordialidade, modere o tom da voz, não eleve o som do televisor e mantenha-se com vestuário apropriado.

## Anexo XXVII – Política de Acolhimento HB



**POLÍTICA**  
**ATENDIMENTO E TRATAMENTO DE CRIANÇAS INTERNADAS**

### 1. OBJECTIVO

Reafirmar o facto de as crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitarem de uma protecção e de uma atenção especiais e que todas as decisões que digam respeito à crianças tenham em conta o seu interesse superior.

### 2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os profissionais do Serviço de Pediatria e aos médicos que internam em pediatria.

### 3. RESPONSABILIDADES

Compete à Comissão Executiva a implementação desta política.

### 4. REFERÊNCIAS:

Crítérios de referência: 52.1; 52.15 e 52.25.

### 5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

No rigoroso cumprimento dos Direitos da Criança só devem ser internadas as crianças que não possam ser tratadas, com segurança, em regime ambulatorio. O internamento deve restringir-se ao tempo clinicamente indispensável.

A. Todas as crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos devem ser internadas no serviço de Pediatria, independentemente da patologia e/ou especialidades envolvidas, devendo os médicos das respectivas especialidades deslocar-se ao serviço de Pediatria para prestação de cuidados (Norma para a Hospitalização da Criança n.º 9/2002).

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
POL.047.00	 Director Clínico Fernando Pardal	 Presidente da Comissão Executiva João Ferreira	05/09/2012	09/2015	1/3

**POLÍTICA****ATENDIMENTO E TRATAMENTO DE CRIANÇAS INTERNADAS**

- B.** As crianças e adolescentes devem ser internados nas unidades de cuidados do Serviço de Pediatria cujas instalações e ambiente sejam as mais adequadas ao seu grupo etário e patologia, salvaguardando situações de sobrelotação de uma das unidades:
- Idade inferior a 29 dias de vida – Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia \_ Piso 5ºF;
  - Crianças e adolescentes dos 29 dias aos 17 anos e 364 dias \_ Pediatria Internamento de Crianças e Adolescentes \_ Piso 5ºE;
  - Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, de acordo com respectivos critérios de admissão\_ Piso 5ºF.
- C.** Em caso de sobrelotação de uma das unidades de cuidados do Serviço de Pediatria o encaminhamento das crianças que necessitem de internamento far-se-á para outra unidade, segundo critério clínico do médico Pediatra de serviço.
- D.** Em caso de sobrelotação e impossibilidade de encaminhamento para outra unidade do serviço, o internamento noutra unidade do Hospital far-se-á sob orientação e responsabilidade do Chefe de Equipa de Urgência.
- E.** O atendimento permanente é assegurado, em cada unidade, por enfermeiros com experiência em Pediatria e por médicos pediatras, presentes durante as 24 horas, para dar apoio aos recém-nascidos, crianças e adolescentes internados.
- F.** As crianças e adolescentes têm direito a acompanhamento dos pais ou pessoa significativa, segundo o regulamento de visitas.
- G.** O atendimento e prestação de cuidados a cada criança ou adolescente far-se-á de acordo com critérios clínicos.
- H.** O serviço de Pediatria proporciona ainda a seguinte informação:
- Afixação de posters informativos sobre os Direitos da Criança Hospitalizada nas 3 unidades de internamento, consulta externa e serviço de urgência – urgência pediátrica.
  - Entrega do Guia de Acolhimento aos pais ou responsável legal da criança no momento da admissão.

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
POL.047.00	Director Clínico Fernando Pardal	Presidente da Comissão Executiva João Ferreira	05/09/2012	09/2015	2/3

**POLÍTICA****ATENDIMENTO E TRATAMENTO DE CRIANÇAS INTERNADAS**

- O enfermeiro que admite a criança no serviço de Internamento de Crianças e adolescentes/Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia\ Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos informa verbalmente a criança, os pais ou representante legal, sobre o funcionamento do Serviço.

**DOCUMENTOS RELACIONADOS**

- Convenção sobre os direitos da criança
- Carta da criança hospitalizada

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
POL.047.00	Director Clínico Fernando Pardal	Presidente da Comissão Executiva João Ferreira	05/09/2012	09/2015	3/3



Anexo XXVIII – Procedimento  
Específico das Necessidades  
Específicas da Criança no que refere  
à Alta



**PROCEDIMENTO ESPECÍFICO**  
**NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA CRIANÇA NO REFERENTE À ALTA**

**1. OBJECTIVO**

Uniformizar os procedimentos da alta clínica de todas as crianças internadas e assegurar uma alta segura.

**2. ÂMBITO**

Aplica-se a todos os colaboradores do Serviço de Pediatria.

**3. RESPONSABILIDADES**

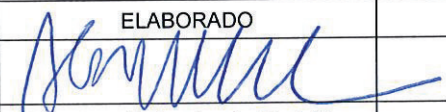

Compete ao Director Serviço de Pediatria a implementação deste procedimento.

**4. REFERÊNCIAS**

Critérios de referência: 52.27 e 52.43.

**5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO****A. O médico responsável pelo doente deve à data da alta:**

1. Fornecer informação clínica verbal, incluindo informação sobre os cuidados e medicação no ambulatório, medicação analgésica quando indicado, aos pais ou representante legal da criança ou adolescente;
2. Preencher folha de admissão e alta para internamento;
3. Elaborar relatório de alta no GLINTT para o médico assistente e/ou médico de família, a ser entregue aos familiares do doente [Relatório de alta do internamento];
4. Escrever resumo do internamento no Boletim Individual de Saúde;

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
PRO.PED.004.00	 Directora de Serviço de Pediatria Almerinda Pereira	 Director Clínico Fernando Pardal	08/08/2012	08/2015	1/2

**PROCEDIMENTO ESPECÍFICO**

**NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA CRIANÇA NO REFERENTE À ALTA**

5. Preencher a Declaração de Alta da Criança (IMP.PED.008.00/08/2012), que será entregue, pelos pais ou representante legal, ao segurança, ao abandonar as instalações do Hospital;
6. Quando necessário:
  - a) Marcar consulta externa, com comprovativo da data e tipo de consulta para os familiares;
  - b) Preencher receita médica no GLINTT;
  - c) Preencher Certificado de Declaração Obrigatória de Doenças Transmissíveis, nos casos previstos, com informação ao Delegado de Saúde da área de residência, sempre que se justifique clinicamente;
  - d) Preencher Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho ou atestado médico aos pais ou representante legal da criança;
  - e) Efectuar contacto telefónico com médico assistente em caso de risco clínico e/ou social.
7. Efectivar alta clínica informaticamente.

**B. O enfermeiro responsável pelo doente deve à data da alta:**

1. Planear a alta com elaboração da Carta de Alta de Enfermagem e no GLINTT;
2. Efectuar contacto telefónico com enfermeiro assistente em caso de risco clínico e/ou social;
3. Preencher a lista de verificação de alta em pediatria na parte correspondente.

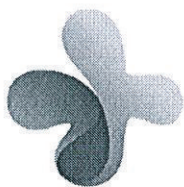
**C. A assistente técnica deve à data da alta:**

Preencher a declaração de internamento sempre que solicitado.

**6. ANEXOS**

- **Anexo I – IMP.PED.008.00/08/2012 – Declaração de Alta da Criança**

Nº. DOC	ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	DATA REVISÃO	PÁG. Nº.
PRO.PED.004.00	Directora de Serviço de Pediatria Almerinda Pereira	Director Clínico Fernando Pardal	08/08/2012	08/2015	2/2



**Hospital  
Braga**

COLAR ETIQUETA DE  
IDENTIFICAÇÃO

**DECLARAÇÃO DE ALTA DA CRIANÇA**

**SERVIÇO:** \_\_\_\_\_

**ENFERMEIRO:** \_\_\_\_\_ **N.º MEC.**

--	--	--	--

**DATA DE ALTA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ACOMPANHADO POR:**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**PARENTESCO:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO ACOMPANHANTE DA CRIANÇA INTERNADA**

\_\_\_\_\_



## Anexo XXIX – Declaração de Alta da Criança





Hospital  
Braga

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
------------------------------------

**DECLARAÇÃO DE ALTA DA CRIANÇA**

SERVIÇO: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ N.º MEC. 

--	--	--	--

DATA DE ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ACOMPANHADO POR:

NOME: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO ACOMPANHANTE DA CRIANÇA INTERNADA**

\_\_\_\_\_



# Anexo XXX – Diapositivos sessões SBV





## Primeiros Socorros



## Primeiros Socorros



### Objetivo Geral

⇒ Sensibilizar para alguns cuidados imediatos a prestar em caso de acidente.

### Objetivo Especifico

⇒ Alertar para alguns cuidados imediatos a realizar em caso de acidente.



## Primeiros Socorros



### Qualidades do socorrista

- ⇒ Autocontrolo e sentido de responsabilidade.
- ⇒ Capacidade de organização e liderança.
- ⇒ Capacidade de comunicação.
- ⇒ Capacidade para tomar decisões.
- ⇒ Compreensão e respeito pelo outro.
- ⇒ Consciência das suas limitações.



## Primeiros Socorros



### Prevenção...

"A **prevenção** é o primeiro passo para a segurança."

"A **prevenção** é a melhor solução para evitar acidentes, de modo, a que haja uma maior segurança no dia-a-dia."



## Primeiros Socorros



### Ligar para o 112

- Promover um ambiente calmo, afastando eventuais curiosos e evitando comentários.
- Acalmar e, se possível, pedir informações à vítima sobre o sucedido.
- Informar claramente o local onde se encontra a vítima.
- Relatar de forma simples como se deu o acidente.
- Dar indicações precisas sobre o estado da vítima.
- Pedir a quem atendeu a chamada para repetir a mensagem.
- Executar os primeiros socorros de acordo com o estado da vítima e as lesões sofridas



## Primeiros Socorros



### Medidas Básicas de Higiene



Uso de luvas sempre que tiver de efetuar algum tipo de Primeiro Socorro


Nunca esquecer de lavar muito bem as mãos após tirar as luvas



**Primeiros Socorros**

**Primeiros Socorros**

“São a primeira ajuda ou assistência dada a uma vítima de acidente ou de doença súbita, para estabilizar a sua situação antes da chegada de uma ambulância ou de profissionais de saúde qualificados;”



**Primeiros Socorros**

**Situações que exigem intervenção do SOCORRISTA**







**Primeiros Socorros**

**Intoxicações**

O envenenamento é o efeito produzido no organismo por um veneno, quer este seja introduzido pela via digestiva, pela via respiratória ou pela pele.






**Primeiros Socorros**

**Intoxicações**

- O quê
- Quanto
- Quando
- Onde
- Quem
- Como




→ Ligar para 808250143

**Primeiros Socorros**

**Queimaduras**

As queimaduras podem ser provocadas por qualquer substância quente que entre em contacto com a pele, tal como líquidos ou objetos, não esquecendo o sol, o fogo, a energia elétrica, os produtos químicos e o frio.


**Primeiros Socorros**

**Queimaduras**

**1º Grau**  
Arrefecer, arrefecer, arrefecer! Só depois, hidratar.

**2º Grau**  
Com bolha intacta – Arrefecer bastante, e não hidratar.  
Com bolha rebentada – Desinfetar, colocar compressa para queimados e arrefecer com gelo picado. SAP ou Hospital.



**3º Grau**  
Não desinfetar, não arrefecer, cobrir com penso para queimados, chamar ambulância.



**Primeiros Socorros**

### Queimaduras

- ✓ Lavar com água fria abundante;
- ✓ Não despir/arrancar a roupa;
- ✓ Não aplicar cremes/gorduras;
- ✓ Aliviar a dor - administrar analgésico (Paracetamol),
- ✓ Aplicar compressas esterilizadas/Panos limpos (lençóis, por ex.º) molhados com SF ou água, este deve estar à temperatura ambiente;
- ✓ Tapar a vítima/Retirar adornos;
- ✓ Encaminhar para o hospital.

**Primeiros Socorros**

### Engasgamento

**OBSTRUÇÃO PARCIAL** {

- ESTIMULAR A TOSSE
- INCLINAÇÃO PARA BAIXO




**5 Pancadas**




**Primeiros Socorros**

### Engasgamento

**Lactente** ↙


- barriga para baixo;
- 5 pancadas;



**Primeiros Socorros**

### Crise Asmática

A asma é uma doença respiratória crónica, na qual os brônquios reagem de forma excessiva em algumas circunstâncias, dificultando o fluxo normal de ar.





**Primeiros Socorros**

### Crise Asmática

O que fazer??

- Controlar a angústia e a ansiedade da criança/jovem, falando calmamente e assegurando-lhe rápida ajuda médica.
- Deve ficar com a criança/jovem num local arejado onde não haja pó, cheiros ou fumos.
- Colocá-la numa posição que lhe facilite a respiração.
- Contactar e informar a família.
- Identificar e ajudar a administrar o tratamento prescrito (broncodilatador) que normalmente acompanha a pessoa.
- Se não recuperar, deve ser transportada para o Hospital


**Primeiros Socorros**

### Feridas

É um corte na pele que permite a saída de sangue

**ATUAÇÃO**

- Lavar as mãos antes de socorrer a vítima;
- Expor a zona da ferida e retirar adornos;
- Não falar, tossir, espirrar para a ferida;
- Lavar/desinfetar a ferida;
- Colocar penso;
- Encaminhar ao hospital se necessário



**Primeiros Socorros**

### Hemorragia

A hemorragia pode ser interna ou externa, implicando atitudes diferentes por parte do socorrista.





**Primeiros Socorros**

### Nódoa Negra (hematoma)

Hemorragia interna em forma de mancha

↓

**Aplicar Gelo Local**

**Primeiros Socorros**



### Hemorragia

- **Compressão direta**
- **Compressão indireta (Elevação do membro/Garrote)**

⇒ Pano seco e limpo


⇒ Pano empapado

⇒ Colocar outro Sem retirar o primeiro

**Primeiros Socorros**

### Hemorragia do Nariz (epistaxis)




Epistaxis é a hemorragia nasal provocada pela rutura de vasos sanguíneos da mucosa do nariz.


- ⇒ Saída de sangue pelo nariz, por vezes abundante e persistente.
- ⇒ Se a hemorragia é grande, o sangue pode sair também pela boca.

**Primeiros Socorros**

### Hemorragia do Nariz (epistaxis)





- Sente a criança com a cabeça inclinada para a frente;
- Aconselhe a criança a respirar pela boca e a apertar a parte mole do nariz, se esta já entender;
- Aconselhe a criança a cuspir o sangue que tiver na boca;
- Alivie a pressão, passados 10 min., se a hemorragia não parou, continue por mais 10 min.;
- Se necessário encaminhar para o Hospital.



**Primeiros Socorros**

### Corpo estranho no olho

- ⇒ Abrir as pálpebras do olho atingido com muito cuidado.
- ⇒ Fazer correr água sobre o olho, do canto interno, junto ao nariz, para o externo.
- ⇒ Repetir a operação duas ou três vezes. Se não obtiver resultado, fazer um penso oclusivo, isto é, colocar uma compressa e adesivo, e enviar ao Hospital.





**Primeiros Socorros**

**Corpo estranho no olho**

O QUE NÃO DEVE FAZER

- ⇒ Esfregar o olho.
- ⇒ Tentar remover o corpo estranho com lenço, papel, algodão ou qualquer outro objeto.



**Primeiros Socorros**

**Fraturas**

Uma fratura é uma solução de continuidade no tecido ósseo.

Em caso de fratura ou suspeita de fratura, o osso deve ser imobilizado.

Qualquer movimento provoca dores intensas e deve ser evitado.



**Primeiros Socorros**

**Fraturas**

- ⇒ Expor a zona da lesão (desapertar ou se necessário cortar a roupa).
- ⇒ Verificar se existem ferimentos;
- ⇒ Tentar imobilizar as articulações que se encontram antes e depois da fratura, utilizando talas apropriadas ou, na sua falta, improvisadas.







**Primeiros Socorros**

**Politraumatizado**

“Politraumatizado é um sinistrado que sofreu traumatismos múltiplos.”

- ⇒ Se a vítima estiver consciente, tentar acalmá-la.
- ⇒ Mantê-la confortavelmente aquecida.
- ⇒ Vigiar a respiração e o pulso.
- ⇒ Fazer o primeiro socorro indicado para cada um dos traumatismos.
- ⇒ Ativar o Serviço de Emergência Médica.


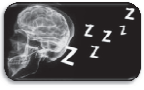


**Primeiros Socorros**

**Lipotimia (desmaio)**

É provocado por falta de oxigénio no cérebro, à qual o organismo reage de forma automática, com perda de consciência e queda brusca e desamparada do corpo.

Tem diversas causas: excesso de calor, fadiga, jejum prolongado, permanência de pé durante muito tempo, etc.





**Primeiros Socorros**

**Lipotimia (desmaio)**

Se nos apercebermos de que uma pessoa está prestes a desmaiar:

- ⇒ Sentá-la;
- ⇒ Colocar-lhe a cabeça entre as pernas;
- ⇒ Molhar-lhe a testa com água fria;
- ⇒ Dar-lhe de beber chá ou café açucarados.

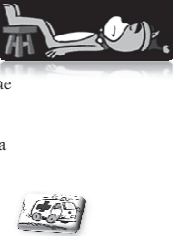


**Primeiros Socorros**

### Lipotimia (desmaio)

Se a pessoa já estiver desmaiada:

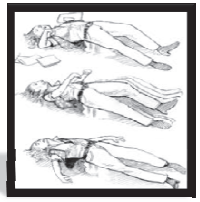
- ⇒ Deitá-la com a cabeça de lado e as pernas elevadas.
- ⇒ Desapertar-lhe as roupas.
- ⇒ Mantê-la confortavelmente aquecida, mas, sempre que possível, em local arejado.
- ⇒ Logo que recupere os sentidos, dar-lhe açúcar ou uma bebida açucarada.
- ⇒ Se não recuperar, deve ser transportada para o Hospital



**Primeiros Socorros**

### Convulsões


Uma convulsão é a resposta a uma descarga elétrica anormal no cérebro.



**Primeiros Socorros**

### Convulsões

- ⇒ Afastar todos os objetos onde a vítima se possa magoar e amparar-lhe a cabeça com a mão ou com um objeto macio (camisola, toalha);
- ⇒ Desapertar a roupa à volta do pescoço;
- ⇒ Tornar o ambiente calmo, afastando os curiosos;
- ⇒ Anotar a duração da convulsão;
- ⇒ Acabada a fase de movimentos bruscos, colocar a vítima na Posição Lateral de Segurança (PLS).
- ⇒ Manter a vítima num ambiente tranquilo e confortável.

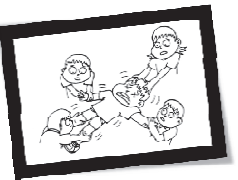


**Primeiros Socorros**

### Convulsões

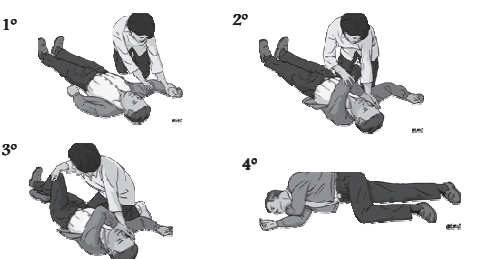
O que não se deve fazer...

- ⇒ Tentar conter os movimentos;
- ⇒ Colocar a mão ou outro objeto na boca.



**Primeiros Socorros**

### Posição Lateral de Segurança (PLS)



**Primeiros Socorros**

### Suporte Básico de Vida (SBV)

“Tem o objetivo de manter a viabilidade dos órgãos vitais até que seja iniciado o suporte avançado de vida.”





## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

- Pessoas acima de 8 anos são tratadas como adultos.

✓ Passos básicos:

1. Fazer compressão (o sangue é bombeado para o cérebro e o coração);
2. Fazer ventilação;
3. Como aplicar a ventilação.



## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

#### 1º PASSO. Como aplicar a compressão?

1	Coloque a vítima de barriga para cima em superfície dura e plana.
2	Ajoelhe-se ao lado da vítima.
3	Afaste ou remova as roupas da parte anterior do tórax para que não possam atrapalhar a realização das compressões.
4	Ponha a palma da mão no centro do tórax entre os dois mamilos e a palma da outra mão sobre a primeira.
5	Pressione o tórax até que ele baixe 4 ou 5 cm.
6	Aplique compressões com uma de frequência de 100/min.
7	Após cada compressão, liberte a pressão do tórax para que ele volte ao normal.



## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

Como aplicar a compressão?



## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

#### 2º PASSO. Ventilação

1	Incline a cabeça da vítima, tracionando a cabeça para trás.
2	Eleve o queixo da vítima, colocando os dedos na parte óssea.
3	Eleve o queixo, movendo a mandíbula para trás.



## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

#### 3º PASSO. Como aplicar ventilações?

1	Mantenha as vias aéreas abertas com a manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo.
2	Aperte as narinas com os dedos da mão.
3	Inspire normalmente e cubra a boca da vítima com a sua boca, criando uma ventilação que impeça perdas de ar.
4	Aplique 2 ventilações de 1 segundo cada, observando a expansão do tórax.



## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

Como aplicar ventilações?





## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

#### Observações.

- 30 compressões para cada 2 ventilações.
- Respiração agônica não é respiração. Neste caso, continua-se a RCP.
- Se a vítima estiver consciente, colocar em PLS.

⇒ Caso a vítima pare de responder, reinicie a RCP.

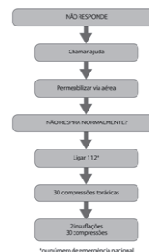


## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

#### Suporte Básico de Vida do Adulto



## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

#### Lactentes (0-1 ano)

- ⇒ Coloque dois dedos de uma mão imediatamente abaixo da linha dos mamilos;
- ⇒ Pressiona o osso esterno do lactente 1/3 a 1/2 de profundidade do tórax, aplicando compressões rápidas da mesma forma que são feitas em crianças.



## Primeiros Socorros



### Suporte Básico de Vida (SBV)

#### Crianças (1-8 anos)

- ⇒ Aplique 5 ciclos de 30 compressões e 2 ventilações; só após acione a emergência.
- ⇒ Profundidade das compressões: pressione 1/3 ou 1/2 da profundidade do tórax.  
Número de mãos usadas para compressão:  
criança muito pequena (uma mão);  
criança um pouco maior (podem ser usadas as 2 mãos).



## Primeiros Socorros



**O primeiro socorro vem de quem passa...  
A vítima pode ser alguém que nos é querido.  
Quem passa podemos ser nós !!**



## Anexo XXXI – Diapositivos Atuação em caso de Emergência







## Atuação perante acidente/doença na Criança



Enf. Cristina Duarte  
Enf. Eduarda Bastos

## Prevenção

“A prevenção é o primeiro passo para a segurança.”

## Primeiros Socorros

São a primeira ajuda ou assistência dada a uma vítima de acidente ou de doença súbita, para estabilizar a sua situação antes da chegada de uma ambulância ou de profissionais de saúde qualificados.



## Primeiros Socorros/Doença

Número Europeu de Emergência 112

Saúde 24  
808 24 24 24

Centro Informação Antivenenos  
808 250 143

## Medidas Básicas de Higiene



Uso de luvas sempre que tiver de efetuar algum tipo de Primeiro Socorro

Nunca esquecer de lavar muito bem as mãos após tirar as luvas



## INTOXICAÇÕES



## INTOXICAÇÃO



### CONTACTO COM OS OLHOS

- › Lave abundantemente com água corrente durante 15 minutos mantendo as pálpebras afastadas.
- › Não aplique quaisquer produtos.
- › Ligue para o CIAV.

## INTOXICAÇÃO



### CONTAMINAÇÃO DA PELE

- › Retire as roupas conspurcadas.
- › Lave abundantemente com água corrente durante 15 minutos.
- › Ligue para o CIAV.

## INTOXICAÇÃO



### PICADA DE ANIMAL

(Abelha, Vespa, Lacrau, Víbora, Peixe-Aranha)

- › Imobilize a zona atingida.
- › Aplique calor no caso de peixe-aranha e frio nos restantes casos.
- › Ligue para o CIAV.

## INTOXICAÇÃO



### INALAÇÃO

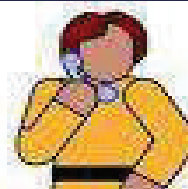
- › Retire o intoxicado para fora do ambiente contaminado, de preferência para o ar livre.
- › Ligue para o CIAV.

## INTOXICAÇÃO



### INGESTÃO

- › Não provoque o vômito.
- › Dê a beber alguns goles de água ou leite
- › Ligue para o CIAV.



**CIAV**

**808 250 143**

## Em caso de ingestão diga:

### QUEM

Idade, sexo, gravidez ...

### O QUÊ

Nome do medicamento ou produto (se possível tenha a embalagem consigo), animal, planta ...

### QUANTO

Quantidade ingerida (aproximadamente) ou tempo de exposição ao produto

### QUANDO

Ha quanto tempo

### ONDE

Em casa, na rua, no local de trabalho ...

### COMO

Em jejum, com alimentos, com bebidas alcoólicas ...

## Hemorragia nasal / Epistaxis



## Hemorragia nasal / Epistaxis

### Atenção:

- Antes de qualquer procedimento o socorrista deve calçar luvas.

Se a hemorragia persistir mais de 10 minutos transportar a vítima para o hospital

## Corpos Estranhos



- ✚ Podem encontrar-se mais frequentemente:

- ✚ Olhos
- ✚ Ouvidos
- ✚ Vias respiratórias

## Corpos Estranhos - Olhos

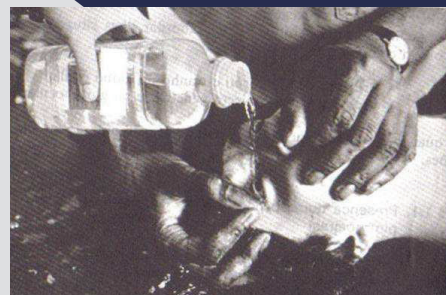
- ✚ Os mais frequentes são grãos de areia, insetos.

### Sinais e Sintomas:

- ✚ Dor ou picada local
- ✚ Lágrimas
- ✚ Dificuldade em manter as pálpebras abertas



## Corpos Estranhos (olhos)



## Corpos Estranhos (olhos)

### O que não deve fazer

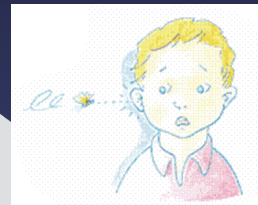
- ✗ Esfregar o olho
- ✗ Tentar remover o corpo estranho com lenço, papel, algodão ou qualquer outro objeto.

## Corpos Estranhos - Ouvidos

Os insetos são os mais usuais.

### Sinais e Sintomas:

- ✗ Surdez, zumbido e dor, sobretudo se o inseto estiver vivo.



## Corpos Estranhos (ouvidos)

### O Que Deve Fazer:

- ✓ Se se tratar de um inseto, deitar uma gota de azeite e enviar ao hospital.
- ✓ Outros corpos estranhos enviar ao hospital

### O que não deve fazer

- ✗ Tentar remover o corpo estranho

## Corpos Estranhos - Nariz

### O Que Deve Fazer:

- ✓ Pedir para se assoar com força, comprimindo com o dedo a narina contrária, tentando assim que o corpo seja expelido.
- ✓ Se não obtiver resultado enviar ao hospital.

## Crise de Asma



### O Que Deve Fazer:

- ✓ Desdramatizar a situação. É necessário ser capaz de conter a angústia e a ansiedade da vítima, falando-lhe calmamente e assegurando-lhe rápida ajuda médica.
- ✓ Deve ficar com a vítima num local arejado onde não haja pó, cheiros ou fumos.

## Crise de Asma

- ✓ Colocá-la numa posição que facilite a respiração.
- ✓ Se tiver conhecimento do tratamento aconselhado pelo médico para as crises pode administrá-lo.
- ✓ Se não houver melhoria da crise deve ser transportada para o hospital.



## Queimaduras

Queimaduras são lesões da pele, que podem ser provocadas pelo calor, frio ou outros agentes físicos ou químicos:

- Fogo
- Fricção
- Líquidos ferventes
- Vapores
- Eletricidade
- Radiações solares
- Produtos químicos



## Queimaduras

### O Que Deve Fazer:

1º grau

2º grau



## Queimaduras

3º grau

- ✓ Acalmar a vítima, inculindo-lhe palavras de apoio e de confiança.
- ✓ Não remover os pedaços de tecido que ainda estejam colados à pele da vítima, pois agravaria a situação.
- ✓ Cobrir de imediato a queimadura com compressas limpas ou com um lençol branco e limpo, Humedecido.
- ✓ Não dar de beber.
- ✓ Enviar ao Hospital.

## Queimaduras

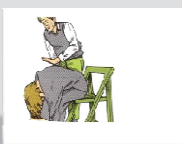
### O que não deve fazer

- ✗ Não utilize pensos adesivos.
- ✗ Não aplique gorduras, pomadas ou loções.
- ✗ Não rebente as bolhas nem toque na queimadura.
- ✗ Não retire nada que tenha aderido à queimadura.

## Engasgamento



Engasgamento



Engasgamento



Engasgamento

## Engasgamento

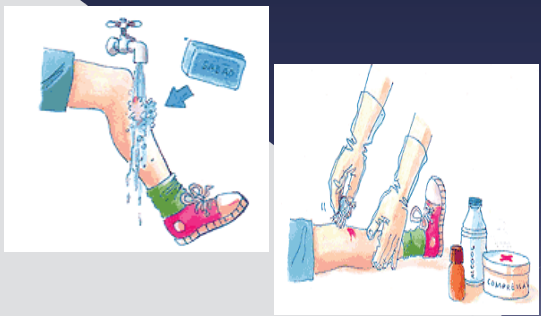
Engasgamento



- Engasgamento
- Engasgamento



## Feridas



## Nódoa Negra (hematoma)



## Convulsão

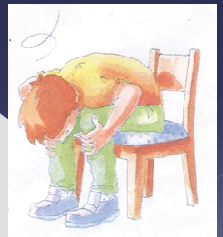


## Desmaio



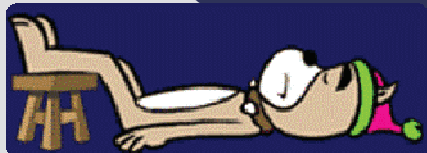
## Desmaio

O Que Deve Fazer:  
Se nos apercebermos que uma pessoa está prestes a desmaiar:



## Desmaio

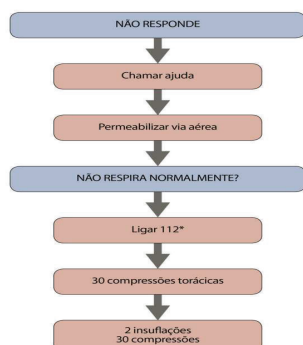
Se a pessoa já estiver desmaiada:



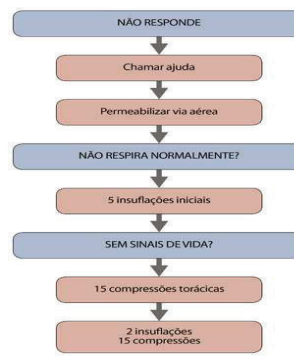
## Posição Lateral de Segurança



## Suporte Básico de Vida do Adulto



\*ou número de emergência nacional



Chamar equipa de suporte avançado de vida pediátrico

## Problemas comuns

Febre

Vómitos

Diarreia



Aumento da temperatura corporal

- Avaliação correta;
- Antipirético;
- Aquecer ou arrefecer?;
- Banho tépido;
- Hidratação.

FEBRE

**Quando recorrer ao Serviço de Urgência?**

- Se a criança tem menos de 3 meses de idade.
- Se a criança está muito sonolenta, prostrada, ou pelo contrário, muito irritada.
- Se tem uma convulsão pela primeira vez.
- Se tem dor de cabeça intensa e vomita.
- Se tem dificuldade em respirar.
- Quando surgem manchas vermelhas que não desaparecem quando se faz pressão sobre a pele.



## Vómitos




- ✓ Pausa alimentar;
- ✓ Hidratação;
- ✓ Medicação??
- ✓ Vigia sinais de desidratação.

VÓMITOS

**Quando recorrer ao Serviço de Urgência?**

- Quando há evidência de desidratação.
- Se a criança tiver menos de 3 meses de idade.
- Se a criança tiver menos de 1 mês de idade e vômitos «em jacto».
- Se os vômitos não param ou se tiverem uma cor diferente (amarelo-esverdeado, sangue ou cor de café).
- Se a criança também tiver dor de barriga, diarreia, febre ou mau aspecto geral (pálida ou amarelada).



## Diarreia

↑ Dejeções por dia  
↓ Consistência



- ✓ Evitar a desidratação;
- ✓ Dieta a gosto;
- ✓ Controlar febre e/ou vômitos;
- ✓ Higiene corporal e das mãos.

DIARRREIA

**Quando recorrer ao Serviço de Urgência?**

- Se a criança apresenta sinais de desidratação (olhos secos e sem lágrimas, lábios e língua secos, muita sede, diminuição da urina/ traidas menos vezes molhadas).
- Se a criança está mais sonolenta do que o habitual.
- Se febre elevada.
- Se vômitos persistentes.
- Se as fezes apresentarem sangue.



## OBRIGADA



## Anexo XXXII – Diapositivos sessão sobre Diabetes e HTA







## HTA e Diabetes Cuidados Básicos





## HTA – Hipertensão Arterial

**Definição**

A tensão arterial é a força exercida pelo sangue contra um vaso, sendo medida em milímetros de mercúrio (mmHg).





## HTA – Hipertensão Arterial

**Sinais e sintomas que pode se sente?**

Com o passar dos anos, a hipertensão arterial pode provocar sintomas como:

- Dores de cabeça;
- Zumbidos;
- Tonturas;
- Aumento do batimento cardíaco.





## HTA – Hipertensão Arterial

As principais doenças associadas a hipertensão e por elas causadas são:

- AVC;
- Enfarte agudo do miocárdio;
- Insuficiência cardíaca;
- Insuficiência renal.

**Principais causas de incapacidade e morte**





## HTA – Hipertensão Arterial

**Factores que afetam os valores normais de Tensão Arterial (TA)**

- Idade
- Sexo
- Raça
- Clima
- Ritmo circadiano
- Stress
- Posição
- Antecedentes familiares





## HTA – Hipertensão Arterial

**Factores que afetam os valores normais de Tensão Arterial**

- Tabaco
- Álcool
- Peso
- Dieta
- Exercício

**Podemos intervir!**

## HTA – Hipertensão Arterial

**O que podemos fazer**

- Redução do peso;
- Adoção de dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras;
- Redução da ingestão de sal;
- Atividade física, como, por exemplo, como caminhar 30 min/dia, 5 dias/semana;
- Consumo moderado de álcool
- Cessação do hábito de fumar

## HTA – Como avaliar?

## HTA – Hipertensão Arterial

**Objetivos da medicação**

- Obter a tensão máxima (pressão máxima exercida nas artérias)
- Obter a tensão mínima (pressão mínima exercida nas paredes das artérias)

## HTA – Hipertensão Arterial

**Nas avaliações da Tensão Arterial:**

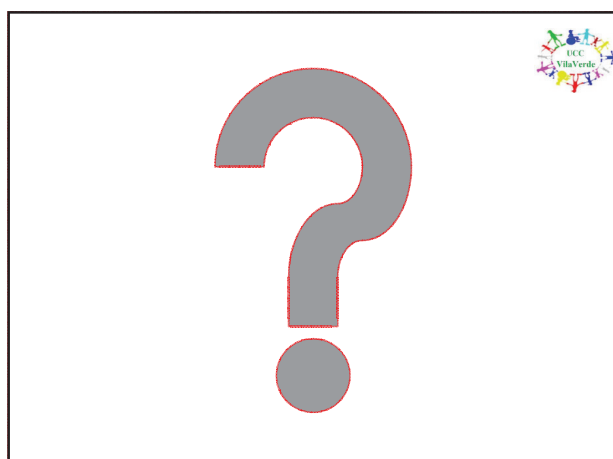
- Devem ser utilizados aparelhos aferidos;
- Deve ser utilizada uma braçadeira adequada, em que a bolsa insuflável ocupe pelo menos metade do braço;
- Deve ser avaliada com o indivíduo sentado, em ambiente homeotérmico e sem agressão por poluição sonora ou luminosa.

## Diabetes

**Definição**

- Doença crónica, que afeta pessoas de todas as idades.
- Caracteriza-se pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue, o que pode acarretar várias complicações a longo prazo.
- Divide-se em diabetes Tipo 1 e Tipo 2.

## Complicações



## Diabetes

Os níveis de glicose podem aumentar ou diminuir por diversas razões:

- Alteração da dieta;
- Doença;
- Infecções;
- Excesso de exercício físico;
- Outras.

## Hipoglicemia – o que é?

Pode dever-se a uma fraca ingestão de hidratos de carbono, à omissão de uma refeição, ao excesso de exercício físico, a uma dose excessiva de insulina ou à ingestão de álcool.

## Hipoglicemia – Sinais e sintomas

**Sintomas**

Dor de cabeça	Fraqueza, tonturas e perda de coordenação	Palpitações
Alterações de humor	Dificuldades de concentração e de fala	Palidez e suores frios

## Hipoglicemia o que fazer?


- Controlar a glicemia, açúcar no sangue (através da sua avaliação);
- Dar alimento (se sem sintomas), avaliar de novo passado 15-20 min;
- Dar água com açúcar, avaliando de 15-20 min;
- Glucagon.

## Hiperglicemia – o que é?

Níveis muito elevados de açúcar no sangue. Pode ocorrer devido:

- Doses insuficientes de insulina;
- Omissão de uma dose;
- Doenças;
- Excesso de hidratos de carbono.

## Hiperglicemia sinais e sintomas



Sintomas




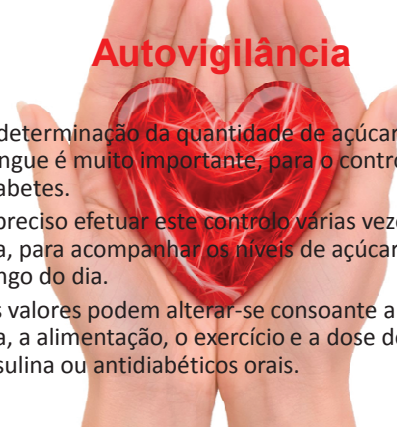
Sede      Cansaço      Vômitos e náuseas      Vontade frequente de urinar

## Hiperglicemia – o que fazer?




- Controlar a glicemia, açúcar no sangue (através da sua avaliação);
- Atuar de acordo com os níveis.

## Autovigilância

- A determinação da quantidade de açúcar no sangue é muito importante, para o controle da diabetes.
- É preciso efetuar este controlo várias vezes ao dia, para acompanhar os níveis de açúcar ao longo do dia.
- Os valores podem alterar-se consoante a hora do dia, a alimentação, o exercício e a dose de insulina ou antidiabéticos orais.

## Autovigilância




O objetivo principal da autovigilância é acompanhar e tentar manter os valores normais de açúcar no sangue.

MOMENTO DO DIA	NÍVEIS IDEAIS DE GLICEMIA
Antes das refeições	80 - 120 mg/dl
2 horas depois das refeições	menos de 140 mg/dl
Noite	100 - 140 mg/dl
(valores a adaptar em cada situação)	

## Autovigilância

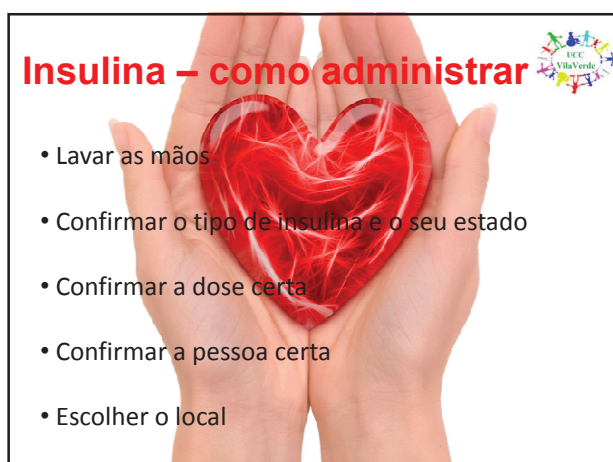
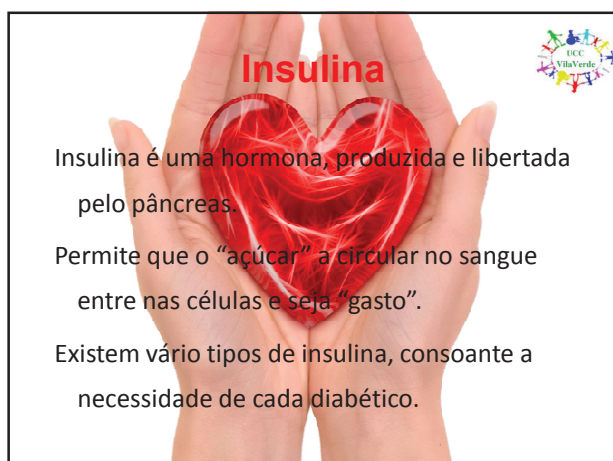
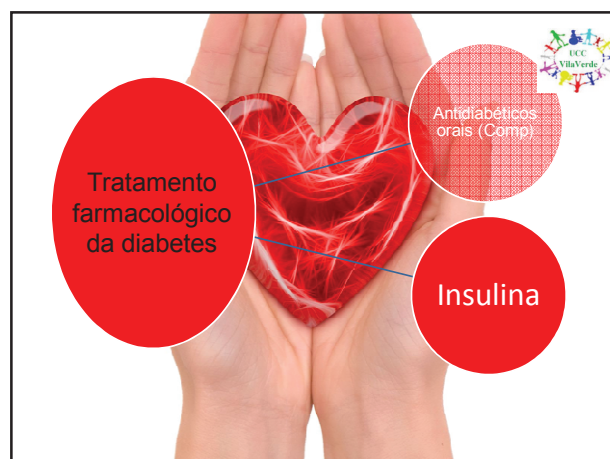



## Autovigilância – Como fazer




Atenção : pilhas; temperatura; uso individual das lancetas

Atenção: validade; higiene das mãos; conservação embalagem



## Complicações a longo prazo – como prevenir –



- Alimentação saudável e equilibrada, sem excessos;
- Exercício suave e moderado de forma habitual;
- Evitar o tabaco;
- Controlar a tensão arterial periodicamente;
- Cuidar dos pés;
- Não esquecer a autovigilância.

## Alimentação na Diabetes



- Evitar o consumo de açúcares rápidos (mel; bolos; pastelaria refrigerantes);
- Distribuição regular da dieta por 6 refeições diárias;
- Nenhuma refeição deve ser omitida;
- Incluir fibra (frutas, verduras e produtos integrais) e vitaminas (verduras e frutas);
- Beber água.

## Exercício na Diabetes



- A pessoa com diabetes deve ser encorajada a :
  - Praticar exercício físico moderado;
  - Fazer caminhadas;
  - Controlar a sua resposta ao exercício.

## Cuidar dos pés



- Lavar os pés diariamente com água morna e sabão, secando muito bem entre os dedos;
- Manter os pés secos;
- Utilizar creme hidratante;
- Limar as unhas em vez de usar tesoura;
- Ter em atenção as feridas;
- Evitar andar descalço;
- Usar meias de algodão.

**OBRIGADA**



## Anexo XXXIII – Folha de vigilância contínua do RN





**Hospital  
Braga**

**NEONATOLOGIA**

COLAR ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

**VIGILÂNCIA CONTÍNUA DO RECÉM NASCIDO**

DATA		_ / _ / _ a _ / _ / _							
HORA									
PARÂMETROS VITAIS	Temperatura corporal								
	Frequência respiratória								
	Frequência cardíaca								
	Tensão arterial	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Saturação de O2								
TEMPERATURA DA INCUBADORA									
ALIMENTAÇÃO	Tipo e quantidade de leite	tetina							
		gavagem							
		mama							
RESÍDUO GÁSTRICO									
PERÍMETRO ABDOMINAL									
PESO									
GLICEMIA									
AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA URINA	pH								
	Densidade								
	Outros								
OXIGENIOTERAPIA (FIO2)									
VENTILAÇÃO ARTIFICIAL	Fixação TER n.º								
	Tipo ventilação								
	FIO2								
	Entubação: ORO; NASO								
RESPIRAÇÃO	Tiragem								
	Adejo nasal								
	Gemido expiratório								
ASPIRAÇÃO (características)	Oro/Endotraqueal								
	Oro/Naso faríngea								
SAÍDAS	Urina (diurese)								
	Fezes (características)								
	Drenagens								
	Outras								
ACTIVIDADE	Activo								
	Hipotónico								
	Hipertónico								
	Trémulo								
	Convulsões								
CHORO	Ausente								
	Fraco								
	Normal								
	Excessivo								
COLORAÇÃO	Pálido								
	Rosado								
	Ictérico								
	Cianótico								
POSICIONAMENTO									
PRESENÇA DOS PAIS (Mãe; Pai)									
EXAMES AUXILIARES	Análises								
	Rx								
	Eco								
	Outras								
LOCALIZAÇÃO CATÉTER VENOSO									
IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO									
	N.º mec								

