



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular - Relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

Diana Raquel Telo da Costa Bastos Silva

Porto, Abril de 2012



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular - Relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

Elaborado por: Diana Raquel Telo da Costa Bastos Silva

Orientado por: Maria Clara Braga

Porto, Abril de 2012

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências de Saúde, da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Pretende ser uma reflexão de toda a aprendizagem nos diversos contextos da prática em que se desenvolve o estágio inerente ao curso. Por ter tido uma experiência de largos anos, em contexto de cuidados de saúde primários, foi-lhe concedida creditação que se encontra também refletida neste documento. A nortear a aprendizagem estão sempre presentes as competências preconizadas pela equipa pedagógica, bem como os objetivos específicos traçados e as consequentes atividades que se encontram justificadas e documentadas. As competências são agrupadas pelos vários domínios da prática de enfermagem: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. Ao longo do estágio, foi abordada a parentalidade dando especial relevo à transição e exercício do papel parental com tónica na segurança infantil. Sabemos que os acidentes são a principal causa de morte e incapacidade na criança, torna-se urgente intervir junto da criança/pais. Assim, é importante transmitir conhecimentos para capacitar os pais a promoverem ambientes seguros e a reconhecerem ambientes de perigo. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, pelo conhecimento aprofundado que detém e pelas competências específicas que possui, tem uma responsabilidade acrescida para garantir cuidados de qualidade. Com este relatório pretende-se a obtenção do grau de mestre e que lhe permita adquirir competências para cuidar da criança/pais em situações de particular exigência e complexidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Criança, Família, Segurança Infantil.

ABSTRACT

This report appears in the Master's Degree in Pediatric Nursing Specialization, attended in the Health Sciences Institute of the Portuguese Catholic University of Porto. It is a reflection of all the learning in various practice contexts of the internship inherent to the course. Because of the experience of many years working in the primary health care context, it was granted accreditation which is also reflected in this document. The skills recommended by the teaching staff are always guiding the learning as well as the specific objectives previously outlined and the consequent activities that are justified and documented. The skills are grouped by different areas of nursing practice: care, care management, training and research. Throughout the internship, Parenting was addressed with special emphasis on transition and exercise of the parental role and more specifically on child safety. We know that accidents are the leading cause of death and disability in children. That is why it is urgent to intervene with the children and the parents. Thus, it is important to empower them with knowledge so they are able to promote safe environments and to recognize the dangerous ones. As the pediatric nurse, has a profound knowledge and specific skills about this subject, she has a greater responsibility to ensure quality care. The goal of this report is to obtain a master's degree and to allow the acquirement of the needed skills to care for children / parents in situations of particular needs and complexity.

KEY-WORDS: Nursing, Child, Family, Child Safety.

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho contribuíram diferentes pessoas, direta ou indiretamente, cada uma, de forma específica, designadamente incentivando-me, orientando-me, descontraindo-me e, assim me ajudaram a ultrapassar as dificuldades sentidas.

À Professora Clara Braga, pelo apoio, compreensão, sensibilidade e pela capacidade de orientação construtiva.

Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo ao longo de todo o percurso, por serem sempre o meu suporte, a minha fonte de coragem nos momentos difíceis.

Ao meu marido Adelmo, pelo apoio incondicional, pela colaboração, paciência e, sobretudo, pela compreensão ao longo desta caminhada.

Ao meu filho Tomás, por ser uma fonte de inspiração e com o seu sorriso mostra que todos os dias são bons para serem vividos.

A todos agradeço e dedico este trabalho.

SIGLAS

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

DGS – Direção Geral da Saúde

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

PNV – Programa Nacional de Vacinação

CS – Centro de Saúde

CIPE – Classificação Internacional à Prática Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OBS - Observação

AES – Ação de Educação para a Saúde

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

RN – Recém-Nascido

SRC – Sistema Retenção para Crianças

ELI – Equipa Local de Intervenção

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	15
2 – EXPERIÊNCIA PROFISIONAL CONDUCENTE À CREDITAÇÃO	19
3– O PERCURSO DE APRENDIZAGEM.....	35
3.1 – Objetivos Gerais	36
3.2 – Objetivos Individuais e Atividades realizadas para o desenvolvimento de Competências.....	36
4 – CONCLUSÃO.....	73
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS	85
ANEXO I – Horário Realizado	87
ANEXO II – Sessão de Educação para a Saúde: “Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida”	91
ANEXO III – Plano de Sessão de Educação para a Saúde: “Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida”	111
ANEXO IV – Formulário para Avaliação da AES: “Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida”	121
ANEXO V – Folheto Informativo: “Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida”	125
ANEXO VI – Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de Acidentes na Criança no 1º Ano de Vida”	129
ANEXO VII – Plano de Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de Acidentes na Criança no 1º Ano de Vida”	153
ANEXO VIII – Formulário para Avaliação da AES: “Prevenção de Acidentes na Criança no 1º Ano de Vida”	163

ANEXO IX – Folheto Informativo: “Prevenção de Acidentes na Criança no 1º Ano de Vida”	167
ANEXO X – Sessão da Formação em Serviço: “Segurança Rodoviária – Transporte do Bebé no Automóvel”	171
ANEXO XI – Plano da Formação em Serviço “Segurança Rodoviária – Transporte do Bebé no Automóvel”	183
ANEXO XII – Formulário para Avaliação da Formação em Serviço “ Segurança Rodoviária – Transporte do bebé no Automóvel”	193
ANEXO XIII– Folheto Informativo: “Segurança Rodoviária – Transporte do Bebé no Automóvel”	197
ANEXO XIV– Atividades Realizadas no Estágio - SIP	201

1 – INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

Este documento pretende ser de carácter reflexivo, individual, que demonstre o meu percurso dos três módulos de estágio, que seja um espelho das experiências vivenciadas, que transpareça os objectivos enunciados, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas. Pretendo ainda que este seja um facilitador no meu processo de crescimento pessoal e profissional.

O estágio é um lugar de aprendizagem, permite-nos adquirir e cimentar conhecimentos, aplicar na prática as bases teóricas alcançadas, tornando-o mais enriquecedor e possibilita-nos ser mais proactivos nas atividades a desenvolver.

Evidencio que o meu foco de atenção, transversal a todos os contextos de estágio, prende-se com a segurança da criança. Este surgiu por uma preocupação pessoal, mas também pelas experiências observadas durante a minha prática profissional, o que fez que a procura de informação e pesquisa sobre o tema fosse inevitável. Realmente muito há fazer nesta temática, pois ainda se verifica um elevado número de acidentes com crianças. Os acidentes de trânsito são a principal causa de morte nas crianças e nos jovens, em Portugal (DGS, 2012). Neste sentido, algumas atividades e objetivos tiveram intencionalidade para responder a este tema. Entendo que esta problemática é pertinente, atual e que podemos intervir e ter um papel ativo sobre a prevenção de acidentes neste grupo vulnerável. Para isso, foi necessário recorrer ao relatório de avaliação sobre segurança infantil em Portugal para saber quais as principais causas de morte e incapacidade nas crianças, com o intuito de poder intervir mais eficazmente.

Esta situação constituiu um desafio complexo para os profissionais de saúde, para a criança e sua família. Nesta perspectiva, a minha atuação será no sentido de promover, em todos os contextos, ambientes saudáveis, prevenir ambientes de perigo,

informar, ensinar e intervir com as crianças/pais para que estes fiquem despertos para esta problemática.

A temática da segurança infantil é um dos meus objetivos que vai ser trabalhada, ao longo do estágio, em todos os domínios da enfermagem: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação, uma vez que executei atividades, de forma intencional, para responder a este foco de atenção. Também este tem sido trabalhado durante o meu percurso profissional, conforme será explicitado no capítulo da experiência profissional conducente à creditação.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem *“trabalha 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, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde (...)”* (O.E., 2010). Tendo por base esta referência, a minha finalidade ao longo do estágio foi desenvolver as competências preconizadas para esta área de especialização, usar os conhecimentos teóricos e da prática para responder às necessidades da criança/pais e garantir cuidados de enfermagem de qualidade.

O plano de estudos comporta a realização de três módulos de estágio (Módulo I – Saúde infantil; Módulo II – Serviços de medicina e cirurgia em contexto de doença aguda e crónica; Módulo III – Serviço de urgência pediátrica e serviço de neonatologia).

Relativamente ao módulo I, foi-me concedida a creditação pelo fato de ter comprovado experiência profissional a nível dos cuidados de saúde primários. Assim, neste módulo irei mencionar as atividades consideradas pertinentes que realizo neste âmbito, de forma a evidenciar as competências adquiridas.

O módulo II de estágio decorreu entre 3 de Outubro e 27 de Novembro, no serviço de Pediatria B do Hospital S. João E.P.E, num total de 180 horas presenciais. (Anexo I).

O estágio referente ao Módulo III foi realizado entre 28 de Novembro e 20 de Dezembro de 2011, no serviço de Neonatologia e de 3 a 31 de Janeiro de 2012, no serviço de Urgência Pediátrica, ambos no Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, E.P.E. – Hospital São Sebastião, num total de 180 horas presenciais (90+90) (Anexo I).

A elaboração deste relatório visa os seguintes objetivos:

- Enunciar os objetivos gerais e individuais a atingir;
- Refletir sobre as atividades realizadas;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências;
- Refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Servir de instrumento de avaliação.

A metodologia utilizada para a realização deste documento foi a análise reflexiva. Este contemplará, numa primeira parte a contextualização e fundamentação da problemática escolhida. Num segundo ponto, irá ser referido a experiência profissional conducente à creditação. Posteriormente (ponto três), será evidenciado o percurso de aprendizagem. Serão identificados os objetivos gerais e individuais traçados para os módulos de estágio, bem como as atividades realizadas e competências adquiridas. As atividades apresentadas emergiram das necessidades de cada contexto de estágio e dos objetivos delineados para cada módulo. Por fim é apresentado uma nota final onde existe uma reflexão sobre o percurso desenvolvido.

2 – EXPERIÊNCIA PROFISIONAL CONDUCENTE À CREDITAÇÃO

Nos últimos sete anos, o meu exercício profissional teve lugar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Oliveira do Douro e no último ano na Unidade de Cuidados na Comunidade Âncora (UCC Âncora), ambas pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Gaia. Este contexto em que desenvolvi a minha atividade possibilitou o desenvolvimento de algumas competências e permitiu ter creditação, no módulo I de estágio, base de reflexão de todo este documento.

Neste capítulo procurei evidenciar as atividades realizadas ao longo do percurso profissional, bem como as competências desenvolvidas. Neste sentido, irei agrupá-las tendo em conta os quatro domínios de atuação: Prestação de cuidados, Gestão de cuidados, Formação e Investigação.

No domínio da **prestação de cuidados**, tive oportunidade de desenvolver competências no decurso das consultas de saúde infantil e juvenil. Aqui a minha intervenção teve por base as orientações técnicas da Direcção Geral da Saúde (DGS) do Programa Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005). Entendo que a nossa prática deve ser baseada na evidência, o que nos garante prestar cuidados com qualidade e neste caso, a harmonização dos conteúdos das acções de vigilância de saúde com conhecimentos científicos mais recentes. Também a pesquisa bibliográfica e a informação proveniente da minha formação inicial, possibilitou-me a aquisição de conhecimentos mais aprofundados sobre promoção de saúde e prevenção da doença.

As consultas de saúde infantil constituíram um momento privilegiado, não só, para uma avaliação global da criança/pais e deteção de situações de risco, mas também para a promoção das competências parentais no cuidar e para a adaptação familiar em cada fase de desenvolvimento da criança. Durante esta consulta prestei cuidados de enfermagem que visavam avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança procedendo aos registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, bem como no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE®). Para além da avaliação dos dados antropométricos, também se tornou fundamental verificar as características relacionadas com o desenvolvimento. Assim, o modelo de Mary Sheridan serviu para identificar o

nível de desenvolvimento das crianças, tendo em conta, as áreas de competências. Isto contribuiu para poder comparar a criança com o padrão, em diferentes tempos e verificar se existia atraso ou não do desenvolvimento. As situações anormais detetadas eram sinalizadas e encaminhadas para os apoios disponíveis. Esta consulta também constituiu um local ideal para poder realizar ensinamentos à criança/pais sobre diversas áreas como (alimentação infantil, prevenção de acidentes, higiene oral, hábitos de sono) tentando estimular para a adoção de comportamentos saudáveis. Os ensinamentos que efetuei na UCSP eram individualizados, de acordo com as necessidades específicas de cada família. As sessões de promoção para a saúde desenvolvidas, em grupo, foram poucas, devido aos poucos recursos existentes.

Entendo que é importante que seja um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (SIP) a realizar a consulta de saúde infantil, pois este está muito mais atento e sensível aos problemas das crianças (sobretudo as crianças em situação de risco), consegue deter um conhecimento aprofundado e detetar precocemente determinadas situações. Mesmo antes desta formação de pós-licenciatura considerava que o enfermeiro especialista era essencial nestas consultas. Neste sentido, tentava realizar uma consulta o mais completa possível. A título de exemplo, na consulta que realizei referente aos 5 anos, tornava-se fundamental proceder ao exame global de saúde e alguns parâmetros, nomeadamente a visão e audição. Desde sempre entendi que esta avaliação seria importante para detetar perturbações visuais ou auditivas e realizava os testes que tinha ao dispor. Com esta atuação consegui sinalizar quatro crianças com alterações de acuidade visual que foram encaminhadas para a consulta de oftalmologia. A formação decorrente da especialidade tornou-me mais sensível e desperta para outras situações. Isto foi muito importante no decorrer da minha prática profissional, pois pude detetar precocemente e encaminhar situações como: malformações congénitas (luxação congénita da anca, testículo não descido), alteração da acuidade auditiva e linguagem e perturbações do desenvolvimento. Entendo que este trabalho foi essencial para identificar situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/pais.

Realço que com a informação proveniente da formação da pós-licenciatura, consegui consolidar melhor a minha atuação, pois os conhecimentos obtidos, aliados às realidades da prática, foram essenciais para adquirir competências principalmente na consulta de saúde infantil.

A promoção do cumprimento do Programa Nacional de *Vacinação* (PNV) foi uma atividade diária, essencial para o aumento da taxa de cobertura vacinal. Com vista à consecução deste uma das estratégias que adotei foi a confirmação no programa SINUS® do estado vacinal da criança em todos os contatos desta no centro de saúde (CS). Também as visitas domiciliárias e os contatos telefónicos e por carta traduziram numa cobertura praticamente total para as crianças até aos 18 meses de idade. Tive algumas dificuldades em conseguir esta cobertura para as crianças a partir dos 5 anos, isto deveu-se ao fato de a família ter mudado de domicílio e de contato telefónico sem o aviso prévio à instituição. Contudo consegui atingir taxas de vacinação sempre acima dos 97%. Considero ainda que seria uma vantagem que os registos das vacinas estivessem informatizados a nível nacional, assim não era necessário o contato telefónico e o envio de cartas para outros centros de saúde, cada vez que uma criança seguida noutra CS era vacinada nesta unidade. Por outro lado, para além de diminuir as taxas de repetição de vacinas nos casos em que há perda de boletins, seria também mais fácil, a identificação e localização de crianças que não cumprem o PNV.

Entendo que a vacinação é muito importante, além da proteção pessoal, traz também benefícios para toda a comunidade, pois quando a maior parte da população está vacinada interrompe-se a transmissão da doença (DGS, 2012). Tem como finalidade erradicar, eliminar, controlar e reduzir a morbimortalidade das doenças alvo. Uma das maiores vitórias da vacinação foi a erradicação mundial da varíola (CALÉ, et al., 2011) Neste sentido, entendo que a vacinação, bem como o cumprimento do programa nacional de vacinação permitem ganhos em saúde significativos.

Para além das vacinas contempladas no PNV, também tive oportunidade de administrar muitas outras vacinas (como contra hepatite A, varicela, meningite, gripe sazonal, gripe A, rotavírus) o que contribuiu para adquirir experiência e aprofundar conhecimentos nesta área. O momento da vacinação torna-se, por vezes, traumático para a criança/pais, pelo que utilizei algumas medidas não farmacológicas, como técnicas de distração (música ambiente, uso de um brinquedo, a contagem de números, uma canção) que revelaram serem úteis e eficazes. Para crianças mais pequenas a sucção não nutritiva, o aleitamento materno, o toque, o posicionamento e um ambiente calmo (LINHARES, et al., 2010) foram medidas escolhidas para o controlo da dor resultante da realização da vacinação, bem como do teste de Guthrie. A sacarose não foi usada, pois esta não está disponível no serviço. Entendo que estas medidas foram importantes

para minimizar a ansiedade da criança/pais. É consensual que a dor, para além de fator de desconforto e sofrimento, traz sequelas a vários níveis para a criança a curto e a longo prazo. Estas evidências científicas foram analisadas com os colegas, de modo a sensibilizá-los para esta temática. Também os pais foram informados das vantagens das medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor. Para além desta temática, durante a vacinação, foram realizados os ensinamentos à criança/pais sobre características das vacinas a administrar, os efeitos secundários, bem como outros ensinamentos considerados importantes: alimentação, hábitos de higiene e conforto, segurança rodoviária, hábitos de sono entre muitos outros. Assim, o momento da vacinação foi ideal para promover a parentalidade e para a educação parental e familiar.

A vacinação é uma área muito importante e a enfermagem exerce um papel fundamental na promoção e em todas as ações de execução do PNV, sendo de sua responsabilidade orientar e prestar assistência à criança/pais com segurança, responsabilidade e respeito, manter as condições ideais de conservação das vacinas, acompanhar as doses de vacinas administradas de acordo com a meta definida pelo PNV, convocar os faltosos, realizar a avaliação e acompanhamento sistemático das coberturas vacinais, realizar ensinamentos e periodicamente realizar uma atualização de conhecimentos neste âmbito (PEREIRA, et al., 2007). Estas orientações foram essenciais para adquirir competências na área da vacinação.

Também pude realizar o *diagnóstico precoce* quer na unidade de saúde, quer no domicílio. Aqui explicava a importância deste teste, os procedimentos inerentes, e fornecia sempre, o destacável do impresso de colheita, aos pais para poderem visualizar, o resultado, no site do instituto de genética médica o resultado. Nestas visitas domiciliárias, tornava-se importante promover o desenvolvimento de competências parentais, avaliar o desenvolvimento, das competências do bebé e da família e da interação do sistema familiar. Neste contato promovi a parceria de cuidados, pois entendo essencial o envolvimento dos pais no planeamento e organização dos cuidados à criança. Tomei por modelo o de parceria de cuidados de Anne Casey (1993). Também promovi o aleitamento materno, explicava sobre as suas vantagens e observava se o bebé fazia uma boa pega. Tirei dúvidas e aconselhei sobre a importância de extração e armazenamento de leite materno.

É de salientar que a comunicação é um dos fortes elos entre a criança, família e enfermagem. Esta ligação é primordial para despertar na criança/pais o sentimento de segurança, confiança e tranquilidade. Frente a isso, todas as formas de comunicação com a criança e família foram valorizadas, para tentar criar um relacionamento terapêutico e de confiança, no intuito de diminuir medos e responder a dúvidas e incertezas. Entendendo que a comunicação é uma das necessidades de saúde da criança e da família que devem ser atendidas. Poder refletir sobre a comunicação na prática assistencial é permitir pensar sobre a condição primordial da profissão de enfermagem que acima de tudo é valorizar a vida e o ser humano, independente do local da assistência prestada (MARTINEZ, et al., 2010). Neste sentido utilizei técnicas de comunicação adaptadas à idade da criança/pais, bem como de acordo com o nível sociocultural. A comunicação verbal e não verbal revelou ser útil em determinadas situações. Em crianças pequenas, o uso do toque, os gestos, as expressões faciais foram técnicas de comunicação não-verbal eficazes e que permitiram uma proximidade necessária para se criar uma relação terapêutica.

No que concerne aos cuidados de enfermagem que desempenho na UCC estes estão mais direcionados para a comunidade. Estou integrada em dois projetos: “Conversas sobre Mim” e “Cantinho da Amamentação”. Também faço parte da Equipa Local de Intervenção - Gaia, atuando a nível da intervenção precoce. Relativamente ao projeto “Conversas sobre Mim” atuo, essencialmente, com educações para a saúde para os pais, sobre várias temáticas, fornecendo-lhes conhecimentos específicos para que estes se sintam mais competentes e seguros enquanto cuidadores, conseguindo desenvolver o papel parental de uma forma mais satisfatória. Por outro lado, os pais ao serem sensibilizados para capacidades desenvolvimentais e interativas dos seus filhos poderão tornar-se mais atentos e estimulantes, o que poderá melhorar a qualidade das interações futuras entre os progenitores e o bebé (MAHONEY, 1999). Neste âmbito, uma das formações que realizo, prende-se com o meu foco de atenção – Segurança Infantil, aqui tenho como finalidade capacitar para cuidados parentais seguros.

Depois da alta hospitalar, muitas famílias iniciam a vigilância da saúde das crianças nos centros de saúde. Ao longo da infância, o Programa-tipo de Saúde Infantil e Juvenil recomenda que, para além da avaliação clínica, sejam abordados, sistematicamente, os cuidados preventivos. No primeiro ano de vida, os acidentes e segurança fazem parte da lista de tópicos a falar (DGS, 2012). Também os relatórios de

segurança infantil, nomeadamente da (APSI, Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2009) em conjunto com a informação recolhida pelo Instituto Nacional de Estatística, pelo Alto Comissariado para a Saúde e pelo Observatório Nacional de Saúde (Sistema ADELIA, Acidentes Domésticos e de Lazer, Informação Actualizada, 2011) evidenciam o tipo de acidentes ocorridos, sobretudo em crianças. Neste sentido, existe a necessidade de investir junta criança/pais com ensinamentos e formações sobre o tema. Para dar resposta a esta necessidade, realizo ações de educação para a saúde sobre segurança rodoviária, principalmente no primeiro ano de vida, a estratégia utilizada é interativa. Recorro a um Sistema de Retenção para Criança (SRC) e um modelo de recém-nascido para treinar com os pais, as técnicas de segurança, também disponibilizo o meu carro para treinar a colocação da cadeirinha no automóvel, com e sem o sistema Isofix. Para além deste tema, a sessão sobre prevenção de acidentes no 1º ano de vida realça a prevenção de vários perigos (quedas, afogamento, queimaduras, asfixia/aspiração, lesão corporal). Nesta sessão é explicado que os acidentes estão intimamente relacionados com as fases de desenvolvimento da criança e com as habilidades motoras destas sendo da responsabilidade do adulto, promover ambientes saudáveis (OMS, et al., 2008).

No decorrer das ações de educação para a saúde (AES) utilizo uma comunicação clara e objetiva, para garantir que a informação seja transmitida de forma eficaz. Entendo que as AES para além de proporcionar um espaço de transmissão de conhecimentos, essencial para capacitar os pais a cuidarem melhor dos seus filhos, também constitui um lugar para partilha de vivências e dificuldades entre o grupo de pais. Isto porque a partilha de problemas ou tensões emocionais similares, poderá promover o desenvolvimento de estratégias de coping facilitadoras da adaptação à parentalidade (CANAVARRO, et al., 2005).

Também inserido neste projeto intervenho no pré-escolar, a nível da educação para os afetos. Este tem como objetivo primordial favorecer a aceitação positiva da própria identidade sexual e das vivências das relações interpessoais, de forma equilibrada e satisfatória, por parte da criança num contexto de pares. Assim, pretendo que as crianças conheçam melhor o seu corpo, compreendam a sua origem, valorizem os afetos e façam uma reflexão acerca dos papéis sociais de ambos os sexos. Neste sentido realizei algumas atividades abarcando a reprodução humana, as relações interpessoais, o conhecimento e valorização do corpo e a identidade sexual. Entendo que a sexualidade é sobretudo um fato cultural em que se põe em jogo as relações entre

as pessoas, tocando o mundo das emoções e dos conhecimentos, estando indissociavelmente ligada à afetividade. É com o ingresso ao Jardim de Infância que se dá o tempo certo para o começo da formação sexual na escola, uma vez que até aos 3 anos essa aprendizagem é essencialmente dependente das figuras de apego da criança, em especial dos pais (MARQUES, 2002). Daí que o contato entre a família/escola/enfermeiro em SIP adquira um aspecto fundamental para que o desenvolvimento da sexualidade das crianças possa ser integrado de forma harmoniosa e natural.

No *Cantinho da Amamentação* recebo pais com dificuldades no aleitamento materno, com dúvidas sobre várias temáticas como (cólicas, alimentação, massagem infantil) aqui foi fundamental mostrar disponibilidade, ter uma atitude tranquilizadora para com os pais, transmitir informações relevantes e comunicar de forma clara e objetiva. Esta atitude é essencial para transmitir segurança aos pais, principalmente para pais de “primeira viagem” em que tudo é novo.

A evidência empírica tem mostrado que a intervenção nos primeiros tempos de vida da criança é relevante e efetiva, uma vez que o bebê que nasceu é catalisador de mudanças importantes nos seus progenitores e o casal encontra-se mais sensível e suscetível à mudança (DGS., 2006). Nesta fase é fundamental que os profissionais de saúde dêem suporte aos pais, promovam a sua saúde mental e as suas competências parentais, facilitando o processo de adaptação durante este período de transição e o reequilíbrio familiar. A consistência e a contingência dos cuidados parentais à criança, a adequação do processo interativo entre a tríade mãe-pai-bebé e uma vinculação segura são fatores cruciais para o desenvolvimento saudável da criança ao longo do seu ciclo de vida (DGS., 2006). A minha atuação teve por bases estas orientações, bem como a contemplada no Programa Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil que defeniu que “*Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar*” deverá ser uma meta a atingir pelos profissionais de Saúde Infantil (DGS, 2005). Uma das estratégias que segui para alcançar este objetivo consiste na valorização dos cuidados antecipatórios ao bebé como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

No âmbito deste projeto realizo, em algumas situações, os cuidados no domicílio. Considero que a intervenção no contexto familiar é uma estratégia de eleição nos cuidados à criança/pais, pois permite, não só adequar melhor os cuidados às necessidades das famílias, mas também ter uma percepção mais real das suas condições sociais, comportamentos, dificuldades e possíveis fatores de risco, no contexto familiar. Entendo que se torna a forma mais eficaz de se chegar à criança/pais que não têm hábitos de vigilância de saúde.

Relativamente aos cuidados que desempenho na Equipa Local de Intervenção ELI Gaia (ELI Gaia), estes estão voltados para a intervenção precoce, de acordo com as orientações do Programa Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Assim, intervenho precocemente em crianças entre os 0 e 6 anos com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento (DRE, 2009). As crianças sinalizadas para a ELI são encaminhadas para os vários apoios da equipa multidisciplinar (psicóloga, terapia da fala, terapia ocupacional, enfermeira, assistente social, consulta desenvolvimento e educadoras em Intervenção Precoce). No caso concreto de enfermagem, faço o acolhimento das crianças em equipa e observo as necessidades relativas aos cuidados de enfermagem. Os pais também referem quais os aspetos que têm dificuldade e que necessitam do nosso acompanhamento. Na maioria dos casos, realizo ensinamentos sobre os problemas demonstrados pela criança/pais. Estes são feitos essencialmente no domicílio, mas se houver necessidade em contexto de jardim infância. Entendo que com esta intervenção possa capacitar os pais a prestarem melhores cuidados aos seus filhos, tendo em conta as suas particularidades e garantir ganhos em saúde. A minha atuação também tem por base uma das orientações contempladas no Programa Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, que define que o enfermeiro deve “*detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança como perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estaturoponderal e psicomotor, alterações de comportamento e do foro psicoafectivo*” (DGS, 2005).

No que concerne aos *registos de enfermagem*, estes são efetuados no sistema informático SAPE® desde 2008 e utilizo a classificação internacional à prática de enfermagem (CIPE®) para documentar a assistência de enfermagem realizada. Entendo que este sistema revela ser uma vantagem para melhorar o registo dos cuidados. Só

através de um registo sistemático, claro e rigoroso das intervenções de enfermagem é que podemos, não só, melhorar a continuidade dos cuidados que prestamos, como também dar visibilidade ao contributo destes cuidados para a saúde da população. Para que os enfermeiros possam demonstrar objetivamente o valor social da sua profissão, bem como, o impacto do seu trabalho na qualidade de vida dos cidadãos, devem dispor de instrumentos válidos e fidedignos de registo e monitorização da sua prática (RIBEIRO, et al., 2008).

A *metodologia de trabalho* usada consiste no modelo de enfermeiro de família. Esta metodologia de trabalho, influencia os ganhos em saúde e o grau de satisfação dos utentes e suas famílias, assim como a satisfação dos próprios profissionais (MCSP, 2008). Desta maneira, consegui prestar cuidados à família, acompanhando o ciclo vital, desde o nascimento até à morte. Na assistência à criança esta metodologia torna-se vantajosa, na medida em que é na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. É no contexto familiar que a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de fora determinante o seu ciclo de vida. Não sendo os profissionais de enfermagem responsáveis por um conjunto significativo de mudanças que a família vivencia, podem tornar-se parceiros e atores dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia (ESEP, 2009). Neste sentido, durante o percurso profissional acompanhei muitas crianças desde o nascimento, até ao primeiro ciclo. Isto revelou ser essencial para eu conhecer a criança/família, observar as fases de desenvolvimento desta, as suas dificuldades, disponibilizar apoios necessários e prestar cuidados de qualidade.

Após esta reflexão relativamente ao **domínio da prestação de cuidados**, considero que desenvolvi, na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EESIP), as seguintes **competências**:

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

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- 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.

No domínio da **gestão de cuidados** tive oportunidade de realizar gestão de material, tinha como responsabilidade a gestão dos anticoncetivos orais e alguns materiais de pensos. Este pedido era efetuado mensalmente. Inicialmente por requisições manuais e mais tarde por sistema informático. Neste âmbito, tinha o cuidado de conferir o stock existente e o stock utilizado para conseguir perceber a quantidade de consumo destes materiais. Fiz esta avaliação durante alguns meses para perceber os gastos e para poder estipular a quantidade necessária, dos diversos produtos. Isto foi uma vantagem que evitou falta de material, bem como os existentes, passassem de validade. Tinha em conta, os prazos de validade, colocando na frente, das prateleiras, os materiais com prazos mais curtos. Entendo que esta gestão é importante para garantir a continuidade e que assegure a qualidade e quantidade dos recursos necessários aos utentes a quem se dirigem (GUERRA, 2011).

Relativamente aos horários da equipa de enfermagem na UCSP, estes eram elaborados pela enfermeira chefe, distribuindo os enfermeiros, essencialmente, por dois turnos: Manhã (8-15h) e Tarde (13-20h). Uma das dificuldades que tive foi relativamente ao turno da tarde. Só estavam três profissionais de tarde (fiz sempre este turno durante seis anos). Constatava que esta distribuição nem sempre era adequada e justa para todos os profissionais. Isto influenciava a motivação pessoal e profissional

dos enfermeiros. Os enfermeiros da tarde ficavam com mais carga de trabalho, pois eram poucos para o atendimento aos seus doentes, para o apoio à consulta de urgência e para as situações de domicílio que surgiam. A relação que tinha com a equipa de enfermagem, bem como com a restante equipa multidisciplinar, era de respeito e colaboração. Neste sentido, mostrei sempre capacidade em trabalhar em equipa, de forma adequada.

No que respeita, à gestão de cuidados, nos dois turnos, era destacado uma colega como responsável por turno, geralmente a mais graduada, que geria as necessidades que surgiam. Também tive oportunidade de ficar responsável pelo turno da tarde, geralmente em altura de férias. Uma das situações que surgia com frequência eram casos de domicílio no turno da tarde, situação esta que tinha de ser resolvida da melhor forma. Os domicílios, na unidade eram sempre efetuados durante a manhã, mas se houvesse alguma situação como exteriorização de uma sonda nasogástrica, sonda vesical, alguma medicação urgente, tínhamos que ir ao domicílio. Aqui contabilizava os recursos humanos disponíveis, bem como a experiência do profissional. Tive situações de estarmos três elementos no turno da tarde e eu ficar com os meus utentes atribuídos e mais o do colega, menos experiente e ainda em integração, em contexto do atendimento, para este ir ao domicílio. Contudo esta decisão tinha em conta as opiniões dos elementos, não exercia nenhum tipo de imposição. Nas várias situações em que tive de realizar a gestão de cuidados, seguia uma liderança democrática, também pelo tipo de equipa que tinha. Na minha perspetiva, o líder democrático deve assistir e estimular o debate entre todos os elementos. É o grupo, em conjunto, que esboça as providências e técnicas para atingir os objectivos. Todos participam nas decisões (FEUP, 2006).

Entendo que a gestão é uma área que influencia diretamente os cuidados que prestamos. Numa instituição de saúde, em geral a maioria dos profissionais que nela desempenham funções são Enfermeiros. O trabalho que estes desenvolvem influencia em grande parte a evolução clínica dos utentes da instituição. O Enfermeiro tem de dominar competências da área da gestão que vão desde a gestão de stocks/farmácia até à gestão de conflitos e dos recursos humanos (tantas vezes insuficientes) para as necessidades identificadas. No exercício profissional os enfermeiros, com responsabilidades na área da gestão, têm como objectivo fundamental a segurança do doente, a prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa doente, através da gestão de cuidados de enfermagem, da gestão dos serviços/departamentos ou organizações, da

gestão de competências dos recursos disponíveis e da gestão de dinâmicas ao nível do sistema de saúde (GUERRA, 2011). A enfermagem é considerada um importante pilar numa organização de saúde e deve estar presente nos vários níveis de gestão. Uma eficaz gestão de cuidados contribui para aumentar a visibilidade dos cuidados de enfermagem, expondo assim o enorme contributo que enfermagem pode fornecer para a administração das instituições de saúde (ALEIXO, 2009).

Assim, neste domínio da **gestação de cuidados**, desenvolvi as seguintes **competências**:

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Realizar a gestão dos cuidados na área de EESIP;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP.

No **domínio da formação**, também tive oportunidade de desenvolver competências neste âmbito. No início de cada ano, a enfermeira responsável pela formação reúne com a equipa, com o intuito de levantar as necessidades formativas. É fornecido um plano, para que os profissionais coloquem os temas que gostariam de ver abordados. Pude participar em várias *formações em serviço*, como formadora e como formanda. Realizei AES no CS para alguns grupos vulneráveis. Também participei em congressos e jornadas, apresentando pósteres e comunicações livres. A formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de Enfermagem. Sendo um direito, é igualmente um dever dos profissionais e o seu sucesso depende do envolvimento de todos. É essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais. Um exemplo da aliança entre teoria e exercício profissional passa pela inclusão da investigação na formação em serviço. O desenvolvimento desta parceria traduzir-se-á certamente num maior reconhecimento social da Enfermagem (PAIXÃO,

2009). Neste sentido, as oportunidades de formação que tive serviram para a aquisição de conhecimentos em diversas áreas, possibilitaram a partilha de saberes e experiências da prática, constituindo um meio para o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa.

No que concerne à *integração de novos enfermeiros*, tive oportunidade de integrar pelo menos três colegas no serviço. Aqui a integração passava por uma transmissão de conhecimentos, pela visita ao serviço, por um período de adaptação em que o colega ficava comigo, pelo menos quinze dias. Procedia ao planeamento, acompanhamento e supervisão das respetivas atividades. Durante este período tentava que este conseguisse realizar o maior número de atividades e fomentava novas experiências. Um aspeto que considero importante é o reforço positivo perante determinadas situações, importante para a motivação profissional. Isto foi o que achei que seria ideal, contudo após esta integração, mostrei disponibilidade para as dúvidas que iam surgindo com a prática do colega. Não tínhamos nenhum manual de integração, o que constituiu uma desvantagem, pois nem todos eram alvo do mesmo tipo de integração. Com o manual poderiam ter rapidamente disponível informação sobre a estrutura física, os recursos humanos e materiais, bem como a organização e funcionamento do serviço. Assim, nesta perspectiva, entendo que desenvolvi no **domínio da formação**, as seguintes **competências**:

- Identificar necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover a formação em serviço na área da EESIP;
- Colaborar na integração de novos enfermeiros;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;

No **domínio da investigação**, pude participar em participar no projeto “Prevenção de Úlceras Pressão”, no qual fiz visitas domiciliárias aplicando um

questionário para levantar as necessidades dos prestadores de cuidados. Após as áreas detetadas intervim com ensinamentos aos prestadores de cuidados e aos utentes acamados sem feridas para evitar/prevenir úlceras de pressão. Inseridas neste projeto, tinha duas crianças/pais que foram alvos de intervenção. Aqui foi desenvolvido um plano de atuação específico, contemplando algumas áreas como a alimentação, os posicionamentos e os recursos materiais. Entendo que a implementação de projetos, neste âmbito, são essenciais para dar resposta a um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (2011-2016) que visa melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos. Neste caso, com a minha intervenção espero contribuir para obter ganhos em saúde. Estes passam por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (PORTUGAL., 2011).

Também tive participação ativa na campanha de vacinação a utentes remanescentes. Aqui o sistema informático foi essencial para contabilizar as crianças que não tinham a vacinação atualizada, desta maneira, atuei eficazmente para garantir a qualidade dos cuidados. Pude ainda participar no projeto relativamente à distribuição de domicílios por área geográfica. Aqui foi necessária pesquisa para saber as áreas geográficas da freguesia, a densidade populacional, para poder distribuir pelo número de enfermeiros do serviço. O recurso a dados estatísticos, nomeadamente do instituto nacional de estatísticas, foi essencial para o sucesso da sua implementação.

No contexto da intervenção precoce, estou neste momento, a desenvolver um projeto na UCC. Este tem como finalidade detetar e sinalizar crianças, entre os 18 e 24 meses, com perturbações, nomeadamente autismo e transtorno do espectro do autismo. Para isso, irei aplicar o questionário CSBS DP™ – Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile e posteriormente a SGS II™ – Schedule of Growing Skills II (caso seja detetado alterações na primeira escala) para confirmar, se existe alterações e posteriormente encaminhar as crianças para os apoios disponíveis da ELI. A minha atuação para além de detetar e sinalizar, posteriormente será mais voltada para uma atuação centrada na criança/pais, proporcionando momentos de partilha, de escuta, de interação. Também, com o intuito, de ajudar a família a falar sobre esta nova situação. Tenho ainda, a finalidade prestar cuidados mais centrados nas

respostas humanas às transições vividas pela criança/família, usando o conhecimento gerado pela investigação, bem como pelas teorias de enfermagem.

Os enfermeiros sentem cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam. Reconhe-ce a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, fornece um forte contributo para a sua visibilidade social (MARTINS, 2008). Assim, no **domínio da investigação**, considero que desenvolvi as seguintes **competências**:

- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.

3– O PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Neste capítulo, irei abordar os objetivos gerais e individuais propostos, as atividades realizadas para cada objetivo e as competências adquiridas com os objetivos delineados. Irei mencionar todo o percurso de aprendizagem que efetuei ao longo dos estágios, referentes aos módulos II e III.

A obtenção de competências é essencial para sermos reconhecidos, como enfermeiros especialistas, e neste caso concreto, especialistas em saúde infantil e pediátrica o que nos permite prestar cuidados, desde o recém-nascido (RN) até ao adolescente, tendo em conta as suas particularidades e especificidades.

É reconhecido ao enfermeiro especialista, “*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (Decreto-Lei n.º 161/96). Neste sentido irei orientar a minha prática tendo em conta estes princípios. Entendo que o enfermeiro especialista deve ter uma atuação global dos cuidados, deve deter um pensamento crítico e um sentido mais aprofundado das situações e ter capacidade de resposta, tendo em conta os seus conhecimentos. Nesta linha de pensamento, é minha intenção “*utilizar um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados*” (O.E., 2010) e atuar, tendo em consideração, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem referidas por este regulamento, tais como:

- Assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem.

Nesta perspetiva, tenho como preocupação atuar de forma centrada na criança/pais para promover um elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à

criança saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde sempre que for necessário.

3.1 – Objetivos Gerais

Estes objectivos foram delineados pela escola que considera como gerais para todos os módulos de estágio:

- Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área de EESIP;
- Aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de EESIP;
- Desenvolver capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluído 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;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Neste sentido, considerei pertinente traçar objetivos individuais com vista a consecução dos objetivos gerais. Para isso foi necessário realizar atividades para cada objetivo específico de forma a poder dar-lhe resposta e, conseqüentemente, atingir as competências delineadas no plano de estudos.

3.2 – Objetivos Individuais e Atividades realizadas para o desenvolvimento de Competências

Neste ponto, pretendo dar a conhecer todo um trabalho realizado durante os estágios, com vista a consecução de objetivos e à aquisição de competências. Também aqui, parece-me pertinente referir os domínios das competências do enfermeiro

especialista. Neste sentido, irei agrupar as 29 competências consagradas no plano de estudos em quatro domínios: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação.

Em cada domínio, serão apresentadas as competências desenvolvidas, os objetivos elaborados, a exposição das atividades realizadas ao longo dos estágios e concludentemente uma reflexão crítica, visando validar a aquisição de competências referidas.

Como já foi referido na introdução tenho como finalidade abordar o meu foco de atenção – Segurança Infantil, em todos os domínios da enfermagem, uma vez que tive a intencionalidade de realizar atividades, em todos eles, sobre esta temática. Assim, dentro da prestação de cuidados um dos objetivos é promover a segurança infantil, onde tive oportunidade de realizar ensinamentos, em todos os contextos da prática, e uma AES à criança/pais sobre o tema, em contexto de internamento de pediatria. No domínio da gestão pretendo abordar as políticas de segurança, sempre com o objetivo primordial de garantir a segurança da criança/pais. A nível da formação, fiz uma formação aos pares sobre Segurança Rodoviária - Transporte do bebé no Automóvel, no contexto de neonatologia e por último, a nível da investigação, pretendo demonstrar toda a pesquisa bibliográfica que foi efetuada sobre o tema, o que constituiu a base da minha intervenção.

3.2.1 – Domínio da Prestação dos Cuidados

Pretende-se neste domínio realçar a prestação de cuidados do enfermeiro, neste sentido terei em conta os princípios gerais que evidenciam que os cuidados de enfermagem são *“as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”* (Decreto-Lei n.º 161/96).

No domínio da prestação de cuidados, estão inseridos grande parte dos objetivos que delinee, como desenvolver competências na assistência à criança/pais, promover a parentalidade, promover a parceria de cuidados, desenvolver competências comunicacionais, promover a segurança infantil, promover AES e refletir sobre a importância do enfermeiro especialista em SIP.

De seguida, irei evidenciar as competências desenvolvidas para cada objetivo, todas as atividades dos vários contextos de estágio e uma reflexão global. Apenas irei

refletir individualmente se houver alguma atividade inerente a algum contexto de estágio específico.

COMPETÊNCIAS:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EESIP;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- 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.

Objetivo: Desenvolver competências na assistência à criança/família em todos os contextos de estágio, segundo metodologia científica do processo de enfermagem.

Atividades Desenvolvidas:

- Realizar o acolhimento da criança/família;
- Recolher dados através da observação e da entrevista aos pais/família;
- Assistir a criança/família em contexto cirúrgico;
- Minimizar a separação (deixar um objeto de conforto para a criança: brinquedo, fralda de pano);
- Assistir a criança/família, em contexto de neonatologia;
- Assistir a criança/adolescente/família, em contexto de urgência/emergência;
- Realizar triagem à criança/família, em contexto de urgência/emergência;
- Realizar ensinamentos à criança/família, sempre que detetar necessidades;
- Ensinar e treinar com os pais habilidades relativamente aos cuidados que terão de prestar no domicílio;
- Preparar antecipadamente o regresso a casa de forma a assegurar a continuidade de cuidados;

- Utilizar linguagem CIPE® para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- Utilizar linguagem CIPE® no SAPE®, para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- Utilizar uma metodologia de trabalho eficaz, na assistência à criança/pais;
- Realizar AES à criança/pais sobre alimentação infantil no 1º ano de vida e prevenção de acidentes no 1º ano de vida.

Reflexão:

A **assistência à criança/pais** é um processo complexo e contínuo de grande responsabilidade. Para mim esta realidade não é prática comum. Exigiu um maior esforço para conseguir lidar com situações de doença aguda/crónica, para otimizar a hospitalização da criança, em situações específicas e de grande complexidade e para conseguir atender às necessidades identificadas.

No contexto de internamento de pediatria, foi importante minimizar o **impacto da hospitalização**. Tentei criar uma relação empática com a criança/pais, proporcionando momentos de escuta, transmissão de informações e concedendo momentos de brincadeiras. Também foi importante proporcionar atividades da sua vida diária como a presença de brinquedos/objetos de afeto, permitir brincadeiras com outros meninos e respeitar determinados hábitos como a higiene/conforto (nas rotinas do serviço a higiene era prestada de manhã, mas permiti muitas vezes que fosse noutra horário, para respeitar a rotina da criança) e a alimentação (tenho o exemplo de uma criança que não comia a sopa no serviço e depois de questionar a mãe, esta referiu que o filho só comia a sopa à janela, o que foi providenciado). Isto revelou ser útil para que se gerasse um clima de confiança entre mim e a criança/pais. A hospitalização da criança é uma situação, particularmente crítica para o seu equilíbrio psicológico, dada a sua fragilidade emocional e a sua dependência dos pais. Significa separação da criança da família, quebra nas atividades habituais, tratamentos doloroso e sofrimento. Para que o efeito da hospitalização seja o menos traumático possível para a criança, a presença dos pais foi fundamental (REIS, 2007). Num primeiro momento, foi imprescindível proceder ao acolhimento da criança/família. Foi importante conhecer a criança, as suas características, a sua envolvência dentro da família, recorrendo à observação e à

entrevista com os pais/família. Este aspeto foi importante para poder prestar melhores cuidados e para preparar o regresso a casa.

Em contexto de neonatologia, participei na admissão do RN, proveniente, na sua maioria, da sala de partos, e colaborei nos cuidados necessários com vista à otimização do seu estado de saúde. Após o parto, o pai é a primeira visita ao RN, foi importante transmitir segurança, explicar os procedimentos efetuados para minimizar aquele momento de angústia. Após tranquilizar o pai, transmiti informações sobre a estrutura física do serviço, horários de visitas e normas de controlo de infeção. A visita da mãe era mais tardia, uma vez que esta necessitava de uma continuação de cuidados que impossibilitavam o acompanhamento imediato do filho. A primeira visita é sempre mais difícil, pois a visualização do bebé num ambiente mecanizado, sem nada poder fazer para ajudar torna-se doloroso para a mãe (SPP, 2007). Aqui a minha intervenção foi promover a escuta, partilha de informações, estar disponível para as dúvidas dos pais, no sentido de conseguir minimizar o desconforto psicológico. Nestes diálogos que tinha, foi minha intenção perceber como decorreu a gravidez, perceber a estrutura familiar, se tinham mais filhos, se tinham apoios, isto revelou ser útil para preparar o regresso a casa. A **base do cuidar** em enfermagem nas Unidades de **Neonatologia**, assenta na criação de um ambiente em que são reduzidos os estímulos nocivos, na promoção de um desenvolvimento positivo e na minimização dos efeitos negativos da doença, do parto pré-termo e da separação dos pais (FANAROF, et al., 2001). Na prestação de cuidados, tive em conta esta orientação e desenvolvi intervenções que visam a gestão de ambientes terapêuticos. Isto implica ter em consideração uma interação e estimulação adequada a cada bebé, a otimização do seu posicionamento, a prevenção e alívio da dor e desconforto e o uso de técnicas facilitadoras da sua auto-organização, como a contenção ou a sucção não nutritiva. Assim, agrupei as intervenções a fim de minimizar os estímulos (como mudar a fralda, aspirar as secreções e dar o biberão). Se refletirmos, percebemos muito bem o porquê destas atuações. Relativamente ao RN prematuro, isto faz toda a diferença, porque *“o ambiente uterino é o ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, pois possuiu características distintas, como temperatura agradável e constante, oferece aconchego e os sons extra-uterinos são filtrados e diminuídos”* (TAMEZ, et al., 1999). Tendo isto em conta, adotei algumas das estratégias para minimizar as agressões auditivas: falar suavemente para o bebé e não falar alto perto da incubadora, responder rapidamente aos alarmes e telefones, não bater

na incubadora, não colocar objetos em cima desta e reduzir o ruído com o manuseamento do material (abrir e fechar a incubadora, mexer em invólucros dentro da incubadora). Para além destas agressões auditivas tinha em consideração muitos agressores que interferiam com o R/N como os externos ao sistema olfativo (uso de perfume e soluções de desinfecção das mãos imediatamente antes a manipulação). Os bebés reagem mal demonstrando um facies descontente. Também tive em atenção a luminosidade, tapava a superfície da incubadora para diminuir a intensidade luminosa e preferia a luz indireta sempre que possível. Estas atitudes foram tomadas tendo em conta a pesquisa bibliográfica efetuada, mas também com os diálogos e orientações da enfermeira tutora, que foi sempre muito disponível e assertiva. A passagem pela neonatologia, foi uma das experiências mais marcantes para mim, embora este local seja de grande complexidade e especificidade, foi um dos estágios que me senti com mais autonomia, pesquisei mais para saber sobre as particularidades dos RN prematuros e consegui ter uma envolvimento aprofundada dos cuidados. A sensação que tenho é que as nossas mãos transformam-se, tornam-se leves e suaves para conseguir pegar e cuidar destes bebés.

No contexto de urgência pediátrica, o circuito da criança/pais passava primeiro pela sala de triagem. A **triagem** não segue nenhum modelo o que exige ao enfermeiro um elevado sentido de responsabilidade e competência. Implica uma capacidade de mobilizar os seus conhecimentos técnicos e científicos para poder decidir a sua atuação mediante as situações com que se deparava. Pela sua observação e experiência é que definia critérios de prioridade de atendimento da criança/família. Tive oportunidade de, inicialmente, observar e depois realizar a triagem, com a orientação da minha tutora. Tenho que referir que a triagem realizada por um enfermeiro especialista ganha outra dimensão. Tive uma ou outra situação que observei a triagem efetuada por colegas que não tinham a especialidade em SIP e senti diferença relativamente ao que fazia com a minha tutora. Na triagem, tinha como preocupação perguntar qual o motivo que levou a criança a recorrer à urgência. Por vezes, os motivos que os pais realçavam, após a minha observação, até nem eram o foco de atenção. Por exemplo, uma criança que vinha por febre e sem outra queixa, segundo os pais, a olhar para a criança verifiquei um aspeto cianosado da pele, bem como uma ligeira tiragem. Estes sintomas podiam passar despercebidos e é nisto que o enfermeiro especialista em SIP é importante, pois detém um conhecimento mais aprofundado das situações. Uma das situações que observava

era que alguns colegas não completavam, após a sua observação, com a avaliação dos sinais vitais considerados pertinentes. Sempre que fazia a triagem com a enfermeira tutora, isto nunca se verificou, revelava uma perspicácia que orientou a minha prática e o meu crescimento profissional. A sala de triagem foi um local que me deu mais oportunidade de aprendizagem. Aqui pude colher dados, observar a criança/pais, encaminhar, administrar medicação antipirética, e quando era possível realizar ensinios, o por vezes se tornava difícil devido à afluência a este serviço. Também pude atuar na sala de OBS, esta sala era destinada às crianças/família que teriam de ficar para observação, apenas por 24 horas. Após este período ou eram transferidos para o internamento de pediatria ou tinham alta. Esta sala funcionava como um internamento e era onde aproveitava para estar mais tempo com as crianças/pais, para perceber a dinâmica familiar, o contexto da doença e sempre intervir ativamente com ensinios adequados às situações com que me deparava. Durante a prestação de cuidados, apercebemo-nos do impacto que o stress inerente à vinda à urgência hospitalar tem no bem-estar da criança, pelo que foram desenvolvidas estratégias para o minimizar. Entre elas, garantir a presença dos pais junto da criança (de modo a que esta não tenha o receio de perder o contacto com os seus progenitores); apresentar um ambiente o mais confortável possível à criança; criar um espaço terapêutico onde a empatia e a disponibilidade emocional sejam uma constante; valorizar e atuar perante a dor da criança tão precocemente quanto possível; cuidar com humor e usar técnicas de distração (GUERRA, 2006). Tive oportunidade de assistir crianças em situações de urgência e de colaborar em situações de emergência, neste caso usávamos uma sala destinada a receção, avaliação e estabilização inicial das crianças e adolescentes com situações emergentes em que existia geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato. Neste caso particular, colaborava naquilo que era possível, tinha como foco em promover a segurança da criança e ficar com os pais, para tentar acalmá-los e transmitir informações para minimizar este momento de ansiedade e incerteza.

Em todos os contextos promovi medidas de segurança e tive oportunidade de efetuar ensinios sobre segurança infantil, Este trabalho, era diário, entendo que como futuros enfermeiros especialistas, temos de ter uma perceção dos perigos existentes e antecipar a nossa atuação para evitar outros. A pesquisa foi importante para elucidar os pais sobre alimentação infantil e erros alimentares. Verifiquei, no contexto de

internamento de pediatria e observação (OBS) da urgência, que muitas mães davam aos filhos, refrigerantes, batatas fritas, leite com chocolate, bolachas de chocolate, mesmo quando eram alertadas que estas práticas não eram aconselhadas e que seria prejudicial devido ao estado de saúde dos filhos. Aqui a minha ação era constante, tentei transmitir conhecimentos para habilitar os pais a prestarem melhores cuidados, mas entendo que este trabalho é árduo, e nem sempre consegui mudar comportamentos. Também realizei ensinamentos sobre os cuidados a ter no regresso a casa, alertava os pais para estarem atentos a novos sintomas e em que situações é que deveriam regressar ao hospital.

A **preparação do regresso a casa**, é um processo muito importante, que se deve iniciar no momento de admissão da criança/pais e prosseguir durante o internamento, devendo procurar e incentivar o envolvimento da família nos cuidados. Tive oportunidade de participar no processo de planeamento da alta. Para isso, foi importante a informação recolhida, durante a admissão, para perceber as características da família, o tipo de apoio que possuem e a capacidade que têm para garantir a continuação dos cuidados no domicílio. Assim, durante o internamento, arranjei estratégias para conseguir que os pais se envolvessem nos cuidados, proporcionei momento para tirarem dúvidas, com o objetivo de os capacitar a prestarem melhores cuidados aos filhos. Entendo que *“no âmbito das respetivas competências, nos domínios da prática profissional, ético-legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro assume a oportunidade e o dever de facilitar o regresso a casa e contribuir para a satisfação do cliente, para o seu bem-estar, autonomia, auto-cuidado e qualidade de vida”* (O.E., 2011). Também foi importante articular com as instituições na comunidade, elaborava sempre uma carta de alta, informando sobre o estado de saúde da criança e solicitando o acompanhamento desta no domicílio, se fosse necessário. Os cuidados antecipatórios estão orientados para garantir a qualidade e continuidade de cuidados à criança após a alta; preparar a criança/pais para a transição de cuidados e a adaptação aos novos processos de vida, promovendo a respetiva segurança e bem-estar; promover a articulação aos vários níveis de cuidados de saúde e redes de apoio social, otimizando os recursos da área assistencial (O.E., 2011).

Também, em todos os contextos de estágio, usei **medidas não farmacológicas de controlo da dor**, o que revelou ser vantajoso para a criança. Em crianças pequenas, o uso da chupeta, de glicose a 30% e a presença da mãe para proporcionar toque e conforto foram as medidas mais utilizadas (LINHARES, et al., 2010). Contudo, também

utilizei medidas farmacológicas. Por exemplo, uso do anestésico tópico EMLA® em crianças que iriam fazer uma punção lombar. Esta conduta teve por base as orientações sobre a avaliação da dor na criança em que nas diversas situações adequava, de acordo com a história da criança.

Relativamente aos **registos de enfermagem**, no contexto de internamento de pediatria, estes foram efetuados no sistema informático SAPE®. Isto foi uma vantagem, pois com este sistema de informação, pude rapidamente visualizar as prescrições médicas, as intervenções de enfermagem, foi mais fácil realizar o planeamento de cuidados, demorei menos tempo a registá-los e, acima de tudo, usar uma linguagem universal. No contexto, de neonatologia e urgência, estes foram efetuados numa folha de registo manual, que me permitia ter uma visualização da evolução da criança nas 24 horas. Utilizava a linguagem CIPE® para documentar a assistência de enfermagem realizada. No hospital São Sebastião não está implementado o sistema informático SAPE®, o revelou ser uma desvantagem.

O **método de trabalho** usado, em todos os contextos, é o individual de trabalho. Entendo que este método revelou ser vantajoso, pois consegui prestar cuidados holísticos à criança/pais. Foi um facilitador para criar um ambiente de confiança, promover a parentalidade e a parceria de cuidados. O método individual de trabalho baseia-se no conceito de cuidado global e implica afectação de um enfermeiro a um doente ou mais do que um, consoante a sua dependência e o seu estado global. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. A totalidade dos cuidados é prestada pelo enfermeiro, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro (PINHEIRO, 1994).

Realizei duas **AES**, em contexto de internamento de pediatria, primeiro para responder a uma exigência curricular, mas também pelas necessidades identificadas. A educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas como a adoção de práticas educativas que promovam a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida (PEREIRA, 2003). Neste sentido, ao longo do estágio foram desenvolvidos ensinamentos à criança/família, no sentido de os capacitar para habilidades que garantam a segurança e continuidade dos cuidados.

A primeira AES foi sobre “Alimentação na criança no primeiro ano de vida”. Este tema surgiu, num primeiro momento, por sugestão da enfermeira especialista em SIP responsável pelo serviço, que referiu que alguns pais necessitavam destes ensinamentos e por vontade pessoal, uma vez que este tema é de extrema importância. Entendo que uma alimentação saudável, principalmente no primeiro ano de vida, representa os alicerces da criança, constituindo uma base nutricional para uma vida adulta saudável.

Esta AES foi realizada por mim e por uma colega de estágio. Foi apresentada uma sessão audiovisual para os pais/família que quisessem participar (Anexo II). Tive o cuidado no dia da sessão, avisar a equipa de enfermagem sobre esta, para poderem informar o maior número de pais. Na AES foram abordados os seguintes conteúdos: aleitamento materno e aleitamento artificial, armazenamento e conservação do leite materno, diversidade alimentar e principais etapas de introdução de novos alimentos. Foi realizado um plano de sessão de educação para a saúde (Anexo III). Entendemos importante avaliar a sessão, pois só desta forma, conseguimos ver o impacto desta e se houve transmissão de conhecimentos. Esta foi avaliada com aplicação de um formulário de verdadeiro e falso (Anexo IV). No fim foi fornecido um folheto informativo (Anexo V) para reforçar os ensinamentos, bem como para servir de material de apoio e de leitura. Nesta sessão, participaram quatro mães, que demonstraram agrado com a sessão. Foi uma sessão interativa e participativa, por parte do público-alvo. No final, a avaliação revelou que as informações transmitidas foram percebidas, uma vez que as mães acertaram em 95% das questões formuladas, cada mãe errou, aproximadamente, em duas questões das vinte e quatro formuladas.

Posteriormente, realizei outra AES, esta sobre “Prevenção de acidentes na criança no primeiro ano de vida”. Este tema foi escolhido, por mim, por ser o meu foco de atenção transversal a todos os estágios. Nesta sessão audiovisual (Anexo VI) abordei o transporte do bebé no automóvel, o tipo de acidentes que podem ocorrer de acordo com as fases de desenvolvimento da criança e os ambientes saudáveis e de perigo para a criança. Foi realizado um plano da sessão desta AES (Anexo VII). Também aqui foi essencial perceber se os pais entenderam a informação transmitida, assim apliquei um formulário para avaliar (Anexo VIII). Furneci um folheto informativo (Anexo IX) como material de leitura. Nesta sessão participaram sete pais, a meu ver foi um bom número de participantes, dado o contexto. Para mim, foi benéfico, pois possibilitou-me transmitir informações relevantes sobre a minha temática de interesse. Esta sessão foi

muito participativa, por parte dos pais, colocaram dúvidas e mostraram interesse sobre os conteúdos desenvolvidos. A avaliação revelou, que a maioria adquiriu conhecimentos. Em média os pais erraram a três das vinte e cinco questões formuladas.

Durante as sessões, recorri a uma linguagem, clara, objetiva, sem terminações científicas. Como não consegui saber a formação acadêmica dos pais, este tipo de linguagem revelou ser adequado. Estas AES possibilitaram-se o desenvolvimento de competências nesta área. Foram importantes, para melhorar a minha postura perante um público, para conseguir falar de forma calma, pontuada para que a informação fosse transmitida de forma eficaz. Também na elaboração da sessão, recorri a imagens (auxiliares de memória) que serviram de apoio para não ter que estar constantemente a ler ou a olhar para o computador.

É de referir que em todos os contextos, pude aprender, refletir sobre a prática, demonstrar conhecimentos tendo por base a pesquisa científica, também todas as experiências influenciaram a aquisição de conhecimentos.

COMPETÊNCIAS:

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

Objetivo: Promover a Parentalidade em todos os contextos de estágio.

Atividades Desenvolvidas:

- Incentivar a interação dos pais/família com a criança;
- Capacitar os pais para cuidarem dos seus filhos nomeadamente no que concerne à higiene, alimentação, segurança infantil e necessidades afetivas e emocionais;
- Promover a vinculação;
- Promover a amamentação:
 - Instruir sobre extração de leite materno;

- Treinar técnica da amamentação;
- Ensinar sobre vantagens da amamentação;
- Ensinar sobre amamentar;
- Ensinar sobre a relação entre amamentação/vinculação mãe/filho.

Reflexão:

A **parentalidade** foi promovida, em todos os contextos de estágio. Procurei incentivar a interação familiar e proporcionar a criação de laços afetivos entre os vários elementos da família, de forma a promover a vinculação. Também foi meu intuito ajudar os pais a adquirirem estratégias que os capacitem a tornarem-se pais com responsabilidade, para manterem o estado ótimo de saúde da criança.

Os **processos de transição** para a parentalidade transportam sempre adaptações dos seus protagonistas. Pude aperceber-me desta transição ao longo do percurso de estágio. No contexto de neonatologia, constatei que, com o nascimento do primeiro filho, inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital da família, que se move da função conjugal para a parental (RELVAS, 2004), acompanhada por alterações dos papéis sociais do casal. Acarretam necessidades de redefinição e reorganização de projetos de vida, a nível da identidade e funções. Estas orientações foram importantes para poder perceber melhor esta problemática e poder atuar eficazmente. Também (MELEIS, 2010) refere que transição requer que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere o comportamento e, por conseguinte, uma mudança na definição do “eu” no contexto social. A transição para o papel parental inclui a mudança da parentalidade vivida a dois para uma parentalidade familiar.

Numa outra situação, por exemplo, quando ocorre a hospitalização, esta transição confronta os pais para um papel parental pouco normativo e extremamente perturbador. Neste contexto, o enfermeiro toma conhecimento das novas necessidades da pessoa (no caso da pediatria além das necessidades da criança hospitalizada, a importância das necessidades dos pais), num processo de interação participativa, de forma a tomar decisões de cuidados de enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação à doença e/ou a novos estilos de vida, resultante de transições situacionais (MELEIS, 2010). Neste sentido, foi meu intuito, apoiar na transição para o papel parental: aumentando a auto-estima dos pais, respeitando as suas crenças culturais; promovendo as interações entre os pais e a criança; incentivando os pais a expressar as

suas expectativas, motivando-os para aprendizagem de habilidades e perceber as relações conjugais e o funcionamento da família (BAYLE, 2005).

Cuidar da criança é também cuidar dos pais/família, o que implica um conhecimento que permite identificar as suas necessidades através de um processo de empatia promotor de uma melhor adaptação à doença. Assim, uma das situações que considerei importante foi, proporcionar aos recém-pais tirar uma fotografia ao bebé, para estes a poderem partilhar com a família. Isto mostrou ser algo muito agradável para os pais e um facilitador para a transição da parentalidade. A presença da família junto à criança, além de possibilitar condições emocionais mais satisfatórias para ambas, tem uma série de outras vantagens: cria um relacionamento mais próximo e intenso com a equipa de enfermagem; é fonte de informação direta sobre a evolução da doença e permite a participação ativa no cuidado à criança (GOMES, et al., 2005). Em contexto de urgência, verifiquei que a ansiedade dos pais é muita, estes não sabem como lidar com a transição saúde-doença nesta situação. A sua presença, para acompanhar os filhos, revelou ser essencial para harmonia e bem-estar familiar. Aqui tudo é muito rápido, inesperado para as crianças e pais que recorrem à urgência, neste sentido, a partilha de informação para que os pais pudessem perceber o que se estava a passar com os filhos e os procedimentos a realizar foi essencial para a colaboração destes com a equipa de enfermagem.

Em todos os contextos, ajudei os pais a adquirirem estratégias que os capacitem a tornarem-se pais com responsabilidade para manterem o estado óptimo de saúde da criança. Consegui promover a interação dos pais com a criança e envolve-los nos cuidados. Respondi às dúvidas, expliquei, de forma clara e objectiva, os procedimentos a realizar. Isto foi importante, pois ajudou a terem noção do estado de saúde dos filhos e a colaborarem, no sentido de uma melhor prestação de cuidados. Também (FERREIRA, et al., 2004) referem que a *“enfermeira cuidadora mais próxima do bebé e família, é o elemento privilegiado para agir como promotor do processo de aproximação e interação pais/bebé, (...) no sentido de continuar o processo de vinculação através do ver, ouvir, tocar e cuidar (...) com vista a preservar o crescimento e desenvolvimento da criança”*. Neste sentido, tive oportunidade de promover a **vinculação da criança/pais** através: do incentivo à amamentação/aleitamento, da prática do método canguru, do envolvimento dos pais nos cuidados, da promoção de partilha de experiências com outros pais, em situação clínica idêntica, e da preparação para a alta. Em contexto de

neonatologia, o uso do método canguru, foi um excelente promotor da parentalidade. O contato pele a pele revelou ser eficaz e vantajoso para os pais, para a recuperação do bebê e constituiu uma medida para uma alta antecipatória. Também a literatura refere que o método canguru “ *permite, uma interação e inserção dos pais no cuidado ao filho (...) a estabilidade dos parâmetros fisiológicos do recém-nascido, ao maior ganho ponderal, ao menor tempo de internamento e à amamentação exclusiva*” (COSTA, et al., 2005).

Tentei com a minha atuação **capacitar os pais a adquirirem competências para cuidar dos filhos** no regresso a casa. Desta maneira, fiz muitos ensinamentos sobre a higiene da criança, alimentação e amamentação. O banho era supervisionado. Tive necessidade de instruir e treinar com os pais, a técnica do banho, para que estes adquirissem habilidades. Também os cuidados ao coto era algo em que os pais sentiam alguma insegurança, devido ao medo de poderem magoar o bebê, o que foi desmistificado, ensinado e treinado, habilidades para o conseguirem fazer. Ensinei sobre os cuidados na preparação de leite artificial, de acordo com a orientação (30ml de leite para 1 medida rasa de pó de leite) e sobre a importância da esterilização do biberão. Incentivei e promovi o aleitamento materno. O leite materno, além de representar a forma natural de alimentar uma criança nos primeiros meses de vida é o alimento ideal para o recém-nascido, e a amamentação exclusiva é defendida até ao 6.º mês por oferecer os nutrientes necessários para uma vida saudável (LEVY, et al., 2008). Neste sentido, **incentivei a amamentação**, explicando as suas vantagens e a necessidade de extrair o leite materno de 3/3 horas para a manutenção da produção deste. Realizei ensinamentos, instruí e treinei com as mães a extração de leite materno com bomba elétrica, treinei com as mães a colocação do R/N à mama, explicando o que era uma boa pega, ensinei como deveriam respeitar as pausas do R/N e como reconhecer os reflexos de sucção e deglutição. Ensinei sobre conservação e armazenamento do leite materno, na tentativa da manutenção do leite materno até à idade defendida pelas recomendações internacionais. Fiz perguntas abertas, tirei dúvidas, permiti que as mães exprimissem os seus medos, incertezas e angústias por não conseguirem amamentar. Promovi a autonomia da mãe, explicando que ela era capaz, elogiei quando esta o conseguiu, este reforço positivo tornou-se benéfico para o bem-estar emocional e psicológico da mãe.

COMPETÊNCIAS:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Objectivo: Promover a Segurança Infantil, em todos os contextos de estágio.

Atividades desenvolvidas:

- Identificar potenciais riscos para a segurança da criança;
- Promover ambientes saudáveis para a criança;
- Alertar os pais/cuidador para ambientes de perigo;
- Ensinar sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar sobre prevenção rodoviária (transportes de cadeirinha no carro, cuidados a ter no transporte automóvel);
- Ensinar e Instruir sobre SRC.

Reflexão:

A **segurança da criança** foi promovida em todos os contextos da prática. Este tema, é a minha área de interesse, transversal a todos os estágios. Dentro do domínio da prestação de cuidados é este o objetivo que mais evidencia o meu foco de atenção. Entendo que os profissionais de saúde devem intervir mais para a promoção da segurança da criança. Embora se pense que as questões da segurança já são conhecidas e que existe muita informação disponível para os pais, detetei muitos erros e lacunas sobre esta problemática. Segundo o Plano de Ação para a Segurança Infantil é necessário ter uma atuação “*para conhecer os riscos, criar ambientes seguros e minimizar os acidentes*” (APSI, 2007). É necessário **conhecer os riscos**, devido à necessidade de obter informação, formação académica e profissional, de forma a aumentar a capacidade de lidar com o risco e de adotar estratégias para a prevenção de

traumatismos e lesões. Entendo que mais do que conhecer os riscos é importante conseguir identificar potenciais riscos, sendo essencial para uma atitude preventiva. **Criar ambientes seguros** pretende ser um sinal de pró-atividade e da necessidade de envolvimento de todos, além disso pretende-se atuar nos diversos ambientes que a criança frequenta diariamente. **Minimizar acidentes**, isto refere-se à redução do impacto de lesões acidentais, na tentativa de diminuir o número de acidentes, mas também a gravidade das suas consequências (APSI, 2007). Estas condutas serviram de base para a minha intervenção na prática. Compreendo que devemos ter sempre presente estas três aspetos fundamentais quando falamos em segurança infantil, mas como já referi, a *identificação de potenciais riscos* é igualmente importante. Podemos ter toda a informação necessária, mas se não a conseguirmos reconhecer na prática, pouco vale conhecer somente os riscos. É isto que tentei transmitir a pais/educadores/profissionais para terem uma atitude preventiva. Assim, muitos dos ensinamentos realizados à criança/família e a formação realizada aos pares foi, para se consciencializarem que os acidentes com crianças e jovens podem ser evitados, com a adoção de medidas de prevenção e segurança.

O contexto de neonatologia foi um dos lugares ideais para promover a **segurança rodoviária** (escolha do SRC e transporte no automóvel). Muitos dos pais dos bebés prematuros ainda não tinham comprado o SRC. Aqui o enfermeiro de neonatologia pode ter um papel mais interventivo. Neste sentido, alertei para escolherem cadeirinhas que respondessem aos requisitos das normas internacionais de segurança. **Ensinei e instruí como colocar a cadeirinha no automóvel** (virada para trás), alertei que deveriam apertar os cintos logo após colocar o bebé na cadeirinha e só removê-los quando fosse para tirar o bebé, evitando as quedas. Uma das sugestões que ficou no serviço foi a aquisição de um SRC para os pais poderem treinar com vista a aquisição de competência para a colocação do bebé na cadeirinha. Aqui a nossa atuação não passava apenas por informar, ensinar e instruir, mas poderia contemplar a intervenção do treinar, que revela ser tão importante para a sedimentação de conhecimentos. Também seria importante monitorizar o bebé aquando da alta, principalmente os prematuros, na sua cadeirinha, para verificar se este está confortável, se apresenta sinais vitais estáveis. Isto porque *“os bebés prematuros têm menor tónus e controlo cefálico do que os bebés nascidos de termo (...) quando sentados normalmente numa cadeirinha a 45° adquirem uma posição mais fletida o que pode causar*

compromisso respiratório ou agravamento de refluxo gastro-esofágico” (SPP, 2008). Também defendo que as unidades de cuidados intensivos deverão estar equipadas com cadeiras de forma a garantir aos pais o ensino correto da sua utilização. Neste contexto de estágio, também efetuei ensinamentos sobre prevenção de acidentes. Por exemplo, no caso das incubadoras, verificava se as laterais estavam subidas. Alertava os pais para que permanecessem assim sempre que deixassem o bebê, nem que fosse por um breve momento.

Nos outros contextos, também intervim para criar ambientes seguros e **prevenir acidentes na criança**. Promovi cuidados parentais seguros, alertando para os possíveis riscos como: lesão corporal (era frequente ver que os pais deixavam os filhos colocar na boca talheres sem supervisão); risco de queda (alertei os pais para subirem as grades da cama sempre que se ausentassem, nem que fosse por um breve período). Na muda da fralda, ensinei aos pais que deveriam ter sempre todo o material perto para essa atividade e se precisassem de ir buscar algum acessório para não deixar o bebê sozinho. Relativamente ao uso de biberão, alertei os pais a verificarem sempre a temperatura deste e ensinava como o deveriam fazer. Também preveni para o risco de aspiração/asfixia (quando deixavam a criança brincar com pequenos objetos fáceis de serem engolidos). Transmiti aos pais, principalmente de crianças pequenas, que esta gosta de explorar o ambiente que o rodeia, principalmente com a boca, e tudo é atrativo. Também a (APSI, 2007) refere que *“as crianças necessitam de explorar o mundo que as rodeia, de o “agarrar” com os cinco sentidos, com a sua inteligência e imaginação; necessitam de um ambiente pleno de tolerância, de afeto e de liberdade. Assim, as medidas que tivermos que tomar para evitar os acidentes não devem, tanto quanto possível, interferir com a necessária liberdade e movimentos da criança”*. Estes ensinamentos foram importantes para os pais fossem adquirindo conhecimentos para o regresso a casa.

Em contexto de pediatria, detetei que o transporte, em ambulância, das crianças/pais até ao edifício central do hospital, não era adequado. Este era feito com várias crianças, sem SRC, e os pais levavam, muitas vezes, os filhos ao colo. Esta situação não está em consonância com o que se preconiza na segurança infantil. As orientações evidenciam que *“o carro é perigoso, e o lugar mais perigoso é o colo do adulto, (...) por isso, existe uma lei que obriga a transportar sempre o seu bebé numa cadeirinha própria, aprovada pelas normas europeias (...) e certificar-se que a utiliza*

sempre voltada para trás e corretamente instalada (...) sempre com o uso de cintos de segurança” (APSI, 2007). Este aspeto foi alvo de reflexão, com a restante equipa, mas não verifiquei nenhuma mudança desta prática, até ao final do estágio.

COMPETÊNCIA:

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

Objectivo: Desenvolver Competências de Comunicação com a criança/família, em todos os contextos de estágio.

Atividades desenvolvidas:

- Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança/família;
- Proporcionar momentos para a escuta e partilha de conhecimentos;
- Proporcionar um ambiente acolhedor para transmitir informações.

Reflexão:

A **comunicação** é um processo de compreender e partilhar mensagens, sendo que essas exercem influência nas pessoas, no momento em que o processo ocorre ou em momentos subsequentes. Estas só podem ser estudadas no contexto em que ocorrem. O processo de comunicação está mais associado à forma verbal, a qual representa apenas um pequeno segmento da abrangência da comunicação humana (MAZZA, 1998). Realmente é importante ter e adequar estratégias de comunicação com a criança/família. Durante o meu percurso de estágio tentei comunicar de forma eficaz recorrendo, muitas vezes, à comunicação não-verbal, principalmente em crianças mais pequenas. Nem sempre foi fácil, pois todo o ambiente hospitalar é um entrave à comunicação. Também a literatura evidencia que *“o momento da hospitalização é uma das situações que provocam mudanças súbitas na criança/família, alterando a sua maneira de ser e estar no mundo. Para a criança, ser em formação, essa experiência pode ser muito traumatizante, “principalmente quando a habilidade de relacionar-se com outras*

peças e os seus mecanismos de defesa não estão totalmente desenvolvidos” (MAZZA, 1998). A criança hospitalizada enfrenta a separação do seu ambiente familiar (pais e irmãos, entre outros), *“a dor, o desconforto, a perda dos limites, a própria doença, podendo assim valer-se de mecanismos de defesa e apresentar comportamentos regressivos, anteriores à sua fase de desenvolvimento”* (MAZZA, 1998) as quais podem alterar a sua capacidade de comunicação verbal. Perante estas situações, optei pela forma não-verbal.

Foi fundamental, ao longo dos vários estágios, **utilizar diferentes formas de comunicar** para que a informação emitida fosse percebida, sendo isto fulcral para uma melhoria nos cuidados que prestava. Por vezes, não conseguimos separar as duas formas de comunicar, ambas acontecem concomitantemente, devendo ser congruentes. Em todos os casos torna-se essencial estabelecer relação de confiança com a criança/família, fazer com que estes sintam que estamos disponíveis para esclarecer dúvidas e para ajudarmos naquilo que precisam. É de realçar que durante o processo de comunicação recorri a uma linguagem clara, objectiva atendendo sempre às condições socioculturais e educacionais do meio familiar.

Em contexto de neonatologia, pude observar e constatar que o recém-nascido tem as suas particularidades e não deve ser considerado como um ser incapaz de estabelecer relações interpessoais e com o meio ambiente. É necessário reconhecer que estes têm comportamentos distintos e que devemos interagir e comunicar com eles quando estão numa fase de alerta e se mostram disponíveis. Na comunicação que estabeleci tive em conta as pesquisas efetuadas nesse sentido que revelam que o RN *“é encarado como um ser capaz de se relacionar com o ambiente e com outras pessoas, de explorar visualmente o ambiente, de organizar sua percepção sobre este, de ouvir e discriminar sons e de demonstrar sua preferência pela voz humana”* (MENDES, et al., 2003). Neste sentido, sempre que executei procedimentos ao RN criavam-se inúmeras oportunidades de interagir com este. Para fazer o procedimento, foi necessária uma aproximação e com esta ocorre o ato de tocar para cuidar. Também (MENDES, et al., 2003) refere que *“quando o procedimento é encarado como parte da relação de cuidado com o RN e como uma oportunidade de interação, passa a ser percebido como uma dimensão da comunicação”*.

Em todos os contextos de estágio, usei uma linguagem acessível e adaptada à idade da criança. Coloquei em prática, fatores facilitadores da **comunicação terapêutica**, como: tom suave; voz calma; escuta; utilizar uma linguagem perceptível e adequada; evitar terminologias que os pais e a criança não percebam; dar informações de forma gradual, pois os pais não têm capacidade de assimilar muita informação de uma só vez; ter sempre um sorriso, tratar a criança pelo nome (CHALIFOUR, 2008). Em crianças mais pequenas usava linguagem não verbal para me aproximar delas, como: o uso de um brinquedo, o contato ocular, utilizar gestos para ser mais expressiva, estender as mãos e mais do que isso, proporcionar brincadeiras para minimizar os sentimentos tristes.

O uso do brinquedo foi uma das estratégias, que revelou ser vantajosa. Neste sentido, foi mais fácil comunicar e criar empatia. Os usos destas estratégias revelaram-se, em certos casos, eficazes e constituíram um desafio para mim. Entendo que o uso do brinquedo tem benefícios para a criança e facilita o processo de comunicação e interação entre os profissionais e a criança/família. Os pais ao verem que os filhos estão mais disponíveis também se tornam menos apreensivos e colaboram mais conosco (RIBEIRO, et al., 2006).

Em contexto de urgência pediátrica, em especial, na sala de OBS, tive oportunidade de estabelecer *comunicação com o adolescente*. Nesta abordagem tive algumas dificuldades, pois a comunicação com o adolescente revela outras particularidades e especificidades, relativamente a crianças mais pequenas. A adolescência é a fase da vida em que se descobre que é possível ser “eu”, tudo o que foi vivido e aprendido durante a infância ajuda a formar a identidade pessoal do adolescente. Passa a ter uma opinião ativa nas decisões que o envolvem. Os adolescentes vivem num mundo próprio como os seus pares que, por vezes, torna-se difícil conseguir uma aproximação e estabelecer uma relação empática (WAGNER, et al., 2005). Tendo em conta estas evidências, constatei que é necessário dispor tempo para conseguir estabelecer uma relação de empatia com o adolescente. Algumas das estratégias que adquirir para conseguir uma boa comunicação com o adolescente foram: mostrar disponibilidade, mostrar interesse pelas conversas que tínhamos, usar uma linguagem adequada ao seu nível de desenvolvimento e uma linguagem que demonstrasse estar a par do seu mundo. Para isto foi necessário conhecer alguns dos temas do mundo dos adolescentes e perceber a sua linguagem. Um dos aspetos

fundamentais era dizer sempre a verdade, dar-lhe espaço e não forçar a relação, não julgar nem criticar, sobretudo não dar conselhos e garantir confidencialidade. Entendo que com esta atuação consegui conquistar o adolescente obtendo a sua cooperação para uma eficaz relação terapêutica.

Em todos os contextos, estabeleci, com os pais, uma relação de confiança, facilitando a comunicação e expressão de sentimentos. Proporcionei momentos de escuta e de partilha de informações, recorrendo a um ambiente mais acolhedor para as transmitir. Em contexto de urgência, tentava mostrar disponibilidade e transmitia informação de forma célere para diminuir a ansiedade dos pais. Isto revelou ser adequado para uma comunicação terapêutica eficaz.

COMPETÊNCIAS:

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

Objectivo: Promover a Parceria de Cuidados, em todos os contextos de estágio.

Atividades Desenvolvidas

- Identificar as necessidades dos pais em conhecimentos e habilidades;
- Incentivar a presença dos pais/cuidador;
- Reforçar aspetos positivos e elogiar progressos;

Reflexão:

A filosofia de cuidados preconizada, em todos os contextos de estágio, é o de **parceria de cuidados** de Anne Casey (1993). Consiste numa **negociação** entre a equipa de enfermagem e família, acerca dos cuidados à criança hospitalizada, assume-se como

um fator fundamental, sempre com o objetivo da melhoria de cuidados e da minimização do impacto da hospitalização da criança.

Esta defende que *"para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor"* (CASEY, 1993) assim sendo, ninguém melhor que os pais para os prestar. Este modelo permite um crescimento físico, emocional e social da família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros no cuidar. Assim a criança não é isolada da família, mas cuidada dentro da unidade familiar. Os cuidados centrados na família propiciam um clima acolhedor para as crianças e suas famílias, possibilitando aos enfermeiros desafios interessantes, como a orientação e a coordenação de cuidados. A minha intervenção teve em conta esta linha orientadora. Pude negociar com a criança/família uma parceria de cuidados, tendo por base o respeito pela perícia da família e pelas suas necessidades e desejos. Esta parceria, foi essencial para capacitar os pais a adquirirem habilidades, também me ajudou a perceber a família, as suas crenças e hábitos, com vista sempre a maximizar o bem-estar da criança. É importante realçar que a criança não é um sujeito passivo, esta também deve ter uma participação nos cuidados.

Num primeiro momento é necessário identificar as necessidades da família para poder trabalhar com esta, a fim de os habilitar para a continuação dos cuidados. Num segundo momento deve-se incentivar a presença da família e engloba-los nos cuidados. Esta tríade criança/família/enfermeiro é uma filosofia a seguir. A criança mantém-se em controlo, os pais mantêm o seu papel parental, contribuindo para a saúde do filho e o enfermeiro ajuda quando necessário. Este capacita os pais para os cuidados de enfermagem, com o devido treino, suporte e ensino e assume os cuidados familiares quando estes estão ausentes.

Constanei que a negociação de cuidados era uma tarefa difícil e que levava tempo a ser construída, principalmente no contexto de neonatologia. Aqui os pais sentiam-se pouco a vontade, num ambiente muito mecanizado e incapazes de participar nos cuidados. Detetei esta situação principalmente em pais de bebés prematuros. Também (HEERMAN, et al., 2005) referem que inicialmente, o sentimento de que o bebé pertence aos pais está frequentemente diminuído, uma vez que são os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que prestam a maioria dos cuidados (pela imaturidade e/ou instabilidade da criança), o que gera sentimentos de impotência,

inutilidade e distanciamento. Torna-se mais fácil para os pais sentirem a criança como sua, à medida que se vão sentindo mais confortáveis na unidade e a condição clínica do bebê lhes permite envolverem-se na prestação de cuidados diretos. Assim, num primeiro momento, os cuidados foram realizados por mim, tentei criar oportunidades para serem os pais a cuidar do seu filho, contemplando a sua vontade para o fazerem e não tentar impor esta situação. Cada dia que passava a sua envolvência era maior e ai havia a necessidade de negociar com os pais os cuidados. A muda da fralda, o banho do bebé, a alimentação eram os cuidados mais negociados. Todos eles eram supervisionados por mim e efetuei os ensinamentos adequados para tentar habilitar os pais para os cuidados a prestar. Entendo que esta estratégia foi adequada, pois constitui um processo para a preparação para a alta. Sempre que possível elogiava os pais quando estes conseguiam realizar os cuidados, o **reforço positivo** era importante para a manutenção da parceria.

Em contexto de urgência e na hospitalização, constatei que os pais estavam ansiosos e angustiados por isso, foi fundamental assegurar que a família pudesse assumir, tanto quanto possível, a sua função cuidadora. Foi importante criar uma relação de empatia e confiança, de partilha de informações, com a criança/família com a finalidade de estabelecer uma parceria com os pais a fim proporcionar uma rápida evolução do estado de saúde da criança e conseqüentemente o regresso a casa. Tentei que a família pudesse manter a autonomia, para atividades que podiam desempenhar, de forma independente, o que fez com que esta se sentisse mais segura e mais comprometida com a recuperação da criança (GOMES, et al., 2005). Entendo que os pais ao participarem nos cuidados sentem-se úteis, sentem que a sua colaboração é essencial para o processo de cura do seu filho.

É de salientar que, em todos os contextos, os cuidados de enfermagem não foram delegados aos pais sem treino e supervisão, os pais não estão nos serviços para substituírem os enfermeiros, mas sim para serem ajudados, para obterem habilidades que serão úteis para prestarem cuidados à criança, no domicílio aquando da alta.

COMPETÊNCIA:

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

Objectivo: Refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em todos os contextos de estágio.

Atividades Desenvolvidas:

- Possuir um pensamento crítico e reflexivo sobre as experiências vividas e atividades desenvolvidas;
- Observar as funções e competências da enfermeira tutora enquanto especialista e Saúde Infantil e Pediatria.

Reflexão:

O **enfermeiro especialista em SIP**, poderá ser entendido como um perito na concepção e gestão dos cuidados à criança e família, já que detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. Neste sentido, é capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família, efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia (QUELHAS, 2009). A prática diária exigiu sempre uma reflexão contínua, em situações clínicas complexas, na prestação de cuidados especializados à criança, em situações familiares em que subsiste negligência e em famílias de risco social.

O enfermeiro especialista deve ser capaz de possuir conhecimento aprofundados que contribuem para a prática especializada, gerir sentimentos e emoções em ordem de uma resposta eficiente. Ter uma conduta preventiva, antecipatória e tomar decisões guiadas pelo Código Deontológico. Promover a segurança, confidencialidade, o respeito pelos valores, costumes e crenças da criança/família, ou seja, deve adquirir competências que garantam a excelência dos cuidados.

Em todos os contextos da prática, pude verificar a importância do enfermeiro especialista em SIP. Todas as práticas foram fundamentadas, justificadas e fazia sempre uma reflexão das atividades. **O enfermeiro especialista em SIP deve ser capaz de:** detetar as necessidades da criança apenas com a observação que faz desta, possuir

conhecimentos, estar alerta para identificar situações de risco, e ser um promotor do crescimento e desenvolvimento da criança.

Nos vários contextos apercebi-me de pequenos gestos que evidenciam a importância da atuação do enfermeiro especialista em SIP. No contexto de pediatria, pelas estratégias que possui para minimizar a hospitalização, criando um ambiente terapêutico eficaz. A nível da neonatologia, pelos conhecimentos que detém, por exemplo, numa simples muda de fralda. Em bebés prematuros devido à sua imaturidade qualquer intervenção pode constituir um fator desagradável, por isso mudar a fralda, após este ser alimentado era algo que não fazia. Este ficava nauseado, com hipersalivação devido aos movimentos. Esta prática não era feita por todos os elementos da equipa, apesar do esforço da enfermeira especialista, com vista a melhorar as competências dos outros enfermeiros. Outra situação realizada era no momento de alimentar o bebé por biberão, o respeito pelos seus momentos de pausa, sucção e deglutição. Em contexto de urgência, pela sensibilidade que tem quando realiza a triagem: sobretudo na abordagem de situações de maior complexidade, no despiste precoce, na gestão de prioridades e na minimização da ansiedade dos pais. Assim, enfermeiro especialista diferencia-se, pela postura que adota, pelos conhecimentos que detém, pelas estratégias que segue, pela observação e acolhimento que faz à criança/família, pela forma como interage e comunica com a criança/família, pela disponibilidade e sensibilidade que demonstra. Isto garante a qualidade dos cuidados que prestamos.

O saber profissional de enfermagem é um saber de ação. Não somente de execução ou de reprodução de atos. É a capacidade de adaptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos. O enfermeiro especialista faz face às dificuldades imprevistas e tem poder improvisado, não se limitando a fazer uma repetição de gestos (QUEIRÓS, 2007). A prática aliada a um conjunto de conhecimentos teóricos permite a realização de cuidados de enfermagem, de forma sistemática e inteligente permitindo o reconhecimento da enfermagem como profissão devido ao contributo dado à sociedade. A teoria de enfermagem é crucial para o raciocínio, pensamento crítico e para a tomada de decisões na prestação de cuidados de enfermagem, instrumentos fundamentais para a prática profissional. Neste sentido, entendo que o **enfermeiro, deve ter uma atitude perita**. Deve ser capaz de se aperceber de uma situação como um todo e não a fragmentar. Só assim, consegue atuar especificamente naquilo que é fulcral e caminhar

numa perspetiva profissional avançada. Esta atuação é conseguida, também com o contributo das suas vivências. Estas evidências foram importantes durante o meu percurso de aprendizagem. Fizera com que refletisse sobre os cuidados que prestei e deu sentido à expressão “o que fazemos, como fazemos e porque fazemos.

Afirmar o nosso saber significa ir até ao fim no assumir das nossas competências. Traduz-se por um envolvimento explícito, um compromisso profissional e social de proteger a saúde pública, de promover e desenvolver uma grande autonomia das pessoas, das famílias e das comunidades em matéria de saúde (QUEIRÓS, 2007).

3.2.2 – Domínio da Gestão de Cuidados

Neste domínio entendo que os Enfermeiros podem e devem desempenhar um papel fulcral na gestão de cuidados. Melhor do que qualquer outro profissional, o Enfermeiro possui as competências técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais para ser o principal agente no processo de saúde e doença do doente, no decorrer do ciclo de vida do doente. Existem dados suficientes que apoiam a afirmação de que enfermagem é um importante pilar numa organização de saúde e deve estar presente nos vários níveis de gestão (ALEIXO, 2009). Nesta abordagem, pretendo desenvolver competências na área da gestão de cuidados, bem como para trabalhar em equipa multidisciplinar.

COMPETÊNCIA:

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

Objectivo: Conhecer a dinâmica dos vários contextos de estágio e eventuais protocolos em uso.

Atividades desenvolvidas:

- Proceder à minha apresentação à enfermeira tutora assim como à respectiva equipa multidisciplinar;
- Conhecer a estrutura física do serviço;
- Conhecer os protocolos do serviço;
- Colaborar com equipa, adoptando uma atitude de disponibilidade, respeito e colaboração;
- Recorrer à informação junto da enfermeira tutora no sentido de conhecer a orgânica física e funcional do serviço;

Reflexão:

No primeiro dia, em todos contextos de estágio, foi necessário **efetuar a apresentação** às enfermeiras tutoras e à equipa de enfermagem, no sentido de iniciar um processo de relacionamento profissional eficaz. Foi também importante efetuar uma visita pelas instalações, o que me permitiu conhecer melhor a *estrutura física*, bem como estabelecer o primeiro contacto com a restante equipa multidisciplinar.

Em todos contextos, fui bem acolhida, criei uma relação empática com a equipa, e mostrei disponibilidade para colaborar com esta no que fosse preciso. Senti-me integrada devido ao acompanhamento que tive pelas enfermeiras tutoras e pela equipa, pois incluíam-me nas suas atividades. Sempre que surgia alguma situação nova, chamavam para eu poder ter mais uma vivência e experiência da prática. Isto revelou ser um fator facilitador para a minha integração. Nos vários contextos, existia um ambiente de **respeito e colaboração entre a equipa de enfermagem**. A partilha de experiências com as enfermeiras tutoras e restante equipa, foi extremamente enriquecedor. Permitiu-me refletir sobre aspetos da prática, possibilitou a discussão de perspetivas e de saberes contribuindo para o desenvolvimento de competências nesta área.

A integração que tive, a boa adaptação ao espaço físico e a perceção de como este está organizado relevaram ser aspectos auxiliares para uma melhor atuação, com mais segurança e autonomia. Para isto, contribuíram as informações cedidas pelas enfermeiras tutoras sobre: a funcionalidade e dinâmicas de trabalho/serviço; os horários e rotinas do serviço, **as normas e protocolos** de atuação preconizados, as escalas utilizadas e as medidas de controlo de infeção. Isto permitiu ter uma envolvimento

dentro da equipa multidisciplinar, o que contribuiu para o meu processo de integração e autonomia pessoal.

COMPETÊNCIAS:

- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP.

Objectivo: Compreender a gestão de cuidados em enfermagem em todos os contextos de estágio.

Atividades desenvolvidas:

- Conhecer a gestão feita de recursos materiais;
- Colaborar na gestão de cuidados de acordo com as necessidades da criança e do serviço.

Reflexão:

Em todos os contextos, tive como objetivo conhecer alguns procedimentos relativamente à **gestão de recursos materiais**. Observei que esta gestão é diferente e tem as suas particularidades e especificidades. No contexto de internamento de pediatria e neonatologia, pude acompanhar durante uma manhã a enfermeira responsável por esta gestão. Em pediatria, verifiquei que utilizam o sistema informático para efetuar a requisição de material ao aprovisionamento e à farmácia. Têm também disponível um armário informatizado com medicação (da responsabilidade da farmácia), denominado de Pyxis®. O sistema informático de requisições e este armário de medicação são vantajosos, pois diminuem o tempo gasto, pelos enfermeiros, na gestão de material. Apenas utilizam uma requisição manual para os leites e alimentação. Fiz várias vezes este pedido, como o auxílio da enfermeira tutora. Verifiquei que neste contexto, têm disponíveis equipamentos específicos, adequados e suficientes para a prestação dos cuidados. Em contexto de neonatologia, a requisição ao aprovisionamento e farmácia era feita semanalmente. O sistema informático ainda não estava disponível para todos os produtos. Aqui, o tempo dispendido para esta gestão era maior. Havia necessidade de

fazer uma requisição manual para os leites, alguns medicamentos e alguns materiais. O restante era pedido pelo sistema informático. Em contexto de urgência não tive oportunidade de acompanhar a enfermeira responsável pela gestão de materiais, contudo questioneei a enfermeira tutora que transmitiu que no serviço não existe nenhum apoio informático para a requisição de material, o pedido era efetuado, de forma manual, ao aprovisionamento e à farmácia. O hospital S. Sebastião ainda está a implementar o sistema informático, pelo que ainda só alguns serviços é que o possuem.

Independentemente do tipo de sistemas de apoio para a gestão que cada serviço tem, entendo que a gestão de materiais é uma área de relevo para a enfermagem. Tem sentido serem os enfermeiros a fazer a gestão de material, pois são eles que estão na prática e verificam quais os *materiais necessários para garantir a qualidade e a segurança do doente*. Assim, os enfermeiros responsáveis por este tipo de gestão devem: determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem; participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade; conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados e participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem. Faz sentido que assim seja, pois são estes enfermeiros que têm uma maior perceção de suporte organizacional num modelo de gestão de unidades de saúde e que poderão contribuir para a eficiência, objetivando a melhoria contínua da qualidade (NOVA, 2008). Para além da eficiência, a gestão deve ser também eficaz. Esta pode ser definida como o alcançar dos objetivos, a relação dos resultados em relação às metas propostas. Podemos então dizer que a gestão é eficiente e eficaz quando atinge os objetivos propostos, utilizando todos os seus recursos de forma racional, não os desperdiçando e utilizando de forma a aproveitar todas as suas capacidades (SOARES, 2008).

Relativamente à **gestão de cuidados**, em contexto de internamento e neonatologia a distribuição dos enfermeiros é efetuada tendo em conta o grau de dependência da criança. Este plano é elaborado no turno anterior, pela enfermeira responsável de turno, geralmente uma enfermeira especialista. Entendo que a distribuição de doentes deve ser feita pelo enfermeiro especialista, pois este tem a perceção do número de doentes, da sua dependência e da sua gravidade. Só assim, é que consegue distribuir de forma justa, os doentes pelos colegas. Também verifiquei que os

enfermeiros especialistas, ficavam com situações de maior especificidade e complexidade. Em contexto de neonatologia, verifiquei esta situação, pois a minha enfermeira tutora, ficava geralmente com RN de alto risco, o que traduziu em mais momentos de aprendizagem para a minha formação.

Em contexto de urgência, não existe distribuição atendendo às qualificações do enfermeiro. Todos os enfermeiros iam passando ao longo do turno pela triagem, pela sala de OBS, pela sala de nebulizações e colheitas. Já foi referido anteriormente que em contexto da sala de triagem, o enfermeiro especialista marca a diferença pelo conhecimento que detém conseguindo prestar cuidados mais aprofundados, contudo este aspeto não era sempre tido em conta também devido ao reduzido número existente de especialistas no serviço.

É de salientar que esta gestão é de extrema importância, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria deve ter uma atuação centrada na gestão de cuidados, isto passa pela adequação dos recursos às necessidades dos cuidados, otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde com vista a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Realço a importância que a realização destas atividades tiveram para o aprofundamento da visão e gestão do serviço, o que me permitiu reforçar a ideia da sua importância fulcral para o funcionamento do mesmo.

Entendo que, nesta área da gestão de cuidados, o enfermeiro responsável deve ser um promotor da motivação dos outros colegas e deve ser responsável por salvaguardar os interesses quer da instituição, quer os interesses do grupo. Este tipo de liderança garante apoio, interajuda e confiança entre os seus elementos. Para garantir uma liderança eficaz é necessário ter competências comunicacionais, uma vez que o êxito do líder está relacionado com a sua habilidade de comunicar-se com outros; esse processo engloba a utilização sistemática de símbolos para transmitir informação e alcançar entendimento sobre uma situação. O objetivo do comunicador é transmitir uma mensagem para alguma outra pessoa, de modo tal que essa mensagem seja recebida da forma pretendida, sem distorções (TREVIZAN, et al., 1998).

Em todos os contextos da prática pude observar que todas as questões que afetavam a prestação dos cuidados eram discutidas em equipa. Aproveitava-se a passagem de turno para expor algumas situações e arranjar estratégias e soluções. Todos os responsáveis adotavam uma postura democrática, pedindo a opinião e colaboração de

todos os elementos. Entendo que esta atitude é essencial para todos poderem trabalhar em conjunto, para o mesmo objetivo: zelar pelos cuidados, garantir a segurança e uma melhor assistência à criança/pais.

Relativamente aos horários praticados, no contexto de pediatria e neonatologia estes eram distribuídos por: turno da manhã (8-15:30h), turno da tarde (15-22:30h) e turno da noite (22-8:30h). Em urgência os turnos eram de sete horas. Esta distribuição é adequada e eficaz, pois garante a continuidade dos cuidados.

3.2.3 – Domínio da Formação

A formação assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de Enfermagem. Sendo um direito, é igualmente um dever dos profissionais e o seu sucesso depende do envolvimento de todos (PAIXÃO, 2009). A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua (Decreto-Lei n.º 437/91). Assim, a formação em serviço foi um dos objetivos individuais que tracei com vista ao desenvolvimento de competências nesta área. Neste domínio, tinha como finalidade abordar, algum tema sobre Segurança Infantil, uma vez que este é o meu foco de atenção.

COMPETÊNCIAS:

- Identificar as necessidades formativas na área de EESIP;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Objectivo: Promover o desenvolvimento do grupo de pares, em contexto de neonatologia.

Atividades:

- Identificar necessidades formativas na equipa de enfermagem;
- Pesquisa bibliográfica adequada;
- Realizar formação ao grupo de pares.

Reflexão:

De acordo com as **necessidades formativas** detetadas na equipa, propus-me realizar uma ação de formação aos profissionais, sobre a Segurança Rodoviária – Transporte do Bebé no Automóvel. Este tema foi consensual entre mim e a minha tutora. Por um lado, foi mais uma oportunidade que tive, para abordar uma área do meu foco de atenção – Segurança Infantil, por outro a enfermeira tutora propôs o tema, pois detetou algumas lacunas, por parte das colegas, sobre esta temática. Entendo que, em contexto de Neonatologia, o enfermeiro pode ter um papel primordial para aconselhar sobre SRC, uma vez que em muitas situações, os pais de bebés prematuros, ainda não compraram a cadeirinha.

Foi necessário **recorrer às últimas orientações**, de forma a poder dar informações científicas mais recentes e adequadas. Sobretudo a sensibilizar os colegas para esta temática, pois entendo que se este trabalho da segurança infantil começar no hospital, será muito mais fácil os pais terem uma atitude preventiva.

Assim no decorrer da **formação aos pares** (Anexo X) foi dado ênfase à escolha dos SRC, às especificidades e particularidades no transporte automóvel e à importância de uma correta colocação da criança no SRC. Recorri a dois vídeos, um sobre a importância da criança viajar voltada para trás e as consequências que acarreta se esta for virada para a frente. O outro vídeo foi para evidenciar a correta colocação da criança no SRC e a colocação deste no automóvel com ou sem sistema Isofix. Desta maneira, no vídeo usei o meu filho e o meu automóvel para conseguir demonstrar de forma mais eficaz.

Esta formação exigiu uma planificação (Anexo XI), que foi efetuada, a sessão foi avaliada com a aplicação de um formulário (Anexo XII) e no fim foi fornecido um folheto informativo (Anexo XIII). A aplicação do questionário foi importante para saber se, os conteúdos apresentados foram suficientes, pertinentes e atuais. Se a minha

atuação motivou o público-alvo e se demonstrei capacidade de transmitir a informação de forma clara.

A adesão dos profissionais, não foi a esperada, mas foi razoável devido às particularidades do serviço de neonatologia, pois cada turno contempla três enfermeiros. Tive a presença de quatro enfermeiros. Um do turno da manhã, dois que vieram para o turno da tarde e a enfermeira chefe. A sessão decorreu de acordo com o planejado e os participantes demonstraram interesse pela formação, pelo menos foi isso que revelou a avaliação. Durante a formação houve tempo para a discussão e para esclarecer dúvidas. Julgo, que foi alcançado o objetivo da formação e espero que a aquisição de novos conhecimentos possa melhorar os cuidados que prestamos. Sobretudo garantir a segurança da criança.

Entendo que dentro do domínio da formação se torna pertinente abordar alguns aspectos importantes, nomeadamente os planos de formação e a integração de novos enfermeiros, em contexto de estágio. Assim, no que concerne, à formação em serviço, verifiquei que no contexto de internamento de pediatria não existe uma enfermeira responsável por esta. Também não existe nenhum plano de formação. Relativamente à integração de novos enfermeiros, também não existe nenhum manual de acolhimento, ou pelo menos nenhum que esteja atualizado. Não tive oportunidade de acompanhar nenhuma integração no serviço, durante o período de estágio. Por isso, não sei como é atuação dos colegas nesta área. Como não existe nada formal, a integração é feita pelo aquilo que o enfermeiro entende que será o ideal.

Nos restantes contextos, anualmente é nomeada uma enfermeira responsável pela formação. Após as necessidades levantadas, esta elabora um plano sobre diversos temas a abordar. Este plano é fornecido aos colegas. Cada enfermeiro escolhe um tema, para depois apresentar. Não tive oportunidade de assistir a nenhuma formação em serviço, durante o meu período de estágio. Entendo que a formação em serviço, é fundamental para adquirir conhecimentos, partilha de saberes, mudar estratégias.

Relativamente à integração de novos enfermeiros, não possuem nenhum manual de acolhimento. Verifiquei, que no contexto de urgência, que não existe tempo para fazer este acolhimento. Isto devido à escassez de recursos humanos e pelo tipo de serviço em questão. Tive oportunidade de trabalhar em alguns turnos com enfermeiros recém-formados e constatei que estes precisavam de acompanhamento, supervisão e que

tinham necessidade de fazer perguntas, partilhar pontos de vista e praticamente não existiam tempo para estes momentos. No contexto, de neonatologia, pude trabalhar com duas colegas em integração. A integração, neste contexto, foi feita de maneira a ser possível acompanhar os colegas. Geralmente a minha tutora, tinha em atenção as necessidades destes colegas e fazia questão de os acompanhar durante algum tempo. Entendo que esta atitude é essencial para a motivação profissional e para dar tempo para que as dificuldades surgissem. Também pude observar que esta fomentava novas experiências comigo e com os colegas novos, fazia reforços positivos o que considero essencial para podermos atuar com mais confiança e autonomia.

3.2.4 – Domínio da Investigação

Neste ponto irei evidenciar a importância da investigação na enfermagem. Também a bibliografia revela que *“o conhecimento adquirido pela Investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados de saúde”* (Decreto-Lei n.º 161/96). O "fazer" em enfermagem é complexo e exige tomada de decisões. *A pesquisa em enfermagem* possibilita que o profissional realize as suas ações, tendo por base as evidências científicas. Esta é uma investigação sistemática para o desenvolvimento do conhecimento sobre a prática. Tem como principais objetivos gerar conhecimentos, orientar a prática, melhorar o atendimento e a qualidade de vida dos clientes (BARROS, 2007). Neste domínio, pretendo dar a conhecer a pesquisa que efetuei e que serviu de base e suporte para trabalhar o meu foco de atenção, transversal a todos os contextos da prática.

COMPETÊNCIAS:

- 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 compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.

Objetivo : Analisar criticamente, incorporando os resultados da investigação, um problema identificado na prestação de cuidados de enfermagem.

Atividades:

- Pesquisa bibliográfica e análise de artigos científicos sobre segurança infantil;
- Analisar os resultados mais recentes de investigação;
- Incorporar na prática resultados de investigação.

Reflexão:

A área de **investigação** é importante e nos últimos anos a enfermagem tem vindo a dar o seu contributo. Pouco a pouco os enfermeiros foram percebendo que a utilização dos resultados de pesquisa (evidências) para fundamentar as decisões, ações e interações é muito importante para a melhoria constante da assistência de enfermagem (BARROS, 2007). A *pesquisa* permite a descrição detalhada de uma situação que se sabe pouco ou aprofundar conhecimentos sobre determinada área específica. Nesta perspetiva, ao longo do estágio tive de recorrer à **bibliografia** para conseguir dar respostas às exigências da prática, bem como para conseguir adquirir mais conhecimentos, para melhor atuar na minha *área de interesse – Segurança Infantil*. Este tema revelou ser um dos problemas identificados quer na minha atividade profissional, quer no contexto da prática. Para conseguir ser pró-ativa nas atividades que implementei e para garantir a transmissão adequada de conhecimentos, a pesquisa bibliográfica revelou ser útil para poder trabalhar esta problemática.

Foi necessário recolher *os documentos mais recentes*, pois constatei que no caso da segurança rodoviária algumas alterações ocorreram nos últimos dois anos. Concretamente as novas orientações da DGS que recomendam que a criança deve viajar

num SRC, voltada para trás, até aos 3 ou 4 anos, reformulando o que anteriormente estava descrito (DGS, 2010). Assim, tendo em conta estes conhecimentos mais recentes pude atuar com mais segurança, pois tinha conhecimentos científicos atuais o que traduziram numa prestação de cuidados com qualidade e devidamente fundamentada.

Também pude recorrer a outros documentos que foram essenciais para orientarem os ensinamentos que fazia à criança/pais, bem como a AES que realizei sobre prevenção de acidentes no 1º ano de vida. Assim, recorri ao *Plano Nacional de Prevenção de Acidentes* para adquirir conhecimentos sobre prevenção rodoviária, sobre os objetivos da promoção da alta segura e sobre as orientações que garantem o direito a segurança da criança.

A vulnerabilidade das crianças, enquanto passageiros e/ou peões, exige que os adultos responsáveis por elas, lhes prestem atenção redobrada que defendam o seu direito à segurança e, cuidados especiais que salvaguardem o seu direito à saúde (DGS, 2012).

Durante o estágio tive sempre como base a **prática baseada na evidência**, para isso foi necessário recorrer a outro documento como o *Plano de Ação para a Segurança Infantil em Portugal*. Este foi essencial para conhecer os riscos que existem e que comprometem a segurança infantil, para criar e promover ambientes seguros minimizando os acidentes (APSI, 2007).

Também o relatório ADELIA foi essencial para saber identificar potenciais riscos para a criança, bem como produtos perigosos, que propiciem a ocorrência de acidentes domésticos e de lazer; estabelecendo assim uma base de apoio para a definição de políticas de prevenção baseadas na evidência (CONTREIRAS, et al., 2011).

Os manuais da Associação de Promoção de Segurança Infantil foram úteis para adquirir alguns fundamentos teóricos sobre a segurança da criança e prevenção de acidentes. Estes foram utilizados para os ensinamentos à criança/pais, pois explicavam de forma simples e clara as estratégias a implementar para garantir ambientes seguros. Também realçava o tipo de acidentes que estão diretamente relacionado com as fases de desenvolvimento da criança (APSI, 2007). Assim, permitiu uma melhor cimentação do tema.

As pesquisas efetuadas foram sempre alvo de discussão e reflexão com as enfermeiras tutoras. Tive como finalidade incorporar na prática todos os resultados da investigação, que foram essenciais para obter e transmitir conhecimentos. Entendo que este trabalho traduziu em novas aprendizagens e num crescimento pessoal e profissional.

Realço ainda que, a nível da investigação, o enfermeiro deve ter uma **perspetiva académica avançada**. A evolução verificada no ensino da enfermagem e no exercício profissional foram promotores para o desenvolvimento da profissão e da disciplina de enfermagem. Neste sentido, entendo que a atuação do enfermeiro especialista deve estar orientada para garantir cuidados aos indivíduos e famílias, que requerem elevada perícia de enfermagem, devem ser colaboradores e coordenadores de equipas de saúde nos assuntos relacionados com os clientes, ser tutores e modelos para outros enfermeiros e que através da sua prática, investigação e estudo promovam o desenvolvimento da enfermagem (SILVA, 2007). Nesta perspetiva, o sentido para o desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros deve seguir um modelo de *enfermagem avançada*. Este conceito defende que a atuação dos enfermeiros deve ser centrada nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e família ao longo do ciclo de vida usando o conhecimento gerado pela investigação; que a “matéria-prima” (conhecimentos) usada pelos enfermeiros são essenciais para produzir melhores cuidados; que haja uma maior valorização das teorias de enfermagem – com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições (SILVA, 2007). Este modelo exige uma abordagem com mais enfermagem e não tanto uma abordagem seguindo o modelo biomédico, que enfatiza mais a doença, os sintomas e os conhecimentos gerados pela investigação da medicina (prática avançada).

Os conhecimentos obtidos durante o percurso académico do curso de base e da especialização, bem como a pesquisa constante de informação e as experiências profissionais contribuíram para responder às necessidades detectadas da prática diária. Neste sentido as decisões que tomei, tendo em conta os conhecimentos, foram fundamentadas à luz da evidência científica o que garante uma prestação de cuidados com qualidade.

4 – CONCLUSÃO

O percurso de aprendizagem ao longo do estágio constituiu um desafio exigente, mas também compensador, levando-me a desenvolver e aprofundar competências, a refletir na prática e sobre a prática. Permitiu-me modificar comportamentos, conseguir novas formas de comunicação, promover a parentalidade e parceria de cuidados, visando a excelência e a otimização dos cuidados. Assim, procurei atuar tendo em conta a perspetiva holística da criança, valorizando sempre o papel dos pais nos cuidados.

Consegui adquirir conhecimentos, aliar a teoria à prática, uma vez que é no contexto de estágio que conseguimos perceber, compreender e cimentar conhecimentos da formação académica. Isto revelou ser útil para resolver algumas situações novas ou não que surgiam durante a prática. Também permitiu momentos de reflexão perante situações complexas, onde houve necessidade de um maior esforço, de ser criativa e de muita sensibilidade para conseguir resolver alguns problemas de forma profissional, não esquecendo as responsabilidades éticas e sociais associadas.

Dei ênfase à problemática da segurança infantil. Este foi o meu foco de atenção, transversal em todos os contextos de estágio e consegui que este fosse abordado em todos os domínios da enfermagem. Para isso, realizei de forma intencional, um conjunto de atividades para a consecução deste objetivo. Entendo que muito há a fazer para garantir a segurança das crianças e que podemos ter um papel ativo para conhecer os riscos, criar ambientes seguros e minimizar acidentes (APSI, 2007). Muito mais do que isto torna-se essencial identificar potenciais riscos. Este aspeto foi trabalhado com a criança/pais com as AES que realizei e aos pares com a formação em serviço, para garantir uma atitude preventiva. Desta forma, consegui promover cuidados parentais seguros o que revela que a transmissão de conhecimentos foram adquiridos, pelos pais, de forma eficaz. A finalidade das atividades implementadas, foi no sentido de garantir a

segurança da criança, prevenir os acidentes e garantir qualidade de vida, com ganhos em saúde que tanto se irão refletir no seu desenvolvimento.

Fui capaz de comunicar conhecimentos aos pares, de forma clara, tendo por base as evidências científicas mais recentes e consegui adquirir competências no planeamento e realização de formações e AES.

Neste percurso de aprendizagem, consegui atingir os objetivos delineados pelo plano de estudos, bem como os individuais. Para isso, tive necessidade de implementar atividades para a consecução dos mesmos. Considero que desenvolvi as competências específicas na área de saúde infantil e pediátrica, bem como as comuns a todos os enfermeiros especialistas no domínio da prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. Entendo que as competências adquiridas vão-me possibilitar estar desperta e ter mais sensibilidade, no decurso da minha atividade profissional e permitir uma aprendizagem ao longo da vida. Este relatório, proporcionou momentos de reflexão sobre a prática e das experiências vividas. Permitiu-me aprender e crescer não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, Telmo Jorge Feijó. 2009. CONTRIBUTO DE ENFERMAGEM PARA A GESTÃO. [Online] 2009. [Citação: 22 de Fevereiro de 2012.] <http://www.cpihts.com/PDF04/artigo%20gest%C3%A3o.pdf>.

APSI. 2007. Plano de Acção para a Segurança Infantil em Portugal. *APSI*. [Online] Novembro de 2007. [Citação: 2 de Fevereiro de 2012.] http://www.apsi.org.pt/24/pasi_sumario_novembro07.pdf.

APSI, Associação para a Promoção da Segurança Infantil. 2007. Publicações: Vale a pena crescer em Segurança: Evitar os Acidentes no primeiro ano de vida. *Associação para a Promoção da Segurança Infantil*. [Online] Agosto de 2007. [Citação: 15 de Novembro de 2011.] <http://www.apsi.org.pt/downloads/folheto2009b.pdf>.

BARROS, Sónia Maria Oliveira. 2007. A Importância da Pesquisa em Enfermagem. *Nursing*. [Online] Julho de 2007. [Citação: 6 de Abril de 2012.] <http://www.nursing.com.br/article.php?a=47>.

BAYLE, Filomena. 2005. A Parentalidade. [autor do livro] Isabel LEAL. *Psicologia da gravidez e da Parentalidade*. Lisboa : Fim de Século, 2005.

BESSA, Mariana. 2008. Alimentação no 1º Ano de Vida. *Portal da Criança*. [Online] Janeiro de 2008. [Citação: 20 de Outubro de 2011.] <http://www.portaldacrianca.com.pt/artigosa.php?id=34>.

BRAZELTON, T. Berry. 1998. *O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos*. s.l. : Editorial Presença, 1998. ISBN 9789722319300 .

CALÉ, Maria Etelvina de Sousa e VALENTE, Paula Maria. 2011. Informação e Vacinação. *DGS*. [Online] Dezembro de 2011. [Citação: 28 de Março de 2012.] <http://www.dgs.pt/>.

CANAVARRO, Maria Cristina e PEDROSA, Anabela Araújo. 2005. Transição para a Parentalidade - Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. [autor do livro] Isabel LEAL. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa : Fim de Século, 2005.

CASEY, Ann. 1993. Development and Use of Partnership Model of Nursisng Care. [autor do livro] GLASPER e Tucher. *Advances in Child Health Nursing*. London : Scutari, 1993.

CHALIFOUR, Jacques. 2008. *A Intervenção Terapêutica*. s.l. : Lusodidacta, 2008.

CONTREIRAS, Teresa, RODRIGUES, Emanuel e NUNES, Baltazar. 2011. *ADELIA 2006-2008 - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada - Relatório*. Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorg,IP (INSA), 2011. Depósito Legal:222106/05.

COSTA, Roberta e MONTICELLI, Marisa. 2005. Artigo de Revisão: Método Mãe-Canguru. *A Scientific Electronic Library Online* . [Online] 2005. [Citação: 6 de Dezembro de 2011.] <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a12v18n4.pdf>.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. REPE. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] [Citação: 15 de Dezembro de 2011.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. Legislação Geral. *IGF*. [Online] [Citação: 6 de Abril de 2012.] http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_437_91.htm.

DGS. 2012. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. *Direção-Geral da Saúde*. [Online] 2012. [Citação: 15 de Fevereiro de 2012.] <http://www.dgs.pt/>.

DGS. 2005. *Saúde Infantil e Juvenil - Programa Tipo de Atuação*. 2ª Edição. Lisboa : DGS, 2005. ISBN: 972-675-084-9.

DGS. 2010. Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade-orientação n.º001/2010. *DGS*. [Online] 16 de Setembro de 2010. [Citação: 10 de Novembro de 2011.] <http://www.arsalgarve.min->

saude.pt/site/images/centrodocs/Transporte_de_Criancas_em_Automovel_desde_a_alta_da_Maternidade.pdf.

DGS, Direcção Geral da Saúde. 2012. Programa Nacional de Vacinação. *Portal da Saúde*. [Online] 2012. [Citação: 28 de Março de 2012.] <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/vacinacao/vacinas.htm>.

DGS. 2006. *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação paraprofissionais de saúde*. Lisboa : DGCS, 2006.

DRE. 2009. Decreto-Lei n.º 281/2009. *Diário da República Eletrónico*. [Online] 6 de Outubro de 2009. [Citação: 20 de Janeiro de 2012.] <http://dre.pt/pdf1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>.

ESEP. 2009. Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família. *ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO*. [Online] Maio de 2009. [Citação: 22 de Fevereiro de 2012.] http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf. ISBN: 978-989-96103-2-3.

FANAROF, A. e KLAUS, M. 2001. *Nursing practice in the Neonatal Intensive Care Unit*. 5ª Edição. EUA : s.n., 2001. pp. 224-230.

FERREIRA, Manuela Maria da Conceição e COSTA, Maria da Graça Ferreira Aparício. 2004. CUIDAR EM PARCERIA: SUBSÍDIO PARA A VINCULAÇÃO PAIS/BEBÉ PRÉ-TERMO. *Millenium - Revista do ISPV - n.º 30*. [Online] Outubro de 2004. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/default.htm>.

FEUP, Unidade de Orientação e Integração da. 2006. Liderança e gestão de equipas. *FEUP*. [Online] 2006. [Citação: 10 de Fevereiro de 2012.] http://paginas.fe.up.pt/~contqf/qualifeup/UOI/documents/Docs_Workshops_Formacao/Manual%20de%20Lideranca%20e%20Gestao%20de%20Equipas.pdf.

GOMES, Giovana Calcagno e ERDMANN, Alacoque Lorenzini. 2005. O CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE A FAMÍLIA E A ENFERMAGEM À CRIANÇA NO HOSPITAL: uma perspectiva para a sua humanização. *Revista Gaúcha Enfermagem*. [Online] 2005. [Citação: 25 de Janeiro de 2012.] <http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/1549/1/ocuidadocompartilhado.PDF>.

GUERRA, Alberto José Varandas. 2006. Estratégias de Intervenção do Enfermeiro para a Redução do Stress da Criança Pré-Escolar no Serviço de Urgência. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem N° 213*. Setembro de 2006, pp. 12-18.

GUERRA, Nelson. 2011. GESTÃO EM ENFERMAGEM: “Assumimos a inovação e a sustentabilidade”. *Hospital do Futuro*. [Online] Fevereiro de 2011. [Citação: 26 de Março de 2012.] <http://hospitaldofuturo.org/profiles/blogs/gestao-em-enfermagem-assumimos>.

HEERMAN, J., WILSON, M. e WILHELM, P. 2005. Mothers in the NICU: Outsider to partner. *Pediatric Nursing*. 2005, pp. 176-200.

LEVY, L. e BERTOLO, H. 2008. Manual de Aleitamento Materno. *UNICEF*. [Online] 2008. [Citação: 10 de Dezembro de 2011.] http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf. ISBN: 96436.

LINHARES, Maria Beatriz Martins e DOCA, Fernanda Nascimento Pereira. 2010. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Sociedade Brasileira de Psicologia*. [Online] Dezembro de 2010. [Citação: 20 de Fevereiro de 2012.] <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a05.pdf>. ISSN 1413-389X.

MAHONEY, Gerald et al. 1999. Parent Education in Early Intervention: A Call for a Renewed Focus. *Topics in Early Childhood Special Education, v19 n3*. 1999, pp. 131-140.

MARQUES, A. et al. 2002. *Os afetos e a sexualidade na educação pré-escolar: Um guia para Educadores e Formadores*. Lisboa : Texto Editora, 2002. ISBN 972-47-211-2.

MARTINEZ, Elena Araujo, TOCANTINS, Florence Romijn e SOUZA, Sônia Regina. 2010. COMUNICAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. [Online] 13 de Outubro de 2010. [Citação: 26 de Fevereiro de 2012.] http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/768/pdf_63. ISSN 2175-5361.

MARTINS, J. C. 2007. Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. [Online] 2007. [Citação: 4 de Fevereiro de 2012.] http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf.

MARTINS, José Carlos Amado. 2008. Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. [Online] 2008. [Citação: 25 de Fevereiro de 2012.] http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf.

Matosinhos, (Serviço de Nutrição e Alimentação e Grupo de Saúde Infantil) - ULS. 2010. *Alimentação Infantil no 1º Ano de Vida - Guia de Aconselhamento*. Matosinhos : ULS Matosinhos, 2010.

MAZZA, Veronica Azevedo. 1998. A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL COMO FORMA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM: ENSINO E PRÁTICA. *Universidade Federal do Paraná*. [Online] 1998. [Citação: 30 de Janeiro de 2012.] http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/dissertacao_veronicamazza.pdf.

MCSP. 2008. Reunião sobre Enfermeiro de Família. *Ministério da Saúde*. [Online] 25 de Setembro de 2008. [Citação: 23 de Fevereiro de 2012.] http://www.mcspt.min-saude.pt/Imgs/content/page_56/Conclusoes_Workshop_Enf_Familia.pdf.

MELEIS, Afaf Ibrahim. 2010. *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York : Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

MENDES, E.N.W e BONILHA, A.L.L. 2003. PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM:uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. *Revista Gaúcha Enfermagem*. [Online] Abril de 2003. [Citação: 30 de Janeiro de 2012.] <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4442/2368>.

NASCIMENTO, Sandra e ANJOS, Sónia. 2011. QUEDAS EM CRIANÇAS E JOVENS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO (2000-2009) - RELATÓRIO FINAL – MAIO 2011. *Associação para a Promoção da Segurança Infantil*. [Online] Maio de 2011. [Citação: 13 de Dezembro de 2011.] http://www.apsi.org.pt/24/apsi-_estudo_quedas_2000-2009_-_relatorio_final.pdf.

NOVA, António Casa. 2008. A Eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do Enfermeiro. *Hospital do Futuro*. [Online] 2008. [Citação: 6 de Abril de 2012.] <http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?p=45>.

O.E. 2011. *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro de 2011. 2011. Vol. III. ISBN 978-989-8444-01-1.

O.E. 2010. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 2010. [Citação: 12 de Dezembro de 2011.] http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

OMS e UNICEF. 2008. *World report on child injury prevention*. s.l. : OMS; UNICEF, 2008. ISBN 978 92 4 156357 4.

PAIXÃO, Hugo Miguel Ferreira. 2009. FORMAÇÃO EM SERVIÇO DAS MOTIVAÇÕES AOS CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL. *Sinais Vitais*. [Online] Novembro de 2009. [Citação: 20 de Janeiro de 2012.] http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=459%3Ar revista-no-87-novembro-2009&catid=106%3Arevistas-2008-e-2009&Itemid=145&limitstart=6.

PEREIRA, A. L. 2003. Educação em Saúde. *Ensinando a Cuidar em Saúde Pública*. 2003.

PEREIRA, Maria Aparecida Diniz e BARBOSA, Sandra R. de Souza. 2007. O CUIDAR DE ENFERMAGEM NA IMUNIZAÇÃO: OS MITOS E A VERDADE. *Faculdade do Futuro*. [Online] 2007. [Citação: 3 de Março de 2012.] [http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20\(1\)%2076-88..pdf](http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20(1)%2076-88..pdf).

PETITCOLLIN, Christel. 2009. *Saber Comunicar com as Crianças*. [trad.] Maria das Mercês Peixoto. 2ª Edição. Lisboa : Editorial Presença, 2009.

PINHEIRO, M. F. R. 1994. Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Millenium -revista IPV*. [Online] 1994. [Citação: 14 de Janeiro de 2012.] <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>.

PORTUGAL., Ministério da Saúde. 2011. Plano Nacional da Saúde 2011-2016. *Alto Comissariado da Saúde*. [Online] Maio de 2011. [Citação: 6 de Abril de 2012.] http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS1_17-05-2011.pdf.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque. 2007. AS COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: COMO AS AFIRMAR E AS DESENVOLVER. *Forum Enfermagem*. [Online] Março de 2007. [Citação: 25 de Fevereiro de 2012.] http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147.

QUELHAS, Isabel. 2009. http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3779/1/Comunicacao-nac_2009_ICS_1526_Quelhas_Isabel_01.pdf. *UCP: Repositório Institucional*. [Online] Fevereiro de 2009. [Citação: 31 de Janeiro de 2012.] http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3779/1/Comunicacao-nac_2009_ICS_1526_Quelhas_Isabel_01.pdf.

REIS, Gina Maria Rodrigues. 2007. EXPECTATIVAS DOS PAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA. *Universidade do Porto - Repositório*. [Online] Abril de 2007. [Citação: 13 de Dezembro de 2012.] <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7262/2/Microsoft%20Word%20%20Tese%20Expectativas%20dos%20pais%20durante%20a%20hospi.pdf>.

RELVAS, A.P. 2004. *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. 3ª Edição. s.l. : Edições Afrontamento, 2004.

RIBEIRO, Circéa Amalia, et al. 2006. O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA: O SIGNIFICADO PARA OS PAIS. *Revista Sociedade Brasileira Enfermagem Pediátrica*. [Online] Dezembro de 2006. [Citação: 5 de

Fevereiro de 2012.] <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/23-o-brinquedo-terapeutico-na-assistencia-criana-o-significado.html>.

RIBEIRO, Olivério P., et al. 2008. Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Instituto Plitécnico de Viseu*. [Online] 16 de Dezembro de 2008. [Citação: 20 de Fevereiro de 2012.] <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>.

RODRIGUES, Luciana R Barbosa e MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa. 2008. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Online] 2008. [Citação: 5 de Abril de 2012.] vol. 61, núm. 3. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019606015.pdf>. ISSN (Versão impressa): 0034-7167.

SILVA, A. C. e PEDRO-GOMES, J. 2005. *Nutrição Pediátrica – Princípios Básicos*. Lisboa : Clinica Universitária de Pediatria: Hospital Santa Maria, 2005.

SILVA, Abel Paiva. 2007. "Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e Disciplina. *Revista Servir*. Janeiro-Abril de 2007, pp. 11-20.

SOARES, José Miguel. 2008. Eficiência versus Eficácia. *Hospital do Futuro*. [Online] 2008. [Citação: 8 de Abril de 2012.] <http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?p=35>.

SOUSA, Leilane Barbosa e BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. 2009. REFLEXÃO SOBRE O CUIDADO COMO ESSÊNCIA DA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM. *Scientific Electronic Library Online - SciELO* . [Online] Março de 2009. [Citação: 10 de Abril de 2012.] <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25.pdf>.

SPP. 2008. Documentação: TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO NO AUTOMÓVEL. *Sociedade Portuguesa de Pediatria - Secção de Neonatologia*. [Online] 22 de Fevereiro de 2008. [Citação: 20 de Janeiro de 2012.] <http://www.lusoneonatologia.com/pt/pagina/6/aospais-documentacao/>.

SPP, Secção de Neonatologia. 2007. "Nascer Prematuro - Um manual para os pais dos bebés prematuros". *Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro*.

[Online] 2007. [Citação: 15 de Janeiro de 2012.] <http://www.xxs-prematuros.com/familia.htm>.

TAMEZ, R. e SILVA, M. 1999. *Impacto do ambiente da UTI Neonatal no desenvolvimento*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A., 1999.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora, et al. 1998. LIDERANÇA E COMUNICAÇÃO NO CENÁRIO DA GESTÃO EM ENFERMAGEM. *Scielo*. [Online] 1998. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.6 n.5. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000500010&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0104-1169.

VIEIRA, Margarida. 2009. *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. [ed.] Lda. Universidade Católica Editora Unipessoal. 2ª Edição. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2009. ISBN 978-972-54-0195-8.

WAGNER, Adriana, et al. 2005. Estratégias de Comunicação Familiar: A Perspectiva dos Filhos Adolescentes. *Scielo*. [Online] 2005. [Citação: 7 de Abril de 2012.] <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27479.pdf>.

WHO. 2008. *The International code of marketing of breast-milk substitutes - Frequently asked questions*. Geneve : World Health Organization, 2008.

ANEXOS

ANEXO I – Horário Realizado

Serviço de Pediatria B – Hospital S. João

Dia/Mês	Nº de Horas
3/10	7,5
4/10	7,5
5/10	7,5
10/10	7,5
11/10	7,5
12/10	10,5
15/10	7,5
18/10	7,5
19/10	7,5
21/10	7,5
24/10	7,5
26/10	7,5
27/10	7,5
28/10	7,5
02/11	7,5
08/11	7,5
09/11	10,5
12/11	7,5
14/11	10,5
17/11	7,5
18/11	7,5
22/11	7,5
23/11	7,5
Total	181,5h

Serviço de Neonatologia – Hospital S. Sebastião

Dia/Mês	Nº de Horas
03/12	7,5
04/12	7,5
08/12	7,5
09/12	7,5
10/12	10,5
12/12	7,5
13/12	7,5
14/12	15,0
18/12	7,5
19/12	7,5
20/12	7,5
Total	93h

Serviço de Urgência Pediátrica – Hospital S. Sebastião

Dia/Mês	Nº de Horas
03/01	7
06/01	10
08/01	14
12/01	7
13/01	7
14/01	10
17/01	7
22/01	7
23/01	7
27/01	7
28/01	7
Total	90 Horas

ANEXO II – Sessão de Educação para a Saúde: “Alimentação da Criança
no 1º Ano de Vida”

ALIMENTAÇÃO



DA CRIANÇA NO 1.º ANO DE VIDA



Enf.ª Diana Bastos Silva
Enf.ª Raquel Gomes

Alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria
Universidade Católica Portuguesa
Orientadas pelas Enfermeiras Oriana Santos e Susana Torres do
Serviço Pediatria do Hospital S.João

Novembro de 2011

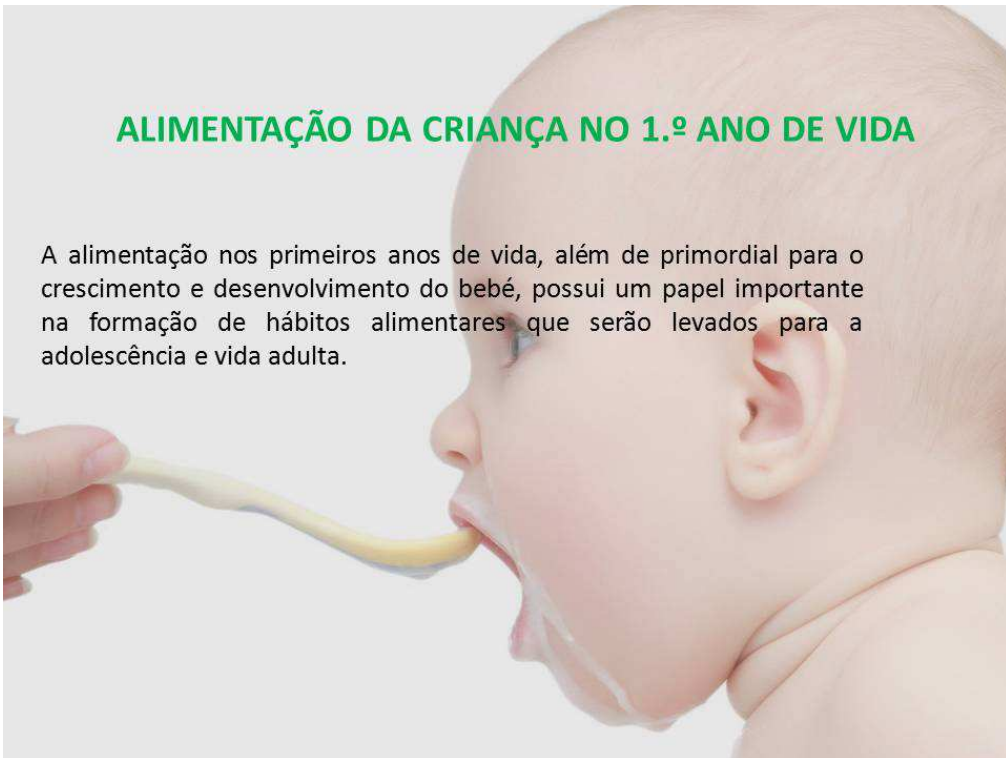
OBJECTIVOS:

- ❖ Sensibilizar para a importância do aleitamento materno;
- ❖ Ensinar sobre armazenamento e cuidados a ter com o leite materno;
- ❖ Ensinar sobre a preparação do leite artificial;
- ❖ Alertar para a importância da diversificação alimentar, de forma gradativa e adequada à idade da criança;



ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NO 1.º ANO DE VIDA

A alimentação nos primeiros anos de vida, além de primordial para o crescimento e desenvolvimento do bebê, possui um papel importante na formação de hábitos alimentares que serão levados para a adolescência e vida adulta.



ALEITAMENTO MATERNO

Segundo a OMS, o leite materno, além de representar a forma natural de alimentar uma criança nos primeiros meses de vida é o alimento ideal para o recém-nascido, e a amamentação exclusiva é defendida até ao 6.º mês por oferecer os nutrientes necessários para uma vida saudável.



•Complementação alimentar com outros alimentos (introdução gradativa)

•Manutenção da amamentação até os dois anos de vida



ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, perfeitamente adaptado à insuficiência digestiva e à imaturidade do recém-nascido (SILVA e PEDRO-GOMES: 2005)

VANTAGENS

- É a forma de alimentação mais saudável
- Benefícios para o RN(nutricional, GI, protecção imediata de algumas doenças infecciosas)
- Diminui a prevalência da diabetes tipo II na idade adulta
- Bem-estar emocional e psicológico para mãe e bebé
- Recuperação fisiológica após o parto (Involução uterina)
- Prevenção da obesidade
- Redução do risco de doença cardiovascular na idade adulta
- Orçamento familiar

(DES) VANTAGENS

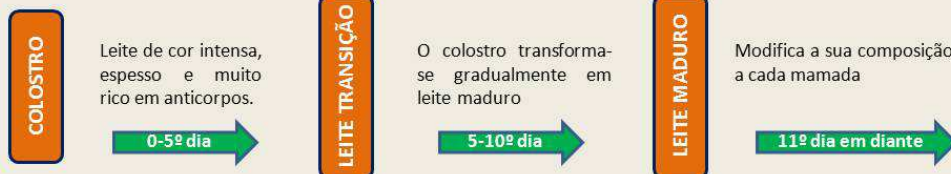
- Incompatível com uma vida socialmente activa
- Pudor/ barreiras sociais
- O ↑ prolactina pode ↓ desejo sexual



ALEITAMENTO MATERNO

LEITE MATERNO, O LEITE PERFEITO...

- É dinâmico, modifica a sua composição para satisfazer todas as necessidades nutricionais e imunológicas em transformação na criança
- É específico para as necessidades de cada recém-nascido (o leite nas mães de bebés prematuros é diferente do leite das mães de bebés de termo)
- Varia com a hora do dia e com o tempo de mamada





ALEITAMENTO MATERNO

FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DAS MAMADAS

- Varia segundo as necessidades individuais de cada recém-nascido, sendo diariamente de 8 a 12 refeições, durante o primeiro mês.
- Alguns bebês alimentam-se a cada 2 ou 3 horas nas 24 horas, outros alimentam-se por surtos, isto é, mamam de hora a hora durante 3 ou 5 mamadas e depois dormem por um período de 3 ou 4 horas entre os surtos.
- Pode ser necessário acordar o bebê de 3 em 3 horas durante o dia e pelo menos de 4 em 4 horas durante a noite para o alimentar, dado que o bebê necessita de um aporte de nutrientes maior, e também porque é vantajoso para a mãe, porque favorece estabelecimento e a manutenção da lactação.



ALEITAMENTO MATERNO

ARMAZENAR O LEITE MATERNO

- A remoção do leite materno para armazenar pode ser feita manualmente (compressão de mama com a mão) ou utilizando uma bomba (manual ou elétrica)
- Após a extração, o leite pode ser armazenado em recipientes de vidro ou plástico, biberões ou em sacos de plástico esterilizados, próprios para esse efeito
- Se tiver oportunidade, no local de trabalho deve retirá-lo com a frequência que o bebê mamará e guardar esse leite
- Sempre que estiver em casa, à noite ou logo pela manhã, e sempre que possível, deve amamentar o bebê. Assim a produção de leite poderá manter-se por mais tempo





ALEITAMENTO MATERNO

ARMAZENAR O LEITE MATERNO

O leite pode manter-se à temperatura ambiente durante 8 horas após a extracção e durante 48 horas no frigorífico, no fundo ou no meio do frigorífico nunca na porta.

Para congelar, o mais aconselhável é que seja em arca frigorífica (0º), durante 6 a 12 meses, sendo que num congelador comum, a segurança só está garantida durante 3 a 6 meses.



ALEITAMENTO MATERNO

CUIDADOS COM O LEITE MATERNO

Na altura de consumir o leite deve:

- descongelar lentamente, de preferência no frigorífico ou em água morna para uma descongelação mais rápida
- ser agitado para homogeneizar e evitar depósitos

Depois de descongelado deve:

- Ser consumido no prazo de 24 horas,
- Se descongelado com água morna deve ser utilizado nas 4 horas seguintes
- Não pode ser novamente congelado



O leite materno congelado não pode ser descongelado nem aquecido no microondas,



ALEITAMENTO ARTIFICIAL

O aleitamento artificial é usado quando:

- A mãe decide não amamentar;
- Os horários laborais da mãe são incompatíveis com o amamentar;
- É recomendado um leite especial devido às alergias da criança ou a necessidades nutricionais especiais;
- Ocasionalmente as mães não queiram amamentar;
- A produção do leite materno é insuficiente;
- Ocorrem problemas na amamentação;
- A criança é adoptada;
- Quando a mãe tem uma infecção activa, como a tuberculose.



ALEITAMENTO ARTIFICIAL

COMO ESCOLHER O BIBERÃO CERTO?

Existem no mercado vários tipos de biberões, por isso na hora da compra importa ter em atenção vários factores e escolher o que mais se enquadra para as necessidades de cada criança.

Assim, podemos encontrar:

- Biberões de plástico que são inquebráveis, mas deterioram-se com mais facilidade, por isso têm de ser substituídos de vez em quando. Os de vidro não têm esse inconveniente e preservam melhor o leite materno ... têm é que sobreviver às quedas!
- Biberões com uma abertura larga que são mais fáceis de encher e de limpar, são de 125 ml e 250 ml
- Biberões ergonómicos que facilitam que o bebé os agarre.
- Biberões “anti-cólicas”



GRADUAÇÃO BEM VISÍVEL E EM (ml)



ALEITAMENTO ARTIFICIAL



Leites Adaptados podem ser:

- Hipoalergénicos (H.A)
- Extensamente hidrolisados
- Enriquecidos com prebióticos
- Antiobstipante (A.O)
- Antiregurgitação (A.R)
- Para recém-nascidos pré-termo



Nutribén

Nestlé
Compleo Sanaolact
Crescer Sanaolact

Aptamil

Wyeth
Nutribon

LACTENTES

Para lactentes dos 0 aos 6 meses, desde que fortificadas em ferro

TRANSIÇÃO

Para crianças dos 6 aos 12 meses, como parte de uma dieta diversificada.

CRESCIMENTO

Destinados a crianças entre 1 e 3 anos de vida.



ALEITAMENTO ARTIFICIAL

CUIDADOS NA PREPARAÇÃO DO BIBERÃO...



1. Lavar as mãos
2. Preparar o material necessário (ESTERILIZADOS)
3. Colocar a água fervida e aquecida no biberão
4. Adicionar o pó na quantidade certa (para cada 30 ml de água 1 medida rasa)
5. Agitar para reconstituir o leite e evitar a formação de grumos
6. Testar a temperatura do leite
7. "Dar" o biberão num local tranquilo



- Os biberões, tetinas e acessórios devem ser esterilizados até o bebê completar 4 meses
- A água para diluição do leite deve ser potável e fervida previamente
- Quando não se utiliza o leite todo, deve-se deitar fora o restante, porque uma vez aberto, a sua composição altera-se
- Não reaquecer o leite pois este fermenta



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

A introdução do glúten não deve ser feita antes dos 6-7 meses. De preferência a ocorrer enquanto o lactente está a ser amamentado, para reduzir os riscos de desenvolvimento de doença celíaca.



O uso de sal e açúcar é desaconselhável na alimentação do lactente.

A utilização de leite de vaca é desaconselhada no primeiro ano de vida



Para o lactente aceitar um novo sabor, muitas vezes é necessário oferece-lo pelo menos 10 vezes em pequenas quantidades...



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Algumas questões ...

QUAL O NÚMERO REFEIÇÕES ADEQUADO?

O número apropriado de refeições depende da aceitação da criança, da quantidade de aleitamento materno ingerido, da densidade energética dos alimentos e da quantidade ingerida em cada refeição.

QUE QUANTIDADE DE COMIDA SE DEVE DAR?

A capacidade gástrica limita a quantidade de alimentos que o lactente pode ingerir e evolui de 10 a 20ml ao nascimento para 200ml ao fim do primeiro ano de vida.

Em média crianças alimentadas com leite materno necessitam de:
1-2 refeições/dia aos 4-6 meses,
2-3 refeições/dia aos 6-8 meses,
3-4 refeições/dia aos 9-24 meses

COMO SE INTRODUEM OS NOVOS ALIMENTOS NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA?

Os alimentos devem ser introduzidos de forma gradativa e respeitando sabor apropriado para a idade da criança e estágios de textura.

A regra principal é: um novo alimento só deve ser introduzido 5 a 7 dias após o anterior, para que se houver alguma intolerância a um alimento, esta possa ser detectada.



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

CONSISTÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO

4- 6 meses

- Alimentos semi-sólidos e macios (puré)



8 meses

- Alimentos amassados, desfiados, picados, cortados em pequenos pedaços



10 meses

- Alimentos granulados



12 meses

- O mesmo tipo de alimentos consumidos pela família, desde que tenham densidade energética e consistência adequadas



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

QUANDO INICIAR?

Entre os 4 e os 6 meses de vida e nunca depois dos 8 meses!

- as funções digestivas e renais do bebé ganham maturidade
- começa a conseguir sentar-se com ajuda e a ter um bom controlo da cabeça e do pescoço
- aparecimento de movimentos de mastigação
- perda do reflexo que leva o bebé a projectar, para fora da boca, tudo o que toca na parte anterior da língua



Não existem regras rígidas, nem verdades absolutas sobre a introdução da alimentação complementar.

Deve estar adaptada à realidade de cada lactente, assim como à realidade sócio-cultural.



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

QUE UTENSÍLIOS SÃO NECESSÁRIOS?



Prejudica a dinâmica oral e pode, confundir o lactente.



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- 4 meses -

PAPA DE CEREAIS

- Uma refeição por dia de consistência homogênea
- Até ao 6.º mês, utilizar apenas farinhas sem glúten

A maior proximidade de sabores entre o leite e a papa facilita a adaptação do bebé aos novos alimentos.



Farinha {

- Láctea** Contêm leite na sua composição. São preparadas apenas com água
- Não láctea** Não têm leite. São preparadas com o leite utilizado pelo bebé



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- 6 meses -

SOPA

- A 1.ª sopa deve ser um caldo de batata, cenoura, cebola e azeite em cru, aumentando-se a sua consistência gradualmente, até se tornar um puré
- Adicionar gradualmente novos vegetais ao puré, 1 por semana
- Pode adicionar ervas aromáticas como a salsa, a partir dos 8 meses
- Pode adicionar alho de 3 em 3 sopas



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

ALGUMAS SUGESTÕES...

SOPA ABÓBORA (obstipação)

1 batata média
1 fatia abóbora
1 cebola pequena

SOPA ARROZ (diarreia)

1 batata média
1 cenoura
3 colheres sopa arroz

SOPA CENOURA

1 batata média
1 fatia pequena abóbora
2 cenouras

SOPA ALFACE

1 batata média
1 cenoura
1 cebola pequena
3 folhas de alface



Sempre no final da sopa
Não deixar ferver!





DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- 6 meses -

FRUTA



- Primeiros frutos a serem introduzidos na alimentação ...
- As frutas podem ser oferecidas cozidas, assadas ou cruas se trituradas
- Devem ser oferecidas individualmente para permitir o treino do paladar
- A laranja pode ser introduzida pelos 9 meses

Frutas a evitar no 1.º ano de vida



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

SABIAM QUE...

A cor dos frutos e dos vegetais tem uma relação directa com a sua composição e riqueza em micronutrientes.

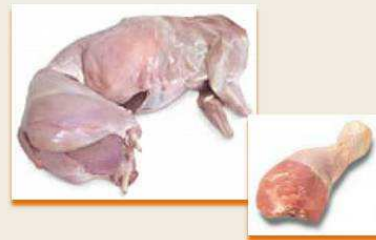
COR	FRUTOS E VEGETAIS	NUTRIENTES
	ervilha, alface, brócolos, espinafre, couve de Bruxelas, repolho, agriões, salsa e coentros	vitaminas antioxidantes (A, C e E) e quanto mais verde é a folha maior o teor de ferro e cálcio
	tomate, pimento, cereja, melancia, morango, framboesa	licopeno
	cenoura, pêsego, manga, abóbora, e papaia	betacaroteno que é pró-vitamina A sendo ainda o grupo dos citrinos particularmente ricos em vitamina C
	maça, pêra, pepino, cebola, alho, cogumelos	antioxidantes
	ameixa, beringela, uva, couve-roxa, beterraba, mirtilos	compostos fenólicos ou biflavonóides, importantes antioxidantes e são ainda fornecedores de magnésio e ferro



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

CARNE

- A introdução deve ser sucessiva e progressiva, inicialmente carne de frango, peru ou coelho, pelos 7 meses.
- Inicialmente no caldo de legumes e posteriormente nas outras preparações culinárias (farinha de pau, açorda, puré).
- 10 g de carne isenta de gorduras na 1.ª semana e 20 a 30g em diante.



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

PEIXE

- A introdução deve ser sucessiva e progressiva, inicialmente o peixe magro (pescada, linguado, solha, faneca) poderá ser introduzido depois do 7º mês e só depois o peixe gordo, por volta dos 10 meses
- Inicialmente no caldo de legumes e posteriormente nas outras preparações culinárias (farinha de pau, açorda, puré)
- 10 g de peixe na 1.ª semana e 20 a 30g em diante





DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

OVO

- O ovo é uma fonte de proteínas de grande valor biológico
- Pode ser progressivamente introduzido pelo 9º mês
- Deve começar-se por um quarto, seguido de metade e depois uma gema de ovo inteira cozida que se pode acrescentar à sopa de legumes.
- Não mais de 2 a 3 gemas por semana.
- O ovo substitui a carne ou o peixe.
- A clara do ovo e o ovo inteiro só devem ser introduzidos após os 12 meses.



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

LEGUMINOSAS SECAS

- As leguminosas secas são uma importante fonte de energia pelo seu teor em proteína vegetal, em hidratos de carbono complexos, minerais e fibra.
- Poderão ser introduzidas pelos 9 meses de idade (inicialmente o feijão frade, branco ou preto e a lentilha) sempre previamente bem demolhadas e inicialmente sem casca e em pequenas porções.
- A partir dos 11 meses, introduzem-se as leguminosas (feijão, ervilhas e grão), bem demolhadas, no geral com produtos hortícolas ou arroz, 2 vezes por semana e em pequenas quantidades.





DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

LEITE E IOGURTE

O iogurte, para além do interesse alimentar, tem valor como probiótico, beneficiando a criança ao melhorar o seu equilíbrio microbiano intestinal.

Pode oferecer iogurtes naturais, sem açúcar ou aditivos aos 9 meses que podem ser enriquecidos com polpa de fruta fresca que o bebé já tenha experimentado.



O leite de vaca em natureza não deve ser introduzido antes dos 12 meses de vida.



Existem agora no mercado iogurtes de leite adaptado que podem ser oferecidos ao bebé a partir dos 6 meses



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

AÇUCAR E SAL



O açúcar ajuda a saciar rapidamente a criança, pois fornece grande quantidade de energia, sem haver a oferta de nutrientes saudáveis.

Além disso contribui com:

- a formação de hábitos alimentares inadequados
- o desenvolvimento de cárie, quando surgir a primeira dentição



O sal não deve ser adicionado aos alimentos a serem fornecidos à criança.

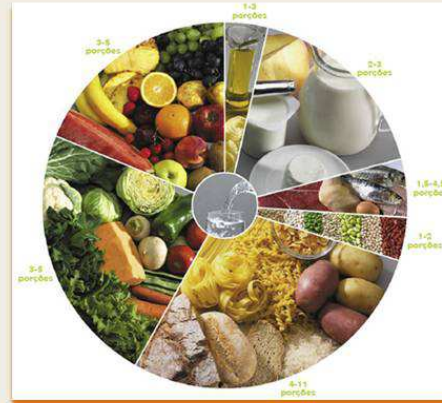
O sódio naturalmente existente nos alimentos é suficiente para as necessidades diárias.



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

ÁGUA

Com o início da diversificação alimentar é necessário oferecer água entre as refeições, principalmente nos dias quentes.



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- Introdução/ continuação
- Opcional
- Transição

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA DURANTE O 1.º ANO DE VIDA

	< 4 m	4 m	6 m	7 m	9 m	10m	11m	12 m	> 1 ANO
Leite materno e / ou leite adaptado	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Papa sem glúten (lática ou não lática)		Transição	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Papa com glúten (lática ou não lática)			Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Sopa sem carne, sem peixe e sem ovo			Transição	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Frutas – banana, maçã e pêra		Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Água	Opcional	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Ovo (gema)					Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
logurte natural					Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Sopa com carne de aves				Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Sopa com peixe magro - pescada, linguado, solha, faneca				Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Sopa com peixe gordo - salmão, atum, sardinha, cavala					Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Leguminosas secas (sem casca)					Transição	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Leguminosas secas						Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação	Introdução/ continuação
Clara de ovo e ovo inteiro									Introdução/ continuação

Bibliografia:



- ❖ BESSA, Mariana; “Alimentação da criança no 1º ano de vida”, Janeiro, 2008, em www.portaldacrianca.com.pt (consultado em 20 de Outubro de 2011);
- ❖ “Alimentação Infantil no 1º Ano de Vida “– Guia de Aconselhamento; ULS Matosinhos E.P.E; Janeiro, 2010;
- ❖ SILVA, A.C.; PEDRO-GOMES, J.; “Nutrição Pediátrica – Princípios Básicos Clínica Universitária de Pediatria,” Hospital Santa Maria, Lisboa, 2005;
- ❖ WHO – “The International code of marketing of breast-milk substitutes”, Frequently asked questions; World Health Organization, Geneve, Updated version, 2008.

E AGORA!
QUESTÕES...?

A collage of four photographs showing babies in various eating situations: a baby in a white chef's hat holding a spatula over a pan; a baby sitting inside a large, colorful polka-dot teacup; a woman feeding a baby with a spoon; and a baby eating from a plate of yellow and green food. To the right is a cartoon drawing of a stick figure with a hand on its chin, surrounded by several question marks, symbolizing a state of confusion or a question.

ANEXO III – Plano de Sessão de Educação para a Saúde: “Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida”



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

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

“Alimentação na Criança no 1º Ano de Vida”

Elaborado por:

Diana Bastos Silva

Raquel Gomes

Sob orientação das tutoras

Susana Torres e Oriana Santos

Porto, Novembro de 2011

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO

2 - CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

3 - SELEÇÃO DOS OBJETIVOS

4 - SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS

5 - SELEÇÃO DA METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE ENSINO

6 - PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE

7 - PLANEAMENTO DA AVALIAÇÃO

8 – CONCLUSÃO

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Módulo II de Estágio, a decorrer no serviço de Pediatria B do Hospital S.João, propusemo-nos a realizar uma Acção de Educação para a Saúde sobre o tema “Alimentação na Criança no Primeiro Ano de Vida” a pais de crianças até 1 ano de idade.

2 – CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

A escolha deste tema surgiu, em primeiro lugar por uma necessidade do serviço, logo no primeiro dia de estágio, a enfermeira especialista responsável alertou-nos para esta temática, pois tem constatado falta de conhecimentos por parte dos pais sobre alimentação e erros alimentares demonstrados por eles. Também emergiu, por vontade pessoal, pois entendemos que este assunto é actual, importante e certamente irá contribuir para ajudar os pais a adquirirem conhecimentos nesta área.

3 – SELECÇÃO DOS OBJECTIVOS

Neste item, pretendemos dar a conhecer o objectivo geral e os objectivos específicos.

Objectivo geral:

- Contribuir para aquisição de conhecimentos dos pais sobre alimentação da criança no primeiro ano de vida.

Objectivos específicos:

- Adquirir conhecimentos sobre importância do aleitamento materno;
- Armazenamento e cuidados a ter com o leite materno;
- Reconhecer os cuidados a ter na preparação do leite artificial;

- Adquirir conhecimentos sobre diversificação alimentar no primeiro ano de vida.

4 – SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS

Serão abordados os seguintes conteúdos:

- Aleitamento materno e suas especificidades;
- Como fazer o armazenamento do leite materno;
- Os substitutos de leite materno, características e modo de preparação;
- As necessidades alimentares da criança no primeiro ano de vida, especificidades e principais etapas na introdução de novos alimentos.

5 – SELECÇÃO DA METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE ENSINO

O método utilizado será o afirmativo/participativo, com apoio de projector multimédia. Devido a não se conhecer atempadamente a escolaridade dos pais será utilizada uma linguagem simples, clara e objectiva para uma melhor compreensão e apreensão de conhecimentos. No final será também distribuído um panfleto informativo acerca desta temática.

6 – PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

Neste item, pretendemos dar a conhecer a identificação da acção, bem como o plano de sessão de educação para a saúde.

6.1 – IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema: Alimentação na Criança no Primeiro Ano de Vida

População Alvo: Pais de bebés até 1 ano de idade

Local: Serviço de Pediatria B do Hospital S. João E.P.E

Data da acção de educação para a saúde: 18 de Novembro de 2011

Tempo previsto: 45 minutos

Horário: 13h30m

Formadores: Enfermeiras Diana Silva e Raquel Gomes

6.2 – PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE -“Alimentação na Criança no Primeiro Ano de Vida”

Estrutura	Conteúdo	Metodologia e Meios Auxiliares e Pedagógicos	Tempo
I Introdução	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do tema;▪ Identificação dos motivos que levaram à escolha do tema;▪ Apresentação dos objectivos da sessão.	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.	5'
II Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">▪ Aleitamento Materno;▪ Aleitamento Artificial;▪ Diversificação Alimentar.	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.	20'
III Conclusão	<ul style="list-style-type: none">▪ Realçar o conteúdo mais importante;▪ Fornecer um folheto alusivo ao tema.	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint	10'
IV Avaliação	<ul style="list-style-type: none">▪ Fornecimento de um questionário aos pais;▪ Esclarecer dúvidas.	Interactivo	10'

7 – PLANEAMENTO DA AVALIAÇÃO

A avaliação da sessão será feita com a aplicação de um pequeno formulário sobre o tema e esclarecimento de dúvidas. (ANEXO 1)

8 – CONCLUSÃO

Com a realização da acção de educação para a saúde sobre a Alimentação do bebé no primeiro ano de vida, pretendemos que os objectivos por nós traçados sejam alcançados, possibilitando aos pais, aumentarem os seus conhecimentos nesta área fundamental, já que a alimentação tem como objectivos prevenir doenças, evitar carências e desequilíbrios e cobrir as necessidades das crianças para que possam crescer e se desenvolver adequadamente.

Esperamos também desenvolver competências no planeamento e realização de AES.

ANEXO IV – Formulário para Avaliação da AES: “Alimentação da
Criança no 1º Ano de Vida”

Alimentação na Criança no 1º Ano de Vida

Este teste serve apenas para diagnóstico da formação realizada.

Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) cada uma das seguintes afirmações:

1. V Segundo a OMS, a amamentação exclusiva deve ser mantida até aos 6 meses, por oferecer os nutrientes necessários para uma vida saudável.
2. F O aleitamento materno tem mais desvantagens do que vantagens.
3. F O orçamento familiar é uma vantagem do aleitamento artificial.
4. V O colostro é o primeiro leite, rico em anticorpos, surge entre o 0-5º dia.
5. F O espaço entre as mamadas deve ser rígido, sendo sempre de 3/3 horas.
6. V Hoje em dia, é muito fácil armazenar leite materno, podemos usar sacos esterilizados próprios para o efeito.
7. F Para congelar leite materno por mais tempo (entre 6-12 meses), pode-se usar o nosso congelador comum.
8. V O aleitamento artificial é usado quando, por exemplo, a mãe decide não amamentar.
9. V Para preparar leite artificial deve-se ter em conta a medida certa (30 ml de água para 1 colher medida rasa).
10. F Deve-se introduzir vários alimentos ao mesmo tempo.
11. F É aconselhado o uso de sal e açúcar na confecção da alimentação da criança.
12. V Quando se inicia a alimentação diversificada o uso da colher é fundamental, o uso do biberão pode confundir o bebé.
13. F A primeira papa do bebé deve conter glúten.
14. V A primeira sopa do bebé deve ser um caldo, usando batata, cenoura, cebola.
15. V Deve-se usar azeite sempre no final da sopa, em crú no prato.
16. F No primeiro ano a criança pode comer todas as frutas como morango, kiwi.
17. F A introdução do ovo deve ser feita antes da carne.
18. V Deve-se usar, preferencialmente, peixe congelado a peixe fresco.
19. V Na preparação da carne e peixe deve-se ter atenção em remover espinhas e ossos antes de colocar na sopa.

20. V Na introdução da carne, na primeira semana deve-se preparar a sopa do bebé apenas com a água da cozedura da carne.
21. V As leguminosas secas como o feijão, lentilha devem ser introduzidas depois dos 9/10 meses.
22. F O leite de vaca deve ser dado antes do ano de idade.
23. V Existem no mercado iogurtes de leite adaptado, a partir dos 6 meses.
24. V Com o início da diversificação alimentar é necessário fornecer água entre as refeições.

Elaborado por: Enf^{as} Diana Silva e Raquel Gomes

(Alunas do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da
Universidade Católica Portuguesa)

Orientadas pelas Enfermeiras Susana Torres e Oriana Santos

Novembro, 2011

ANEXO V – Folheto Informativo: “Alimentação da Criança no 1º Ano de
Vida”

ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

INTRODUÇÃO DO LEITE E IOGURTE

- É muito desejável manter o Leite Materno e/ou Leite Adaptado até aos 2 anos de vida.
- O leite de vaca NUNCA pode ser introduzido ANTES DOS 12 meses.
- O iogurte pode ser introduzido a partir dos 9 meses se for: NATURAL e SEM açúcar. Pode adicionar fruta fresca que o bebé já tenha experimentado.
- A partir dos 6 meses pode introduzir iogurtes de LEITE ADAPTADO disponíveis no mercado.

REGRAS DE OURO

- **Introduza apenas um alimento diferente por semana** para que, caso ocorra alguma reacção alérgica se possa saber qual o alimento causador da alergia.
- Quando introduzir a carne e o peixe retire cuidadosamente pequenos ossos e espinhas!
- **Não é necessário adicionar sal ou açúcar** aos alimentos.
- A partir dos 4 meses, **ofereça água** entre as refeições.

Exemplos de Esquema Alimentar

- **4meses:** Substituir o leite à hora do lanche por papa sem glúten.
- **6meses:** Substituir o leite à hora do almoço por sopa e puré de fruta. Oferecer a papa com glúten ao lanche. Restantes refeições de leite.
- **8meses:** Substituir o leite à hora de jantar por sopa de peixe e fruta. Oferecer sopa de carne e fruta ao almoço e papa com glúten



Trabalho elaborado por: Enf.ªs Diana Silva e Raquel Gomes (Alunas do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica).

Orientadas pelas Enfermeiras Susana Torres e Oriana Santos de Serviço de Pediatria do Hospital S. João E.P.E.

Referências Bibliográficas:

BESSA, Mariana; “Alimentação da criança no 1º ano de vida”, Janeiro, 2008, em www.portaldacrianca.com.pt (consultado em 20 de Outubro de 2011);

“Alimentação Infantil no 1º Ano de Vida” – Guia de Aconselhamento; ULS Matosinhos E.P.E; Janeiro, 2010;

SILVA, A.C.; PEDRO-GOMES, J.; “Nutrição Pediátrica – Princípios Básicos Clínica Universitária de Pediatria,” Hospital Santa Maria, Lisboa, 2005;

WHO – “The International code of marketing of breast-milk substitutes”, Frequently asked questions; World Health Organization, Geneva, Updated version, 2008.

ALIMENTAÇÃO NA CRIANÇA NO 1º ANO DE VIDA



Serviço de Pediatria Médica, Hospital S.João E.P.E

Porto, Novembro de 2011

ALEITAMENTO MATERNO

Segundo a OMS, o leite materno é o alimento ideal para o recém-nascido, e a amamentação exclusiva é defendida até ao 6.º mês por oferecer os nutrientes necessários para uma vida saudável.

ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO

A remoção do leite materno para armazenar pode ser feita manualmente (compressão de mama com a mão) ou utilizando uma bomba (manual ou eléctrica).

O leite pode manter-se à temperatura ambiente durante 4 horas após a extracção e durante 48 horas no frigorífico, nunca na porta.

Para congelar, o mais aconselhável é que seja em arca frigorífica (0º), durante 6 a 12 meses, sendo que num congelador comum, a segurança só está garantida durante 3 a 6 meses.

PREPARAÇÃO LEITE ARTIFICIAL

1. Lavar as mãos;
2. Colocar a água fervida e aquecida no biberão;
3. Adicionar o pó na quantidade certa (para cada 30 ml de água 1 medida rasa);
4. Agitar para reconstituir o leite e evitar a formação de grumos;
5. Testar a temperatura do leite;

ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

AOS 4/5 MESES

Papa de cereais SEM GLUTÉN (láctea ou não láctea)

AOS 5/6 MESES

- **SOPA:** (a 1.ª sopa deve ser um **caldo** de batata, cenoura, 1 lasca de cebola e azeite em cru, aumentando a sua consistência até se tornar um **puré**).
- Pode introduzir um novo vegetal na sopa: um por semana! (alface, abóbora, couve branca...).
- Pode introduzir ervas aromáticas a partir dos 8 meses.
- **FRUTA:** Pode começar a oferecer fruta cozida, assada, passada e crua se for triturada.
- Ofereça: maçã, pêra e banana. Um fruto novo por semana!
- Durante o 1.º ano de vida EVITAR morango, kiwi, amora, laranja e maracujá. São frutas que podem causar alergias!

INTRODUÇÃO DA CARNE

- Pode iniciar pelos **7 meses** de vida
- Carnes com que pode iniciar: frango, peru ou coelho (introduzir uma carne diferente por semana e retirar todas as gorduras visíveis).
- 1.ª Semana: Preparar a sopa do bebé com a **ÁGUA DA COZEDURA DA CARNE** (cerca de 10g)

ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

INTRODUÇÃO DO PEIXE



- Pode iniciar pelos 8 meses de vida
- Peixes com que pode iniciar: Pescada, linguado, solha e faneca (introduzir um peixe diferente por semana). **ATENÇÃO** às ESPINHAS!
- Preferir peixe congelado a peixe fresco.
- 1.ª Semana: Preparar a sopa do bebé com a **ÁGUA DE COZEDURA DO PEIXE** (cerca de 10g)
- 2.ª Semana: Preparar a sopa com 20g de peixe
- Depois dos 10 meses, pode introduzir peixes gordos como o salmão e o atum

INTRODUÇÃO DO OVO



- Pode iniciar pelos **9 meses** de vida
- Iniciar com ¼ de gema, depois ½ gema e finalmente 1 gema inteira.
- Não oferecer mais que 2 a 3 gemas por semana
- O ovo substitui a carne e o peixe.
- A CLARA e o OVO INTEIRO só devem ser introduzidos após os 12 meses.

AS LEGUMINOSAS SECAS

- Pode iniciar pelos 10 meses
- Leguminosas com que pode iniciar: feijão-frade, feijão branco ou preto e lentilha.
- Ter o cuidado de demolhar e retirar a casca até aos 10 meses.
- Pode oferecer estas leguminosas 2 a 3x semana.



ANEXO VI – Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de Acidentes
na Criança no 1º Ano de Vida”

PREVENÇÃO DE ACIDENTES



NA CRIANÇA NO 1º ANO DE VIDA

Enf.ª Diana Bastos Silva

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa
Orientada pela Enf.ª Susana Torres do Serviço de Pediatria
do Hospital S.João

Novembro de 2011

OBJECTIVOS:

- ❖ Ensinar sobre transporte do bebé no automóvel;
- ❖ Dar a conhecer o tipo de acidentes que podem ocorrer de acordo com as fases de desenvolvimento da criança;
- ❖ Alertar para ambientes de perigo para a criança;
- ❖ Sensibilizar para ambientes saudáveis.



Brincar é a profissão das crianças!

É a brincar que desenvolvem novas capacidades e competências, que descobrem formas de resolver os problemas, que aprendem a relacionar-se com os outros e que crescem saudáveis!



Mas o mundo em que vivemos não é um mundo adaptado às crianças e por isso os acidentes acontecem com muita frequência, provocando muitas lesões graves e até mortes.



Evitar estes acidentes é missão dos adultos, que podem tornar os ambientes mais “amigos das crianças” e adoptar estratégias de prevenção que permitam reduzir as consequências mais graves.

Mas sem nunca esquecer que as crianças precisam de autonomia para correr, trepar, saltar e brincar!

APSI 2011



Características das Crianças no Primeiro Ano de Vida

É marcado por um rápido desenvolvimento e crescimento da criança.

Começam a explorar o meio que as rodeiam.

A Criança começa a virar-se, a agarrar as coisas, a gatinhar, a dar os primeiros passos...



Neste sentido, é muito importante que a criança esteja **Sempre** acompanhada por um adulto e que este lhe proporcione um **Ambiente Seguro**.



Transportar o Bebê no Automóvel

O bebê nunca deve ser levado ao colo. Um adulto não consegue segurar a criança em caso de embate.

Deve transportar sempre o seu bebê numa **cadeirinha própria**.

O uso de uma CADEIRINHA – (sistema de retenção) é VITAL!

Utilizar sempre **voltada para trás e correctamente instalada**.

Usar sempre **cinto de segurança**.

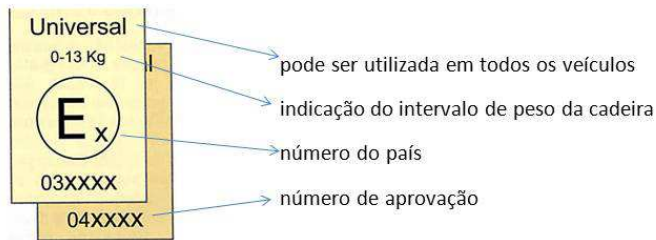
Se o seu carro tiver **airbag frontal, não pode instalar a cadeira no banco da frente**.

Salvo se, tiver carro de 2 lugares ou se desligar o airbag mas deve sempre transportar voltada para trás e com o banco puxado o mais atrás possível.



Escolha da Cadeirinha

Etiqueta E



Confirmar sempre a etiqueta para se assegurar que se encontra aprovada pelas normas internacionais. O número de aprovação deve começar por 03 ou 04.

HOMOLOGAÇÃO DAS CADEIRINHAS é OBRIGATÓRIA!

Escolha da Cadeirinha

CADEIRINHAS – GRUPO 0/0+

BABYCOQUES (0-13Kg)

Indicado desde o nascimento, para curtas distâncias ... e, a partir dos 3 meses de idade sem restrições. Colocada no banco de trás e virada para trás.



CADEIRINHAS – GRUPO 1 (9-18Kg)

Se o bebé já tiver idade suficiente para viajar sentado.

Esta será a escolha a fazer quando a cabeça do bebé já não ficar devidamente apoiada na cadeira anterior.



Escolha da Cadeirinha

Quando mudar de cadeira?

Grupo 0/0+ - quando o topo da cabeça passar do topo do encosto.

Grupo I/II - quando os pavilhões auriculares ultrapassarem o topo do encosto da cadeira.



Colocar o Bebé na Cadeirinha

Ajustar os cintos internos consoante o tamanho do bebé: apoiados sobre os ombros.

Usar protectores nos cintos superiores.

Colocar os cintos superiores por cima dos ombros, o cinto inferior entre as pernas e conectá-los.

Ajustar os cintos de forma a que passe apenas um dedo entre os ombros do bebé e o cinto.

Colocar o cinto de segurança sobre a cadeira voltada para trás: a parte inferior do cinto deve passar nos encaixes da frente e a parte superior deve passar nos encaixes de trás da cadeira.

Fixar o cinto, confirmando que a cadeira fica segura.



Voltado para a Frente ou para Trás?

Até aos 18 meses:

- Cadeira **sempre** voltada para **trás** (para assegurar a protecção do bebé em caso de choque frontal ou traseiro: a cabeça do bebé é grande e pesada e o pescoço é muito frágil).
- Transportar no banco traseiro – se impossível, desligar o airbag e transportar no banco da frente, voltada para trás e com o banco puxado o mais atrás possível.

Depois dos 18 meses:

Poderá ir voltada para a frente, MAS!!!!!!

IDEAL- voltada para trás até o mais tarde possível, 2 anos, 2 anos e meio, mas é muito recomendável até aos 4 anos .



No Automóvel tenha cuidado

Não dar alimentos ao bebé em andamento.

Nunca deixar o bebé sozinho no carro nem que seja por poucos minutos.

Colocar uma protecção para a janela de modo a proteger o seu bebé da luz do sol.

Não colocar o carrinho do bebé atrás de veículos estacionados.

Não deixar a criança gatinhar atrás de veículos estacionados.



1º MÊS

Embora o bebé não se mexa muito é importante realçar para os perigos que o rodeiam.

1º MÊS

Evitar Quedas

Colocar sempre **espreguiçadeiras e cadeirinhas no chão** e manter cintos de segurança apertados.

Nunca deixe o seu bebé sozinho em cima de uma mesa ou de um sofá. **Nem por um segundo!**

Prepare tudo o que precisar antes de dar banho, mudar fralda.

Não deixe outras crianças pegar no bebé quando não vigiadas por um adulto.



1º MÊS

Evitar Quedas

Se precisar deixar o bebê, por instantes, coloque-o no berço ou cama de grades.

Cuidado com o uso de alcofas, se tiver mesmo de usar escolha uma de estrutura rígida e lembre-se que a alcofa pode cair ou o bebê, ao mexer-se, pode desequilibrá-la, fazê-la rebolar e cair.

O melhor é comprar logo uma **Cama de grades**. A cama deve ser **estável e sólida**, e as grades devem ter no mínimo 60 cm de altura.

A distância entre as barras das grades deve ser inferior a 6 cm. Escolha uma cama que obedeça às normas de segurança europeias e um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades da cama. Se colocar uma protecção almofadada por dentro da cama, ao longo do colchão, deve prendê-la bem à grade de forma a não tombar sobre o bebê.



1º MÊS

Perigo de Asfixia



Para dormir, o bebê deve ser **deitado de costas** e a roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebê.

Pode optar por fazer meia cama ou colocar uma protecção nos pés do bebe para ele não escorregar para baixo dos lençóis.

Não coloque fios ao pescoço do seu bebê, nem mesmo para pendurar a chupeta.

Não ponha almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama.



1º MÊS

Queimaduras

Manter sempre os líquidos quentes – tais como a água, o café ou o chá – afastados da criança.

Antes de começar a dar o **BANHO**, deve verificar a temperatura da água, comece sempre por deitar primeiro a água fria e só depois a água quente.

Ao dar o **BIBERÃO**, deve certificar-se da temperatura do leite, entornando uma gota no pulso ou no dorso da mão.



2º MÊS

Mesmo não se virando ainda sozinho, o bebê pode rebolar.

2º MÊS

Evitar Quedas



Assim, para evitar **QUEDAS**, mantenha sempre uma mão em cima do bebé quando mudar a fralda, não o deixe em cima de sofás, ou outros móveis.

No carrinho de passeio prenda-o sempre com o cinto e trave o carrinho quando este estiver parado.

Não pendure sacos nas pegadas do carrinho pois este pode cair para trás.

Queimaduras Solares

Não se esqueça que os bebés são extremamente sensíveis aos raios solares, mesmo estando à sombra, use sempre protector solar de grau elevado recomendado pelo seu médico.

Não expor a criança ao sol antes dos 6 meses.

Nesta idade, o bebé não deve ir à praia ou a locais muito expostos ao sol, a não ser no início da manhã (até às 10h30) ou ao fim da tarde (depois das 18h30).



4º MÊS

Os bebés exploram com a boca os objectos que os rodeiam.

4º MÊS

Asfixia/ Aspiração



Por isso, os BRINQUEDOS devem ser macios, facilmente laváveis e suficientemente grandes para que não possam ser engolidos ou aspirados para os pulmões.

Retire partes soltas ou destacáveis, bem como fios compridos e não permita que o bebé use brincos, fios, pulseiras ou anéis pois podem **SUFOCAR a criança**.

Afogamento

Nunca deixe o bebé sozinho na **BANHEIRA**, mesmo que a quantidade de água seja muito pequena – **Basta meio palmo de água para uma criança se afogar**.

As "cadeiras de banho" para bebés são instáveis e podem voltar-se pelo que não devem ser utilizadas. Coloque um tapete anti-derrapante no fundo da banheira e lembre-se que os bebés ficam mais "escorregadios" com o sabonete e os óleos de limpeza.



4º MÊS

Queimadura



Tenha muito cuidado com a água a correr, que pode passar rapidamente de morna a muito quente.

Regule o termóstato do esquentador ou do termoacumulador para uma temperatura adequada.

Não se esqueça: se não tiver misturadora, deite a **água fria primeiro e só depois a quente**.

Brevemente, o seu bebé começará a comer **papas e purés de legumes**. Antes de lhes dar, mexa muito bem e certifique-se de que estão a uma temperatura razoável.

Atenção aos fornos de micro-ondas: os alimentos ficam mais quentes do que os recipientes e podem provocar queimaduras na boca - mude de prato, mexa muito bem e só então verifique a temperatura.



4º MÊS

Preparar a casa

Embora o bebé ainda não se desloque sozinho, comece a **PREPARAR A CASA** para quando ele o fizer, o que pode acontecer quando menos se espera.

Se não tem possibilidade de transformar o chão num local seguro, o melhor será adquirir um **PARQUE** e **habituar o bebé a gostar de estar nesse espaço**; procure um parque que obedeça às normas de segurança.



6º MÊS

Em breve, o seu bebé vai conseguir deslocar-se sozinho.

6º MÊS

É pois aconselhável que dê um passeio pela casa, mas com os seus olhos ao nível dos do bebé - ponha-se de joelhos (não tenha vergonha...) e tente **DETECTAR OS PERIGOS** que podem ameaçar o bebé ao nível do chão.

Queimaduras



Use **PROTECTORES DE TOMADAS** ou instale tomadas protegidas. Elimine todos os fios soltos e extensões ou proteja-os, bem como às fichas triplas. Verifique regularmente se não estão danificadas ou com fios descarnados.

Proteja as **LAREIRAS, radiadores** e outras fontes de aquecimento.



6º MÊS

Asfixia/ Aspiração

Tenha em atenção **OBJECTOS PEQUENOS**, como os botões na caixa de costura ou os brinquedos dos irmãos mais velhos espalhados pelo chão, assim como sacos de plástico que podem sufocar a criança.

As pilhas, além de poderem ser engolidas ou aspiradas, podem também intoxicar.

Quedas

Se tem **ESCADAS**, coloque **cancelas** que cumpram as normas de segurança, no primeiro e no último degrau.

As **JANELAS** e as **PORTAS** com acesso a varandas ou terraços, precisam de ser protegidas, colocando por exemplo, cancelas, fechos de segurança ou redes de protecção. Para arejar a casa, bloqueie as janelas com um dispositivo adequado ao tipo de janela de forma a que não abra mais do que 10 cm.







6º MÊS

Quedas

NUNCA utilize andarilhos ("aranhas", "voadores"). Os andarilhos provocam muitos acidentes – quedas, entalões, queimaduras, pancadas na cabeça quando o bebé vai para baixo da mesa,... Os andarilhos são muito perigosos e não ajudam a andar; pelo contrário, podem atrasar a aprendizagem.



Ponha **SEMPRE o cinto ao bebé quando o sentar** na cadeira alta e nunca o deixe sozinho. A cadeira deve ser bem estável e estar sempre **encostada a uma parede, de forma a não** poder cair para trás se outra criança se pendurar ou se o bebé tentar empurrar a mesa com os pés. Se usar uma cadeira de encaixar na mesa, esta deve ficar bem fixa, a mesa deve ser estável, pesada e sem tampo de vidro e nunca lhe coloque uma cadeira por baixo.



A partir do
9º MÊS até a
1 ano

Agora o seu bebé já se desloca com relativa facilidade

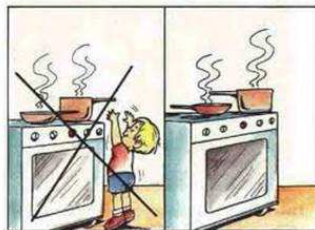
9º - 12º MÊS

O **perigo de acidentes** é ainda maior. Há coisas que julgamos que ele não é capaz de fazer mas que faz com grande facilidade.

Queimaduras

O bebé já é capaz de **puxar** uma toalha de mesa ou o fio do ferro eléctrico, ou **alcançar** **objectos** perigosos em cima de uma bancada.

Tenha atenção ao fogão: o bebé pode queimar-se gravemente na porta do forno ou pode puxar as pegas dos tachos, as panelas e frigideiras se ficarem voltadas para fora, podem queimar-se com alimentos e líquidos muito quentes.



9º - 12º MÊS

Queimaduras



NUNCA deve cozinhar com o bebé ao colo.

Nunca ponha panos sobre as lâmpadas ou candeeiros (com a boa intenção de diminuir a luz), porque podem incendiar-se. Cuidado também para o bebé não tocar em lâmpadas, que o atraem mas queimam.

Lesão Corporal

Proteja os cantos dos móveis e fixe bem objectos grandes ou pesados, como estantes ou a televisão, para que não possam tombar sobre a criança.

Oferecer brinquedos lisos e arredondados (madeira ou plástico).

Utilizar utensílios de plástico.

Evitar objectos pontiagudos e compridos.



9º - 12º MÊS

Intoxicações



Sempre que comprar produtos tóxicos ou corrosivos, escolha aqueles que possuem **tampa de segurança**.

Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, **fora do alcance e do olhar** das crianças.

Não arrume os produtos tóxicos junto de produtos inofensivos e **nunca mude** os produtos de umas embalagens para as outras nem os deite em garrafas de bebidas.

Seja ainda mais prudente com os produtos corrosivos.



9º - 12º MÊS

Asfixia/Aspiração

Ao fazer a introdução das refeições da família, tenha muita atenção aos alimentos duros e lisos, como os amendoins ou outros frutos secos, castanhas ou tremoços que podem **ENGASGAR** e sufocar. Deverá ter este cuidado até a criança ter 4 ou 5 anos.



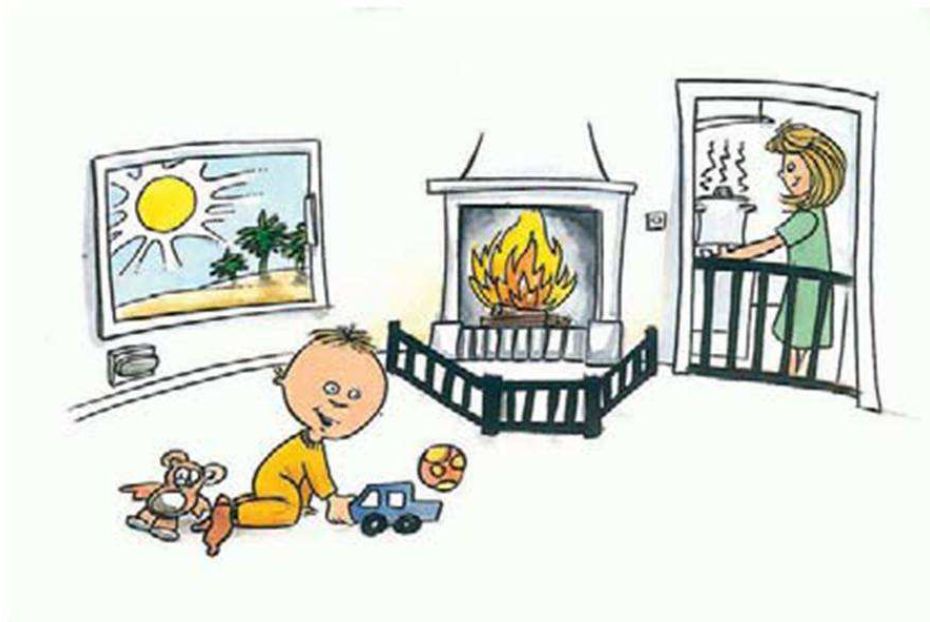
Afogamento

Não deixe banheiras, alguidares ou baldes cheios com água. Para as suas férias, prefira casas sem piscina ou com piscina vedada. Lembre-se que basta meio palmo de água para uma criança se **AFOGAR**.



AMBIENTE DE PERIGO PARA A CRIANÇA





CONTACTOS ÚTEIS



Saúde 24: 808 242 400

APSI: 218 870 161

Centro de Informação Antivenenos (CIAV): 808 250 143

Urgência Pediátrica do Porto: 22 55 12 100

INEM: 112

Bibliografia



•Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI), Vale a pena crescer em segurança. Evitar os acidentes no primeiro ano de vida, 3ª edição, 2007, disponível em <http://www.apsi.org.pt>. (Consultado em 1 de Novembro de 2011).

•Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade, Orientação da Direcção Geral da Saúde, nº 001/2010 de 16/09/2010.

•Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Conselhos de Segurança Rodoviária. Informação Técnica. Transporte de Crianças em Automóvel, Lisboa, 2010, disponível em: <http://www.ansr.pt/Default.aspx?tabid=134>. (Consultado em 4 de Novembro de 2011).

ANEXO VII – Plano de Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de
Acidentes na Criança no 1º Ano de Vida”



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

“Prevenção de Acidentes na Criança no 1º Ano de Vida”

Elaborado por:

Diana Bastos Silva

Sob orientação da tutora Susana Torres

Porto, Novembro de 2011

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO

2 - CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

3 - SELEÇÃO DOS OBJETIVOS

4 - SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS

5 - SELEÇÃO DA METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE ENSINO

6 - PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE

7 - PLANEAMENTO DA AVALIAÇÃO

8 - CONCLUSÃO

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Módulo II de Estágio, a decorrer no serviço de Pediatria B do Hospital S.João, propus-me a realizar uma Acção de Educação para a Saúde sobre o tema “Prevenção de Acidentes na Criança no Primeiro Ano de Vida” a pais de crianças até 1 ano de idade.

2 – CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

A escolha deste tema surge no seguimento do meu projecto de estágio “Caminhar para a Segurança da Criança”, pois entendo que este assunto é actual, muito importante e certamente irá contribuir para ajudar os pais a adquirirem conhecimentos nesta área e contribuir para que estejam atentos para os ambientes de perigo.

3 – SELECÇÃO DOS OBJECTIVOS

Neste item, pretendemos dar a conhecer o objectivo geral e os objectivos específicos.

Objectivo geral:

- Contribuir para aquisição de conhecimentos dos pais sobre prevenção de acidentes na criança no primeiro ano de vida.

Objectivos específicos:

- Adquirir conhecimentos sobre transporte do bebé no automóvel;
- Conhecer o tipo de acidentes que podem ocorrer de acordo com as fases de desenvolvimento da criança;
- Reconhecer ambientes de perigo para a criança;
- Promover ambientes saudáveis.

4 – SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS

Serão abordados os seguintes conteúdos:

- Transporte do bebé no automóvel e suas especificidades;
- Tipo de acidentes que podem ocorrer tendo em conta as fases de desenvolvimento da criança;
- Saber detectar ambientes de perigo para a criança;
- Como promover ambientes saudáveis para a criança.

5 – SELECÇÃO DA METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE ENSINO

O método utilizado será o afirmativo/participativo, com apoio de projector multimédia. Devido a não se conhecer atempadamente a escolaridade dos pais será utilizada uma linguagem simples, clara e objectiva para uma melhor compreensão e apreensão de conhecimentos. No final será também distribuído um panfleto informativo acerca desta temática.

6 – PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

Neste item, pretendemos dar a conhecer a identificação da acção, bem como o plano de sessão de educação para a saúde.

6.1 – IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema: Prevenção de Acidentes na Criança no Primeiro Ano de Vida

População Alvo: Pais de bebés até 1 ano de idade

Local: Serviço de Pediatria B do Hospital S. João E.P.E

Data da acção de educação para a saúde: 22 de Novembro de 2011

Tempo previsto: 45 minutos

Horário: 13h30

Formadores: Enfermeira Diana Bastos Silva

6.2 – PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE -“Prevenção de Acidentes na Criança no Primeiro Ano de Vida”

Estrutura	Conteúdo	Metodologia e Meios Auxiliares e Pedagógicos	Tempo
I Introdução	Apresentação do tema; Identificação dos motivos que levaram à escolha do tema; Apresentação dos objectivos da sessão.	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.	5'
II Desenvolvimento	Como Transportar no Automóvel; Tipo de acidentes que podem ocorrer de acordo com as fases de desenvolvimento; Ambientes de perigo para a criança; Ambientes saudáveis para a criança.	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.	20'
III Conclusão	Realçar o conteúdo mais importante; Fornecer um folheto alusivo ao tema.	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.	10'
IV Avaliação	Fornecimento de um questionário aos pais; Esclarecer dúvidas.	Interactivo	10'

7 – PLANEAMENTO DA AVALIAÇÃO

A avaliação da sessão será feita com a aplicação de um pequeno formulário sobre o tema e esclarecimento de dúvidas.

8 – CONCLUSÃO

Com a realização da acção de educação para a saúde sobre a Prevenção de acidentes na criança no primeiro ano de vida, pretendemos que os objectivos por nós traçados sejam alcançados, possibilitando aos pais, aumentarem os seus conhecimentos nesta área fundamental, já que a alimentação tem como objectivos prevenir doenças, evitar carências e desequilíbrios e cobrir as necessidades das crianças para que possam crescer e se desenvolver adequadamente.

Esperamos também desenvolver competências no planeamento e realização de AES.

ANEXO VIII – Formulário para Avaliação da AES: “Prevenção de
Acidentes na Criança no 1º Ano de Vida”

Prevenção de Acidentes na Criança no 1º Ano de Vida

Este teste serve para diagnóstico da formação realizada.

Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) cada uma das seguintes afirmações:

1. O papel dos adultos é proporcionar um ambiente seguro às crianças.
2. O uso do sistema de retenção (cadeira, cinto de segurança) evita a maior parte das mortes por acidente rodoviário.
3. Não é necessário confirmar a etiqueta de aprovação para se assegurar que se encontra aprovada pelas normas internacionais.
4. A cadeira de transporte no automóvel deve, idealmente, circular voltada para trás até aos 2 anos, 2 ½ anos de idade.
5. Para transportar a cadeirinha no banco traseiro é necessário desligar o airbag e puxar o banco do passageiro o mais atrás possível.
6. Deve-se trocar de cadeira quando os pavilhões auriculares ultrapassarem o topo do encosto da cadeira (Grupo 0/0+) e quando o topo da cabeça passar do topo do encosto (Grupo I/II).
7. É necessário apertar sempre os cintos internos da cadeira e colocar o cinto de segurança devidamente para que esta fique fixa, mesmo que seja uma viagem curta.
8. Antes de oferecer alimentos à criança, deve-se testar a sua temperatura.
9. Ao preparar o banho deve-se colocar primeiro a água quente e só depois a fria.
10. Basta um palmo de água para uma criança se afogar.
11. Deixar a criança sozinha a tomar banho é um modo de promover a autonomia.
12. Não existe problema em cozinhar com o bebé ao colo.
13. De modo a prevenir a asfixia, o bebé deve ser colocado de lado na cama, com os pés encostados ao fundo da cama, a roupa não deve cobrir a cabeça.
14. Brincos, fios, pulseiras, anéis, ganchos, moedas e sacos plásticos podem sufocar o bebé.
15. Manter fora do alcance e do olhar da criança todos os produtos tóxicos.

16. Trocar as embalagens dos medicamentos ou produtos de limpeza por outras (alimentos) é aconselhável.
17. O uso de andarilhos é aconselhado.
18. O cinto de segurança deve ser sempre colocado quando sentar o bebé na cadeira alta (alimentação), esta deve estar encostada à parede e estável.
19. Deve-se permitir que a criança brinque com os animais domésticos e outras crianças pequenas, sem necessidade de supervisão.
20. Não deixar o bebé sozinho perto de baldes, tanques ou piscina.
21. O carrinho do bebé deve ser travado quando parado.
22. Não pendurar sacos nas pegas do carrinho do bebé.
23. A criança deve gatinhar livremente para explorar novas áreas, mesmo atrás de carros estacionados.
24. A criança deve ser exposta ao sol antes dos 6 meses, para permitir a fixação de Vit.D.
25. Não deve ir à praia ou a locais muito expostos ao sol entre as 11h e as 16h.

Elaborado por: Enf.^a Diana Silva

(Aluna do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da
Universidade Católica Portuguesa)

Orientada pela Enfermeira Susana Torres

Novembro, 2011

ANEXO IX – Folheto Informativo: “Prevenção de Acidentes na Criança no
1º Ano de Vida”

2º MÊS
"O seu bebé já pode rebolar"

Mantenha sempre uma mão em cima do bebé quando mudar a fralda.

Não o deixe em cima de sofás, ou outros móveis.

No carrinho - imobilizar o bebé com o cinto, travar o carro quando parado e não pendurar sacos nas pegas.

Cumprir os horários de segurança para a ida à praia (até as 10h30 e depois das 18h30).

Não expor crianças até aos seis meses ao sol.



4º MÊS
"Os bebés exploram com a boca o ambiente que os rodeiam"

Oferecer brinquedos macios, grandes e laváveis.

Não permita que o bebé use brincos, fios, pulseiras ou anéis.

Não deixe o bebé sozinho na banheira "Basta meio palmo de água para uma criança se afogar".

Teste a temperatura dos alimentos.



6º MÊS
"Em breve, o seu bebé vai deslocar-se sozinho"

Use protectores de tomadas, esconda fios eléctricos.

Proteger as fontes de aquecimento (lareiras, radiadores, fogão).

Usar bloqueadores nas janelas para que não abram mais de 10 cm.

Proteger janelas, portas, acessos a varandas e terraços.

Usar cancelas nas escadas.

Não usar andarilhos.



9º-12º MÊS
"O seu bebé já se desloca com facilidade"

Manter a criança afastada de líquidos quentes.

Usar frascos de segurança.

Não trocar as embalagens.

Utilizar utensílios de plástico.

Evitar objectos pontiagudos e compridos.



INEM: 112; Saúde 24: 808 242 400, Urgência Pediátrica do Porto: 22 55 12 100
Centro de Informação Antivenenos (CIAV): 808 250 143

Trabalho realizado por Enf.ª Diana Bastos Silva (Aluna da Universidade Católica Portuguesa - Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Referências Bibliográficas:
Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI). Vale a pena crescer em segurança. Evitar os acidentes no primeiro ano de vida. 3ª edição. disponível em <http://www.apsi.org.pt>. (Consultado em 1 de Novembro de 2011).
Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. Orientação da Direcção Geral de Saúde, nº 001/2010 de 16/09/2010.
Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Conselhos de Segurança Rodoviária. Informação Técnica. Transporte de Crianças em Automóvel. Lisboa 2010. disponível em: <http://www.ansr.pt/Default.aspx?tabid=134> (Consultado em 4 de Novembro de 2011).

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

NA CRIANÇA NO 1º ANO DE VIDA



Porto, Novembro de 2011

PREVENÇÃO DE ACIDENTES - 1º ANO DE VIDA

O 1º Ano de Vida da Criança é marcado por um rápido crescimento e desenvolvimento.

Começam a virar-se, a agarrar as coisas, a gatinhar, a dar os primeiros passos...

As crianças devem estar SEMPRE acompanhadas por um adulto, que lhes proporcione um AMBIENTE SEGURO.

Transportar o Bebé no Automóvel

Deve transportar sempre o seu bebé numa **cadeirinha própria**.

O uso de uma CADEIRINHA – (sistema de retenção) é VITAL!

Utilizar sempre **voltada para trás e correctamente instalada**.

Usar sempre **cinto de segurança**.

Se o seu carro tiver **airbag frontal, não pode instalar a cadeira no banco da frente**.

Salvo se, tiver carro de 2 lugares ou se desligar o airbag mas deve sempre transportar voltada para trás e com o banco puxado o mais atrás possível.



Ter em Atenção

O bebé nunca deve ser levado ao colo.

Não dar alimentos ao bebé em andamento.

Nunca deixar o bebé sozinho no carro nem que seja por poucos minutos.

Colocar uma protecção para a janela de modo a proteger o seu bebé da luz do sol.

Não colocar o carrinho do bebé atrás de veículos estacionados.



Ainda existe a noção que, durante o primeiro ano de vida, os bebés pouco mais fazem do que comer e dormir.

Mas não é assim! O perigo espreita quando menos se espera e, mesmo logo após o nascimento, o seu bebé pode, por exemplo, cair, queimar-se, ser vítima de um acidente no carro.

(APSI, 2011)

1º MÊS

Nunca deixar o bebé sozinho.

Colocar cadeiras e espreguiçadeiras no chão e manter cintos apertados.

Proteger dos animais e crianças pequenas.

Escolher a cama de acordo com as normas de segurança.

Deitar o bebé de costas.

Não colocar na cama almofadas, brinquedos, laços, fraldas...

Não coloque fios ao pescoço do seu bebé, nem mesmo para pendurar a chupeta.

No banho deitar primeiro água fria e depois a quente.

Testar a temperatura do biberão.



ANEXO X – Sessão da Formação em Serviço: “Segurança Rodoviária –
Transporte do Bebê no Automóvel”

SEGURANÇA RODOVIÁRIA



Transporte Do Bebê no Automóvel

Enf.ª Diana Bastos Silva

Aluna do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Universidade Católica Portuguesa
Orientada pela Enf.ª Carla Silva do Serviço de Neonatologia
do Hospital S. Sebastião

OBJECTIVOS:



- ❖ Ensinar sobre o transporte do recém-nascido no automóvel;
- ❖ Ensinar sobre o sistema de retenção para crianças do grupo 0+ - "babycoque";
- ❖ Dar a conhecer os aspectos importantes na escolha e cuidados com este SRC;

Os bebés são muito frágeis .
No carro precisam de cuidados especiais ...



TRANSPORTE DO BEBÉ NO AUTOMÓVEL

“Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal. A criança deve ser sempre transportada no automóvel com um sistema de retenção adequado ao peso e à idade da criança. “¹

A primeira viagem do recém-nascido em automóvel deve ser segura, motivo pelo qual é fundamental sair da maternidade já numa cadeira apropriada.

¹OLIVEIRA, Graça – “Transporte do recém-nascido no automóvel”, Março, 2011. Disponível em: www.conhecersaude.com/dra-maria-graca-rocha-oliveira.html

TRANSPORTE DO BEBÉ NO AUTOMÓVEL

Também a Direcção Geral da Saúde recomenda que “a segurança no automóvel comece antes do nascimento, nesse sentido o sistema de retenção para crianças (SRC) deve ser adquirido antes do nascimento.”²



Os Enfermeiros nas Unidades de Neonatologia podem ter um papel mais activo na promoção da segurança no automóvel, na medida em que, podem aconselhar os pais de bebés prematuros que ainda não tenham adquirido as cadeirinhas.

²Orientação da Direcção Geral da Saúde, nº 001/2010 de 16/09/2010.



TRANSPORTE DO BEBÉ NO AUTOMÓVEL

❑ Logo à saída da maternidade, o recém-nascido deve viajar num SRC voltado para trás (VT). Só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos, em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente.²

Estes SRC **reduzem, entre 90 e 95%**, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças.



²Orientação da Direcção Geral da Saúde, nº 001/2010 de 16/09/2010.

TRANSPORTE DO BEBÉ NO AUTOMÓVEL

O uso de sistema de retenção para crianças é VITAL

- ❑ Evita a ejeção;
- ❑ Impede que a criança se transforme num projectil;
- ❑ Distribui os esforços pelas partes do corpo mais resistentes;
- ❑ Impede a secção da coluna cervical, conhecida como decapitação interna.



SISTEMAS DE RETENÇÃO

Os sistemas de retenção para crianças são classificados em 5 grupos de peso: 0, 0+, I, II e III. A cada grupo corresponde um intervalo de peso. Alguns sistemas de retenção abrangem mais do que um grupo de peso. ²

Grupo	Peso	Idade (aprox.)	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais		De lado
0+	Até 13 Kg	Até 12-18 meses	Virada para Trás (VT)
0+/I ou I	Até 18 Kg	12 meses - 3/4 anos	Virada para Trás (VT)
0+/I ou I	Até 18 Kg	18 meses - 3/4 anos	Virada para a frente (VF)
II/III	15-36 Kg	4/6 anos - 12 anos	Virada para a frente (VF)
III	22-36 Kg	8/9 anos - 12 anos	Virada para a frente (VF)

Quadro 1 – Grupos de cadeiras mais adequadas, de acordo com o peso e a idade da criança.

²Orientação da Direcção Geral da Saúde, nº 001/2010 de 16/09/2010.

O SISTEMA RETENÇÃO: “BABYCOQUE”

BABYCOQUES - Grupo 0+ (0-13Kg)

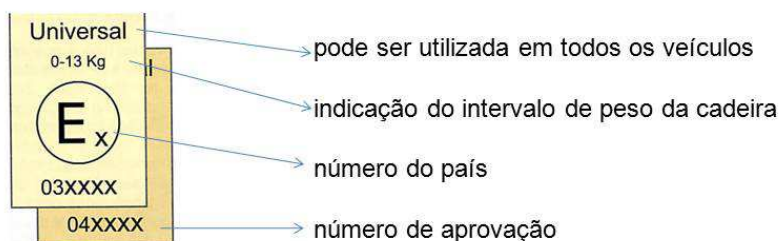
•Indicado desde o nascimento, para curtas distâncias, permite viajar semi-sentado desde o primeiro dia. ... e, a partir dos 3 meses de idade sem restrições. Os músculos do pescoço do bebé já estão mais fortes e esta posição garante-lhe uma boa postura das costas.

Aspectos importantes:



Deve ter a etiqueta para assegurar que se encontra aprovada pelas normas internacionais. O número de aprovação deve começar por 03 ou 04.

HOMOLOGAÇÃO DAS CADEIRINHAS é OBRIGATÓRIA!



O SISTEMA RETENÇÃO: “BABYCOQUE”

Aspectos importantes (cont.):

- ❑ Deve ser funda e alta dos lados para acolher o bebé e minimizar o impacto do choque em caso de embate;
- ❑ Ter um redutor para apoio cervical e lombar;
- ❑ Ter cintos ajustáveis para se adaptarem ao crescimento da criança;
- ❑ Estes deverão ter protecções almofadadas na zona dos ombros;



O SISTEMA RETENÇÃO: “BABYCOQUE”

Aspectos importantes (cont.):

- ❑ A pega do babycoque, no automóvel, deve estar sempre para a frente.
- ❑ Pode ter sistema Isofix, mas o mais importante é prender com os cintos;
- ❑ As alcofas são boas para os bebés descansarem, mas **NUNCA** para o transporte automóvel.



- ❑ Atenção as cadeirinhas usadas!



COMO TRANSPORTAR A CRIANÇA NO AUTOMÓVEL

O bebé nunca deve ser levado ao colo. Um adulto não consegue segurar a criança em caso de embate.

Este deve ser transportado numa **cadeirinha própria**.

O uso do sistema de retenção é fundamental

Utilizar sempre **voltada para trás e correctamente instalada**.

Usar sempre **cinto de segurança**.

Só se deve transportar o bebé **no banco da frente** se o carro for de 2 lugares ou se o airbag estiver desligado mas sempre transportar a cadeira voltada para trás e com o banco puxado o mais atrás possível.



COMO TRANSPORTAR A CRIANÇA NO AUTOMÓVEL

A cadeira voltada para trás e o airbag são incompatíveis.

O airbag abre numa fracção de segundos e de forma muito violenta e, como a cadeira fica muito próxima, ocupa o espaço que o airbag precisa para abrir em caso de embate.

A violência do embate nas costas da cadeira pode causar a morte instantânea da criança!



VOLTADA PARA A FRENTE OU PARA TRÁS - Idades

Até aos 18 meses:

• Cadeira **sempre** voltada para **trás** (para assegurar a protecção do bebé em caso de choque frontal ou traseiro)

Depois dos 18 meses:

Poderá ir voltada para a frente, se for mesmo necessário, MAS!!!!

IDEAL- As crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos. Esta é a posição mais segura para as transportar no automóvel, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça. ²



Voltado para frente/
Voltado **para** atrás



²Orientação da Direcção Geral da Saúde, nº 001/2010 de 16/09/2010.

COLOCAR O BEBÉ NO SRC - BABYCOQUE

- Ajustar os cintos internos consoante o tamanho do bebé: apoiados sobre os ombros.
- Usar protectores nos cintos superiores.
- Colocar os cintos superiores por cima dos ombros, o cinto inferior entre as pernas e conectá-los.
- Ajustar os cintos de forma a que passe apenas um dedo entre os ombros do bebé e o cinto.
- Colocar o cinto de segurança sobre a cadeira voltada para atrás: a parte inferior do cinto deve passar nos encaixes da frente e a parte superior deve passar nos encaixes de trás da cadeira.
- Fixar o cinto, confirmando que a cadeira fica segura.

CUIDADOS COM O SRC - BABYCOQUE

- Colocar sempre espreguiçadeiras e cadeirinhas no chão e manter cintos de segurança apertados.
- Regra: Apertar cintos quando se coloca o bebé e remover somente quando se vai tirar o bebé.
- No carrinho de passeio prender sempre com o cinto e travar o carrinho quando este estiver parado.
- Não pendurar sacos nas pegas do carrinho pois este pode cair para trás.
- Não colocar o carrinho do bebé atrás de veículos estacionados.



FACTOS...

As cadeirinhas voltadas para trás salvam a vida de 9 em cada 10 crianças, em caso de acidente. Mas, em Portugal, são muito raras as crianças com mais de 12 meses que viajam com o nível de protecção ideal apesar de ser reconhecida a importância de continuar a usar a cadeirinha voltada para trás até aos 4 anos para proteger eficazmente a cabeça e o pescoço frágil das crianças.³ **APSI**



"Há alguns anos, considerava a APSI fundamentalista por dizer que as crianças deviam viajar em "cadeirinhas" viradas para trás pelo menos até aos 18 meses. A experiência pessoal vivida na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos alterou a minha visão, nomeadamente dois casos de crianças transportadas viradas para a frente que foram vítimas de acidentes de viação, dos quais resultaram lesões cervicais e cerebrais graves. A menina que tinha 12 meses vive em estado vegetativo sem autonomia respiratória. O rapaz de 18 meses morreu algum tempo depois. Acompanhar estas tragédias fez-me pensar de modo diferente. Hoje, defendo junto dos Pais a necessidade de manter as crianças voltadas para trás pelo menos até aos 18-24 meses"

Prof. José M. Aparício, Pediatra e Intensivista Pediátrico, no Porto.

³Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI). Vale a pena crescer em segurança. Evitar os acidentes no primeiro ano de vida, 3ª edição, disponível em <http://www.apsi.org.pt>

BIBLIOGRAFIA:



❑ OLIVEIRA, Graça – “Transporte do recém-nascido no automóvel”, Março, 2011. Disponível em: www.conhecersaude.com/dra-maria-graca-rocha-oliveira.html. (Consultado em 10 de Dezembro de 2011).

❑ Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade, Orientação da Direcção Geral da Saúde, nº 001/2010 de 16/09/2010.

❑ Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Conselhos de Segurança Rodoviária. Informação Técnica. Transporte de Crianças em Automóvel, Lisboa, 2010. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Default.aspx?tabid=134>. (Consultado em 4 de Dezembro de 2011).

❑ Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI), Vale a pena crescer em segurança. Evitar os acidentes no primeiro ano de vida, 3ª edição, disponível em <http://www.apsi.org.pt>. (Consultado em 5 de Dezembro de 2011).

**MUITO
OBRIGADA**



ANEXO XI – Plano da Formação em Serviço “Segurança Rodoviária –
Transporte do Bebé no Automóvel”



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

“SEGURANÇA RODOVIÁRIA – TRANSPORTE DO BEBÉ NO AUTOMÓVEL”

(Plano da Formação em Serviço)

Elaborado por:

Diana Bastos Silva

Sob orientação da Tutora Carla Silva

Santa Maria da Feira, Dezembro de 2011

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO

2 - CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

3 - SELEÇÃO DOS OBJETIVOS

4 - SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS

5 - SELEÇÃO DA METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE ENSINO

6 - PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE

7 - PLANEAMENTO DA AVALIAÇÃO

8 - CONCLUSÃO

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Módulo III de Estágio, a decorrer no serviço de Neonatologia do Hospital de S. Sebastião, propus-me a realizar uma formação sobre o tema “Segurança Rodoviária – Transporte do Bebé no Automóvel” aos enfermeiros da unidade de neonatologia do referido hospital.

2 – CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Após questionar sobre as necessidades formativas dos enfermeiros da unidade a minha tutora sugeriu o tema “Segurança Rodoviária – Transporte do Bebé no Automóvel”, uma vez que entende que podem existir algumas lacunas, por parte dos colegas, sobre esta temática. Para mim este tema foi uma ótima escolha, uma vez que pode dar continuidade ao meu projeto de estágio “Caminhar para a Segurança da Criança”. Entendo que este assunto é atual, muito importante e certamente irá contribuir para os enfermeiros poderem aconselhar, orientar e ensinar os pais dos bebés desta unidade sobre escolha dos sistemas de retenção para crianças (SRC) e o transporte do bebé no automóvel. É minha intenção dar mais ênfase ao SRC do grupo 0+, pois é aquele que é indicado para recém-nascidos e deve ser o foco da atenção destes enfermeiros para a preparação da alta da maternidade.

3 – SELECÇÃO DOS OBJETIVOS

Neste item, pretendemos dar a conhecer o objetivo geral e os objectivos específicos.

Objetivo geral:

- Contribuir para a sedimentação de conhecimentos dos enfermeiros da unidade de neonatologia sobre segurança rodoviária do bebé.

Objetivos específicos:

- Conhecer os aspetos importantes na escolha e cuidados com o sistema de retenção – “babycoque”.
- Adquirir/Sedimentar conhecimentos sobre o transporte automóvel do bebé e suas particularidades.

4 – SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS

Serão abordados os seguintes conteúdos:

- Transporte do bebé no automóvel e suas especificidades;
- Sistema de retenção para criança do grupo 0+: “babycoque”;
- Colocar o bebé no SRC.

5 – SELECÇÃO DA METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE ENSINO

O método utilizado será o afirmativo/participativo, com apoio de projetor multimédia. Uma vez que a formação se dirige aos pares, irei usar uma linguagem mais científica, apoiada em pesquisa bibliográfica. No final será distribuído um panfleto informativo acerca desta temática.

6 – PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

Neste item, pretendemos dar a conhecer a identificação da ação, bem como o plano de sessão de educação para a saúde.

6.1 – IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema: Segurança Rodoviária – Transporte do Bebé no Automóvel

População Alvo: Enfermeiros da Unidade de Neonatologia

Local: Serviço de Neonatologia do Hospital S. Sebastião

Data da ação de formação: 20 de Dezembro de 2011

Tempo previsto: 45 minutos

Horário: 14h

Formadores: Enfermeira Diana Bastos Silva

6.2 – PLANO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO -“Segurança Rodoviária – Transporte do bebé no automóvel”

Estrutura	Conteúdo	Metodologia e Meios Auxiliares e Pedagógicos	Tempo
I Introdução	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do tema;▪ Identificação dos motivos que levaram à escolha do tema;▪ Apresentação dos objectivos da sessão.	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.	5'

<p align="center">II Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transporte do bebé no Automóvel; ▪ Sistema de retenção para criança: “babycoque”; ▪ Voltado para a frente ou para trás; ▪ Colocar o bebé no SRC – “babycoque”; ▪ Cuidados a ter com o SRC – “babycoque”. 	<p align="center">Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.</p>	<p align="center">20’</p>
<p align="center">III Conclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realçar o conteúdo mais importante; ▪ Fornecer um folheto alusivo ao tema. 	<p align="center">Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.</p>	<p align="center">10’</p>
<p align="center">IV Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornecimento de um questionário; ▪ Esclarecer dúvidas. 	<p align="center">Interativo</p>	<p align="center">10’</p>

7 – PLANEAMENTO DA AVALIAÇÃO

A avaliação da sessão será feita com a aplicação de um pequeno formulário sobre o tema e esclarecimento de dúvidas.

8 – CONCLUSÃO

Com a realização da formação aos pares sobre Segurança Rodoviária – Transporte do Bebé no Automóvel, pretendemos que os objectivos por nós traçados sejam alcançados, possibilitando aos enfermeiros, adquirir/sedimentar conhecimentos nesta área. Entendemos que a segurança infantil é um aspecto basilar e, neste sentido, devemos ter um papel pró-activo na sua promoção e na prevenção de acidentes.

Esperamos também desenvolver competências no planeamento e realização de formação aos pares.

ANEXO XII – Formulário para Avaliação da Formação em Serviço “
Segurança Rodoviária – Transporte do bebé no Automóvel”

Segurança Rodoviária – Transporte do Bebê no Automóvel

Este formulário serve apenas para diagnóstico da formação realizada. Assinale com uma (X) na escala indicada. Os parâmetros são: **(1)** Insuficiente (inferior a 10); **(2)** Suficiente (10-13); **(3)** Bom (14-16); **(4)** Muito Bom (17-18); **(5)** Excelente (19-20).

ESCALA	1	2	3	4	5
Relativamente ao desempenho do formador	Ins	Suf	B	MB	Ex
1. Consegue transmitir a informação de forma eficaz.					
2. Consegue motivar o público-alvo.					
3. Demonstra conhecimentos sobre o tema.					
4. Desenvolve metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença.					

ESCALA	1	2	3	4	5
Relativamente ao tema	Ins	Suf	B	MB	Ex
1. O tema foi pertinente.					
2. O conteúdo da sessão é de interesse para a prática.					
3. O tema conseguiu proporcionar aquisição de novos conhecimentos.					

Elaborado por: Enf.^a Diana Silva – Aluna do Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

Orientada pela Enfermeira Carla Silva

Dezembro, 2011

ANEXO XIII– Folheto Informativo: “Segurança Rodoviária – Transporte
do Bebê no Automóvel”

Voltada para a frente ou para trás? Até que idade?

Até aos 18 meses:

Cadeirinha **sempre** voltada para **trás** (para assegurar a protecção do bebé em caso de choque frontal ou traseiro).

Depois dos 18 meses:

Poderá ir voltada para a frente, se for mesmo necessário.

IDEAL- “As crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos. Esta é a posição mais segura para as transportar no automóvel, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça.”²

Colocar o bebé no SRC

- Ajustar os cintos internos consoante o tamanho do bebé: apoiados sobre os ombros.
- Usar protectores nos cintos superiores.
- Colocar os cintos superiores por cima dos ombros, o cinto inferior entre as pernas e conectá-los.
- Ajustar os cintos de forma a que passe apenas um dedo entre os ombros do bebé e o cinto.
- Colocar o cinto de segurança sobre a cadeira voltada para trás: a parte inferior do cinto deve passar nos encaixes da frente e a parte superior deve passar nos encaixes de trás da cadeira.
- Fixar o cinto, confirmando que a cadeira fica segura.



Cuidados com o SRC

- Colocar sempre espreguiçadeiras e cadeirinhas no chão e manter cintos de segurança apertados.
- Regra: Apertar cintos quando se coloca o bebé e remover somente quando se vai tirar o bebé.
- No carrinho de passeio prender sempre com o cinto e travar o carrinho quando este estiver parado.
- Não pendurar sacos nas pegs do carrinho pois este pode cair para trás.
- Não colocar o carrinho do bebé atrás de veículos estacionados.



Trabalho realizado por Enf.ª Diana Bastos Silva (Aluna da Universidade Católica Portuguesa - Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica).

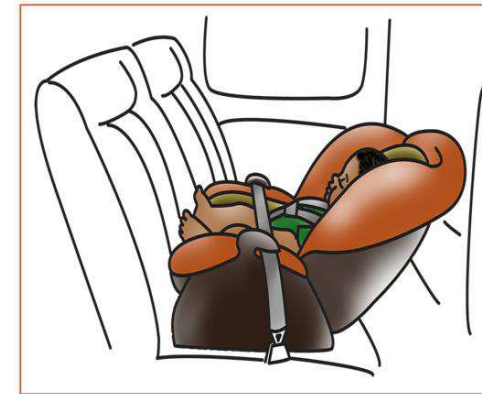
Orientada pela Enfermeira Carla Silva do Serviço de Neonatologia do Hospital S. Sebastião.

Referências Bibliográficas:

1. OLIVEIRA, Graça – “Transporte do recém-nascido no automóvel”, Março, 2011. Disponível em: www.conhecersaude.com/dra-maria-graca-rocha-oliveira.html. (Consultado em 10 de Dezembro de 2011).
2. Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade, Orientação da Direcção Geral da Saúde, nº 001/2010 de 16/09/2010.
3. Associação para a Promoção de Segurança Infantil (APSI), Vale a pena crescer em segurança. Evitar os acidentes no primeiro ano de vida, 3ª edição, disponível em <http://www.apsi.org.pt>. (Consultado em 5 de Dezembro de 2011).
4. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Conselhos de Segurança Rodoviária. Informação Técnica. Transporte de Crianças em Automóvel, Lisboa, 2010. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Default.aspx?tabid=134>. (Consultado em 4 de Dezembro de 2011).

SEGURANÇA RODOVIÁRIA:

TRANSPORTE DO BEBÉ NO AUTOMÓVEL



Serviço de Neonatologia do Hospital S. Sebastião

Santa Maria da Feira, Dezembro de 2011

SEGURANÇA RODOVIÁRIA—TRANSPORTE DO BEBÉ NO AUTOMÓVEL

“As crianças são seres humanos delicados, que confiam em nós para que cuidemos delas com toda a segurança”¹

Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças, em Portugal.

A primeira viagem do recém-nascido em automóvel deve ser segura, motivo pelo qual é fundamental sair da maternidade já numa cadeira apropriada.

Transportar o Bebé no Automóvel

O uso de sistema de retenção para crianças (SRC) é VITAL!

- Evita a ejeção;
- Impede que a criança se transforme num projectil;
- Distribuiu os esforços pelas partes do corpo mais resistentes;
- Impede a secção da coluna cervical, conhecida como decapitação interna.



Logo à saída da maternidade, o recém-nascido deve viajar num SRC voltado para trás (VT). Só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos, em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente.²

Estes SRC **reduzem, entre 90 e 95%**, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças.



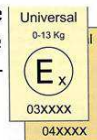
Sistema de Retenção: “babycoque”

Grupo 0+ (0-13 Kg)

Indicado desde o nascimento para curtas distâncias. A partir dos 3 meses pode-se usar sem restrições somente para transporte. Permite viajar numa posição semi-sentado.

Aspectos Importantes na escolha deste SRC

- Deve ter a etiqueta que garante que está homologada e que se encontra aprovada pelas normas internacionais.
- Deve ser funda e alta dos lados para acolher o bebé e minimizar o impacto do choque em caso de embate.
- Ter um redutor para apoio cervical e lombar.



- Ter cintos ajustáveis para se adaptarem ao crescimento da criança.
- Estes deverão ter protecções almofadadas na zona dos ombros.
- A pega do babycoque, no automóvel, deve estar sempre para a frente.
- Pode ter sistema Isofix, mas o mais importante é prender com os cintos.
- As alcofas são boas para os bebés descansarem, mas **NUNCA** para o transporte automóvel.
- Atenção às cadeirinhas usadas!



O bebé nunca deve ser levado ao colo. Um adulto não consegue segurar a criança em caso de embate.

Deve ser transportado com um SRC sempre voltado para trás, com cinto de segurança.

A cadeirinha votada para trás e o **airbag** são incompatíveis.

Só se deve transportar o bebé no banco da frente se:

- O carro for de 2 lugares (aqui o SRC deve estar voltado para trás e o banco puxado o mais atrás possível);
- Se o airbag estiver desligado.

ANEXO XIV– Atividades Realizadas no Estágio - SIP

Atividades Realizadas no Estágio - SIP

ATIVIDADES	Nº
Realizar consultas de Saúde Infanto-Juvenil	Creditação
Realizar vacinação a crianças	Creditação
Realizar diagnóstico precoce	Creditação
Participar em sessões de massagem infantil	Creditação
Participar em visitas domiciliárias à criança/família	Creditação
Promoção do aleitamento materno	Todas as situações
Participação da dinamização do cantinho da amamentação	Todas as situações
Realizar AES a criança/família	Todas as situações
Realizar AES acriança em contexto escolar	Creditação
Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança/família	Todas as situações
Promover a parentalidade	Todas as situações
Apoiar nos processos de transição da pessoa ao longo do ciclo vital	10
Utilizar linguagem CIPE no SAPE, para documentar a assistência de enfermagem realizada	>100
Utilizar linguagem CIPE, para documentar a assistência de enfermagem realizada	Todas as situações
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	2
Acompanhar o percurso do RN desde a sala de partos à Neonatologia	0
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	70
Assistir crianças/família em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica	20
Assistir crianças/família em contexto cirúrgico	10
Assistir crianças/família em contexto de internamento de Pediatria	10
Acompanhar o circuito da criança/família no bloco e recobro	2
Assistir crianças/família com situações de doença crónica	5
Conhecer instituições de atendimento à criança com deficiência na área de influência, ou de grande pertinência	2
Fazer formação ao grupo de pares num contexto de estágio	1

