



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Liliane Filipa Araújo Ferreira
Sob orientação de Mestre Isabel Quelhas

(Abril de 2013)

“THE FUTURE IS NOT SOME PLACE WE ARE GOING, BUT ONE WE ARE CREATING. THE PATHS ARE NOT TO BE FOUND, BUT MADE. AND THE ACTIVITY OF MAKING THEM CHANGES BOTH THE MAKER AND THE DESTINATION.”

“O futuro não é um lugar para onde vamos, mas um lugar que estamos a criar. Os caminhos não são para serem encontrados, mas construídos. E o ato de os construir muda tanto o realizador quanto o destino”

John H. Schaar (1928-2011)

Resumo

A realização do presente relatório concretizou-se no âmbito da unidade curricular de Estágio, que se integra no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Concluída a parte teórica, este curso prossegue com uma vertente mais prática, operacionalizado através da realização de um Estágio, que integra experiências em três contextos específicos da prática clínica, representados pelos módulos de Saúde Infantil, Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica e Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia; cada um destes módulos tem uma duração de cento e oitenta horas de contacto e setenta horas de trabalho individual. Reconhecidas as competências preconizadas pelo curso e considerando as previamente adquiridas através da experiência profissional, delineei objetivos, pessoais e específicos, operacionalizáveis através de atividades, que refletissem o meu crescimento profissional e, conseqüentemente, a aquisição e/ou aprimoramento dessas competências.

Não descurando a importância das experiências prévias, pois estas constituíram a base, a partir da qual, foi possível evoluir, creio que a possibilidade de intervenção nos contextos familiar e comunitário representou, sem dúvida, o maior contributo para a minha evolução profissional. Destaca-se a oportunidade de desenvolvimento de competências diferenciadas ao nível da assistência ao Recém-Nascido/criança/jovem saudável e no ensino/instrução sobre estratégias de promoção do desenvolvimento infantil/juvenil aos seus Pais/cuidadores, promovendo deste modo um exercício mais ativo e positivo da Parentalidade. A riqueza inerente à diversidade e especificidade dos contextos, associada a uma postura crítico-reflexiva contínua, constituíram elementos essenciais para o alcance da globalidade das competências a que me propus.

A transposição dos conhecimentos teóricos para a prática clínica favoreceu a sua consolidação; a subsequente reflexão crítica acerca das oportunidades de aprendizagem permitiu o amadurecimento profissional e a construção de uma identidade profissional como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde Infantil, Competências, Parentalidade.

Abstract

The completion of this report occurred under the internship course, which is in the curriculum of the Master's Degree in Nursing with specialization in Nursing Pediatric and Child Health.

After the theoretical part, this course continues with a more practical part, operationalized by conducting an internship that integrates experience in three specific contexts of clinical practice, represented by modules of Child Health, Medical and Surgical Services in contexts of acute and chronic illness and Neonatology and Pediatric Emergency Services, each of these modules has a duration of one hundred and eighty contact hours and seventy hours of individual work. Having gathered all the recommended skills of the course and considering the previous skills acquired through work experience, I outlined personal and specific goals, actionable through activities that reflect my professional growth and, consequently, the acquisition and/or improving these skills.

Not forgetting the importance of previous experiences, as these formed the basis from which it was possible to evolve, I believe that given the possibility of intervening in family and community contexts, represented undoubtedly to the greatest contribution to my professional development. I highlight the opportunity of developing many differentiated skills as in giving assistance to newborns/children/healthy youths and on educating/instructing on strategies to promote children/ youths to their parents/caregivers, thus promoting an exercise more active and positive of parenting. The richness inherent in the diversity and specificity of the contexts associated with a critical and reflective attitude continued were essential to the achievement of the overall skills that I set.

The implementation of theoretical knowledge to clinical practice favored its consolidation; subsequent critical analysis of learning opportunities and professional maturity allowed the construction of a professional identity as a Nurse Specialist in Pediatric and Child Health.

Keywords: Nursing, Child Health, Skills, Parenting.

Agradecimentos

Para a riqueza de experiências vivenciadas ao longo do presente estágio, que me proporcionaram uma oportunidade única de desenvolvimento pessoal e profissional, contribuíram indubitavelmente algumas pessoas e instituições, a quem agradeço a disponibilidade e interesse manifestados.

❖ Às instituições de saúde e, mais particularmente, aos serviços onde estagiei, pela possibilidade de aprendizagem em contexto da prática;

❖ Aos profissionais de saúde, e em particular aos Enfermeiros, dos serviços onde estagiei, pela receptividade, disponibilidade e sentimento de partilha demonstrados, que me possibilitaram a descoberta novos desafios;

❖ Aos Enfermeiros tutores, pela dedicação, interesse, motivação e orientação dispensadas, que se revelaram fundamentais para a concretização dos meus objetivos;

❖ Às Enfermeiras Liliana Magalhães e Fiama Marques, pelo exemplo que constituíram para mim enquanto Enfermeiras Especialistas, pela orientação e estímulo ao desenvolvimento das minhas competências crítico-reflexivas;

❖ Às crianças, jovens e famílias a quem prestei cuidados, pelas oportunidades de crescimento pessoal e profissional que me possibilitaram;

❖ Às colegas de estágio com que partilhei este percurso, pela motivação e companheirismo;

❖ Às Professoras Orientadoras da Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e em especial à Professora Isabel Quelhas, pela disponibilidade, partilha e orientação ao longo do estágio e na consecução do presente relatório.

Lista de Siglas

CA – Cantinho da Amamentação

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MESIP – Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NIDCAP - *Newborn Individualized Development Care and Assessment Program*

PaedCTAS – *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SAPE – Sistema e Apoio à Prática de Enfermagem

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto

UPP – Urgência Pediátrica do Porto

USF – Unidade de Saúde Familiar

Lista de Abreviaturas

Cit. – Citado

% – por cento

p. – página

Índice

0. Introdução	15
1. Estágio em Saúde Infantil e Pediatria.....	19
1.1. Módulo I – Saúde Infantil.....	19
1.2. Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e de Neonatologia	20
2. Competências desenvolvidas em contexto da prática profissional.....	23
2.1. Contextualização dos serviços de internamento de pediatria	23
2.2. Desenvolvimento de Competências	24
3. Competências desenvolvidas durante o estágio.....	31
3.1. Formação em Enfermagem	31
3.2. Investigação em Enfermagem.....	38
3.3. Gestão de Cuidados.....	45
3.4. Prestação de Cuidados	53
4. Conclusão.....	83
5. Referências Bibliográficas.....	85
ANEXOS.....	89
ANEXO 1 Cronograma de estágio.....	91
ANEXO 2 Certificados de Formação	95
ANEXO 3 Programa das “XLI Jornadas Nacionais de Neonatologia”	101
ANEXO 4 Primeiro Capítulo do trabalho realizado no âmbito do Módulo III – Urgência Pediátrica, intitulado “Papel Parental: uma breve contextualização”	105
ANEXO 5 Cartaz elaborado para a sala de emergência da USF Horizonte: “Medicação de Emergência e Protocolo de Atuação”	109
ANEXO 6 Plano da Sessão de Formação a Pares: “Comportamento Sono- Repouso em Idade Pediátrica”	113
ANEXO 7 Diapositivos apresentados na Sessão de Formação a Pares: “Comportamento Sono-Repouso em Idade Pediátrica”	117
ANEXO 8 Questionário de avaliação da Sessão de Formação a Pares: “Comportamento Sono-Repouso em Idade Pediátrica”	127
ANEXO 9 Instrumento de Avaliação das Competências Parentais.....	131

ANEXO 10 Documento elaborado para o armário da Sala de Preparação para o Parto: “Tipos de Leites Adaptados e Datas de Validade”	141
ANEXO 11 Gráfico Circular da Distribuição das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil realizadas, por faixas etárias	145
ANEXO 12 Extrato do “Projeto Sorrisos” e “Projeto Passezinhos”, no âmbito da Saúde Escolar	149
ANEXO 13 Plano da Sessão de Educação para a Saúde, no âmbito da Saúde Escolar, intitulada “Promover a Saúde Oral”	157
ANEXO 14 Check-list de verificação da Técnica de escovagem dos dentes	163
ANEXO 15 EDIN (Echelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né)	167
ANEXO 16 Panfleto fornecido aos Pais aquando da integração no serviço de Neonatologia.....	171
ANEXO 17 Documento de registo dos “Ensinos efetuados aos Pais durante o internamento”, no Serviço de Neonatologia.....	175
ANEXO 18 Plano da Sessão de Educação Parental, intitulada “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”.....	179
ANEXO 19 Diapositivos apresentados na Sessão de Educação Parental, intitulada “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”	183
ANEXO 20 Plano da Sessão de Educação Parental, intitulada “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de vida”.....	193
ANEXO 21 Diapositivos apresentados na Sessão de Educação Parental, intitulada “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de vida”	197
ANEXO 22 Panfleto fornecidos aos Pais na Sessão de Educação Parental, intitulada “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de vida”	205
ANEXO 23 Cartaz elaborado para a dinamização do Cantinho da Amamentação da UCC de Matosinhos.....	209
ANEXO 24 Póster elaborado para o Cantinho da Amamentação do Serviço de Urgência Pediátrica	213
ANEXO 25 Panfleto disponibilizado pelo Serviço de Neonatologia, alusivo aos benefícios da Massagem Infantil	217
ANEXO 26 Proposta de Parametrização para a aplicação informática JOne® do SUP, relativa ao foco de atenção Papel Parental.....	221

0. Introdução

A busca pela excelência no cuidar pressupõe um investimento contínuo na autoformação e no desenvolvimento profissional, na qual se insere o presente Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), que frequentei com o intuito de desenvolver competências diferenciadas e especializadas na assistência à criança/jovem e sua família, em contexto hospitalar e na comunidade, identificando e satisfazendo as suas necessidades em cuidados de saúde, e ainda apoiando na maximização das suas potencialidades, com vista à concretização dos seus objetivos em saúde.

Inserindo-se este curso no âmbito da formação pós-graduada, em que as aprendizagens têm como ponto de partida as experiências anteriores, e implicam um esforço contínuo de reflexão e crítica acerca da prática, pretendo ao longo do curso aprimorar competências previamente adquiridas e desenvolver outras, vocacionadas para a assistência diferenciada, como será expectável a um Enfermeiro Especialista (EE).

Concluída uma primeira parte teórica do curso, essencial para a atualização do conhecimento, tem início a aprendizagem em contexto da prática que irá favorecer a consolidação desses saberes e otimizar a capacidade de resposta, sobretudo em situações complexas. Esta componente prática contempla a realização de um Estágio, que decorreu entre 23 de Abril de 2012 e 2 de Fevereiro de 2013, ao qual correspondem 750 horas (das quais, 540 horas de contacto e 210 horas de trabalho individual), repartidas equitativamente por três módulos: Saúde Infantil (Módulo I), Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica (Módulo II) e Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia (Módulo III). Não obstante o facto de serem consideradas as experiências prévias, motivo pelo qual obtive creditação ao módulo II, o contacto direto com estes contextos específicos pretende estimular o amadurecimento profissional para que, concluído o estágio, o aluno demonstre:

- ❖ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

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

❖ Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Concluído agora o percurso de aprendizagem em estágio, torna-se essencial descrever o processo de aquisição/desenvolvimento de competências de EE neste relatório, com o qual pretendo:

- ❖ Descrever sucintamente os contextos de assistência onde decorreu o estágio;
- ❖ Elencar as competências especializadas desenvolvidas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), que refletem a evolução profissional;
- ❖ Enunciar os objetivos pessoais e atividades implementadas para alcançar as competências pretendidas;
- ❖ Refletir criticamente acerca do processo de ensino-aprendizagem;
- ❖ Servir de elemento avaliativo desta Unidade Curricular.

Após o reconhecimento das competências expectáveis a uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), procurei definir as estratégias a implementar para o alcançar, considerando as competências previamente adquiridas e as áreas em que necessitava de maior investimento. Assim, para demonstrar a aquisição dessas competências foram definidos os objetivos pessoais, que se operacionalizam na concretização de atividades específicas; por fim, procede-se também a uma reflexão crítica acerca do modo como as atividades delineadas conduziram ao alcance do(s) objetivo(s) e, mais amplamente, da(s) competência(s) em questão.

É ainda de salientar que optei por categorizar as competências e respetivos objetivos e atividades em quatro domínios da prática – Formação em Enfermagem, Investigação em Enfermagem, Gestão de Cuidados e Prestação de Cuidados – contudo, esta divisão é apenas teórica e relaciona-se com questões de organização e clareza do relatório. Na realidade, a alocação das competências a um único domínio da prática profissional – tarefa que constituiu um exaustivo e laborioso desafio –, pretende sobretudo facilitar a compreensão do processo de ensino/aprendizagem desenvolvido e representa opções pessoais que assumo, pois algumas destas competências são transversais a dois ou mais domínios. Efetivamente, no quotidiano da sua prática profissional, um EE raramente atua

utilizando apenas conhecimentos/competências de um único domínio da prática; cada atuação deve antes refletir uma fusão harmoniosa de todos os seus saberes, o que inclui a integração de conhecimentos de diferentes domínios.

Este relatório encontra-se organizado em cinco capítulos: inicialmente é realizada uma breve descrição dos locais de estágio, de seguida procede-se à descrição e reflexão crítica sobre as competências adquiridas em contexto da prática profissional e posteriormente abordam-se as competências desenvolvidas ao longo do estágio, organizadas segundo os quatro domínios da prática supramencionados, e onde se encontram discriminados os objetivos implementados e as atividades que os operacionalizam, com o intuito de fundamentar a aquisição dessas competências; este processo descritivo é acompanhado de uma reflexão crítica acerca das oportunidades de aprendizagem e concretizações.

Para a elaboração deste relatório baseei-me na pesquisa bibliográfica efetuada ao longo do estágio, e noutras consultas efetuadas em bases de dados disponíveis *online* (como a *SciELO* ou o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, entre outras). As metodologias utilizadas foram a descritiva e crítico-reflexiva, pois este documento pretende retratar e analisar a forma como decorreu este processo de aprendizagem, refletindo acerca das oportunidades experienciadas.

1. Estágio em Saúde Infantil e Pediatria

A componente prática do curso de MESIP preconiza a realização de um Estágio, que contempla experiências em diferentes contextos, representados em três módulos: Saúde Infantil, Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica e Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia, cujo cronograma se encontra disponível no Anexo 1.

Tendo em consideração o meu percurso profissional, que inclui o exercício em serviços de internamento de pediatria, obtive creditação a este módulo, pelo que a caracterização e reflexão acerca da aquisição de competências neste contexto se encontra no próximo capítulo.

Ao longo do corrente capítulo será realizada uma breve caracterização dos contextos clínicos onde estagiei, assim como serão explicitadas as razões que motivaram a sua eleição.

1.1. MÓDULO I – SAÚDE INFANTIL

Local de Estágio: Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) – Unidade de Saúde Familiar (USF) Horizonte e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Matosinhos.

Data: de 23 de Abril a 23 de Junho de 2012

Duração do estágio: 180 horas de contacto e 70 horas de trabalho individual.

A ULSM integra numa única entidade pública, os cuidados de saúde primários, secundários e terciários. A USF Horizonte situa-se no edifício do Centro de Saúde de Matosinhos, labora todos os dias úteis, e tem como área de influência as freguesias de Matosinhos, Leça da Palmeira, Guifões e Senhora da Hora; desde 2008, assume-se como USF Modelo B, o que se traduz pelo planeamento, organização e prestação de cuidados em equipa de saúde familiar (Ministério da Saúde, 2008). Esta USF disponibiliza um vasto leque de serviços, que incluem a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida (Saúde da Mulher, Saúde do Recém-Nascido, da Criança e dos Jovens, Saúde do Adulto e do Idoso); assistência na doença aguda; entre outros (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2011). A UCC Matosinhos iniciou a sua atividade em

Outubro de 2010 e localiza-se no edifício do Centro de Saúde de Matosinhos. Partindo do diagnóstico de saúde da comunidade, do qual emanaram as necessidades específicas em saúde, a equipa multidisciplinar da UCC procura adaptar a forma de execução dos programas de saúde sugeridos pela Direção Geral de Saúde (DGS) e pelo Plano Nacional de Saúde. Assim, esta equipa desenvolve atividades em várias áreas/projetos: Programa Nacional de Saúde Escolar; Programa de Saúde da Mulher, Criança e Jovem (Projeto Bem-me-Quer Matosinhos); entre outros (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2009).

A interação entre os vários níveis de prestação de cuidados preconizada pela ULSM e o modelo organizativo de cuidados por Enfermeiro de Família constituíram os principais móveis na minha opção por este campo de estágio; para além disso, a possibilidade de conhecer e participar em projetos desenvolvidos pela UCC no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), em particular no projeto Bem-me-quer e noutros da área da Saúde Escolar, despertaram também o meu interesse, sendo assim decisivos na minha eleição.

1.2. MÓDULO III – SERVIÇOS DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA E DE NEONATOLOGIA

Local de Estágio: Centro Hospitalar de São João – Serviço de Urgência Pediátrica

Data: de 1 a 27 de Outubro de 2012

Duração do estágio: 90 horas de contacto e 35 horas de trabalho individual.

O módulo III de Estágio decorreu no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), que tem como área de influência direta as freguesias de Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar, e ainda a população dos concelhos da Maia e Valongo; para além disso, o CHSJ atua como centro de referência para outras áreas geográficas (Centro Hospitalar de São João, 2012). Integrando desde 2008 a Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP), o serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do CHSJ labora em horário contínuo e assume-se como a sede da Urgência Pediátrica do Porto (UPP) (Agência para a Modernização Administrativa, 2008), pretendendo realizar uma assistência eficaz à criança/jovem com idade inferior a 18 anos, com doença aguda ou súbita na área do Porto; a este serviço podem recorrer diretamente doentes críticos transportados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), crianças com menos de 6 meses de vida e outras crianças/jovens referenciados pela rede da UPIP.

A escolha deste local de estágio prendeu-se com a riqueza e diversidade de oportunidades de aprendizagem próprias do SUP mais diferenciado do norte do país, cujos

recursos humanos, materiais e tecnológicos estão vocacionados para a realidade da urgência/emergência pediátrica, área na qual não possuía experiência prévia.

Local de Estágio: Centro Hospitalar de São João – Serviço de Neonatologia

Data: de 29 de Outubro a 24 de Novembro de 2012

Duração do estágio: 90 horas de contacto e 35 horas de trabalho individual.

O Serviço de Neonatologia situa-se no piso 2 do CHSJ e encontra-se vocacionado para a assistência de Recém-nascidos (RN's) até aos 30 dias de vida, dispondo de um total de 17 vagas, sendo que 8 são em Cuidados Intermédios e 9 em Cuidados Intensivos. Contando com uma equipa multidisciplinar diferenciada, que labora em horário contínuo, este serviço detém recursos para o atendimento de crianças com patologia do foro médico, cirúrgico, cardíaco, entre outras; a norte do país, este serviço funciona como centro de referência e de terapias fim-de-linha como é o caso da “Hipotermia” e do ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*).

A escolha deste serviço relacionou-se com o nível de diferenciação de cuidados aqui existente, o que ampliou sem dúvida as oportunidades de aprendizagem, tendo em consideração que possuía alguma experiência profissional prévia nesta área; além disso, pretendia compreender as implicações associadas à implementação do projeto NIDCAP (*Newborn Individualized Development Care and Assessment Program*), no cuidar ao RN prematuro.

2. Competências desenvolvidas em contexto da prática profissional

Não obstante as diversas oportunidades de desenvolvimento que surgiram nos diferentes contextos de estágio e com que me continuo a deparar no meu quotidiano profissional, as experiências profissionais prévias e o investimento académico concomitante constituíram, sem dúvida, o ponto de partida a partir do qual procurei evoluir progressivamente ao longo deste curso de MESIP, no sentido de demonstrar a aquisição de competências diferenciadas e especializadas, tal como será expectável a um EESIP. Ao longo do presente capítulo pretendo explicitar os contributos preponderantes que as experiências profissionais proporcionaram no desenvolvimento das minhas competências e que me permitiram a obtenção de creditação ao módulo II de estágio.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Durante dois anos exerci funções como Enfermeira no Serviço de Pediatria do Hospital Quirón Madrid que, dispondo de uma lotação de 32 camas, está vocacionado para a prestação de cuidados a crianças/jovens desde os 29 dias de vida até aos 14 anos de idade; posteriormente, e desde há três anos, exerço funções no Serviço de Pediatria do Hospital Cuf Porto, que dispõe de uma lotação de 12 camas, e onde são internadas crianças/jovens desde o mês de vida até aos 17 anos e 364 dias. Em ambos os serviços são admitidas crianças/jovens provenientes do serviço de atendimento permanente, consulta ou hospital de dia.

Dispondo da colaboração das variadas subespecialidades cirúrgicas, em ambos os serviços, prestei/presto cuidados a lactentes, crianças e jovens no pós-operatório de Cirurgia de Otorrinolaringologia (sendo as Adenoamigdalectomias as mais frequentes), Ortopedia (relacionada com situações de trauma), Cirurgia Pediátrica (desde as correções mais comuns, como as das Hipospádias, às mais complexas, como as de reconstrução do trato intestinal), Oncológica, entre outras e incluindo ainda as cirurgias de carácter urgente/emergente (sendo as mais frequentes, as apendicectomias).

Para além disso, em ambos os serviços encontram-se também internadas crianças e

jovens com doenças agudas ou por agudização da sua patologia crónica; refletindo a sazonalidade própria de um serviço de pediatria médica, as patologias que motivam os internamentos variam ao longo do ano e, por isso, tenho oportunidade de assistir crianças/jovens com patologia respiratória (mais frequentemente, com bronquiolite, pneumonia e outras infeções respiratórias), gastrointestinal (como as gastroenterites agudas), infecciosa (bacteriemia oculta e infeções urinárias constituem as mais comuns), dermatológica (dermatites e mucosites), entre outras.

Pelo facto de ambas as instituições serem privadas, as condições para a permanência dos Pais e/ou pessoas significativas da criança/jovem encontram-se claramente favorecidas, sendo vivamente incentivada a presença contínua de um dos Pais durante todo o internamento; as visitas decorrem das 10 às 22 horas, sendo o número de visitas gerido pelos Pais e equipa de enfermagem, em função do estado de saúde da criança/jovem.

2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Por considerar a formação contínua como um compromisso assumido após o término da licenciatura, procurei manter a atualização da minha prática investindo na **formação**, sobretudo na área específica em que exerço a minha prática; deste modo, procurei participar em eventos formativos e cursos que me garantissem esta atualização. Disto são exemplo o Curso em Emergências Pediátricas (no ano de 2008), em Suporte Básico de Vida Pediátrico e em Emergência Neonatal, ambos em 2011, assim como a apresentação em seminário de um póster alusivo ao tema “Papel do *Cobedding* no Desenvolvimento de Gémeos Prematuros” (em 2011) (Anexo 2); este investimento visa “*manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*”.

Com o intuito de assegurar e promover a qualidade da assistência realizada, desde há dois anos, represento o elo de ligação do serviço ao Sistema de Gestão da Qualidade da instituição onde trabalho; esta função, que implica um esforço contínuo de aplicação da teoria na prática, constituiu um desafio na motivação e mobilização da equipa para a atualização e seleção das melhores práticas a implementar. Assim, o desenvolvimento das competências “*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros Enfermeiros*” e “*Identificar as necessidades formativas na área de EESIP*” têm vindo a representar uma constante no meu quotidiano profissional.

Em simultâneo, a rapidez de evolução do conhecimento exige o desenvolvimento contínuo das competências de **investigação**, realizando pesquisa bibliográfica de forma sistemática, no sentido de sugerir à equipa e aplicar na prática as evidências teóricas mais atuais; este tipo de atuação demonstra *“compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”*. Exemplo deste exercício da prática baseada na evidência foi a criação de uma sala própria para a execução de procedimentos invasivos/dolorosos no serviço onde atualmente exerço funções, evitando a sua realização no ambiente seguro do quarto da criança, como acontecia; a adaptação desta prática reflete a minha preocupação em *“Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”*.

Por ter integrado a equipa que inaugurou o serviço de pediatria do hospital onde atualmente trabalho, tive oportunidade de conhecer e participar nas decisões relativas à organização do serviço, o que me possibilitou uma oportunidade única no desenvolvimento de habilidades relacionadas com a **gestão dos cuidados**. O facto de atualmente assumir a função de Responsável de equipa e, por isso, *“Exercer a supervisão do exercício profissional na área de EESIP”*, implica uma constante reflexão e mobilização de conhecimentos que fundamente as minhas decisões relativamente aos eventos críticos que decorram ao longo do turno; para além disso, o aprimoramento de competências comunicacionais, relacionais e de liderança tornou-se também vital para a gestão destas situações, mas sobretudo para argumentar adequadamente, definindo a minha posição, em questões relacionadas com o funcionamento e as práticas realizadas no serviço, por este ter preconizado um modelo de gestão partilhada, que incita à participação ativa de todos os elementos. Assim, as intervenções relacionadas com a *“gestão dos cuidados na área de EESIP”* fazem parte do meu exercício profissional.

No que concerne à **prestação de cuidados**, a diversidade de casos clínicos existente proporciona o desenvolvimento de um leque de competências muito abrangente, que implicam desde logo *“um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EESIP”*.

Em ambos os serviços de pediatria, o direito da criança/jovem a usufruir da companhia constante de pelo menos um dos Pais durante o internamento é plenamente respeitado. O cenário em que os Pais são um elemento constante durante o internamento, com uma atitude participativa no processo de cuidados ao seu filho, constituindo também eles um foco central dos cuidados de enfermagem reflete de forma aproximada a realidade do meu quotidiano profissional. Considerando que, por um lado, a separação entre os pais e a criança/jovem durante o internamento, independentemente da sua idade, estágio de

desenvolvimento ou natureza da separação podem produzir efeitos transitórios ténues e/ou sequelas significativas (Jorge, 2004) e que, por outro lado, a presença dos pais torna menos traumática a experiência da hospitalização para a criança e diminui a ansiedade e os sentimentos de culpa e incapacidade de cuidar dos Pais (Reis, 2007), a legitimidade do acompanhamento dos filhos pelos Pais é atualmente incontestável, sendo inclusive salvaguardada por legislação específica (Dec. Lei n.º 21/81 de 19 de Agosto e Dec. Lei n.º 26/87 de 13 de Janeiro). Contudo, e apesar de volvidos mais de 20 anos da promulgação desta legislação, é lamentável que ainda hoje nem todas as instituições públicas reúnam as condições adequadas à permanência dos pais, agravando o inevitável desgaste que estes vivenciam com a hospitalização do seu filho; é sobretudo neste aspeto que comprovo a vantagem das instituições onde exerci a minha atividade profissional, cujas condições de alojamento/logística atenuam, pelo menos, o cansaço físico dos Pais.

Representando a experiência da hospitalização um momento disruptivo na vida da criança/jovem e da sua família, este configura-se como um dos principais focos de atenção da minha prática profissional; não obstante, é necessário atender a que as reações de cada criança/jovem e família são fortemente influenciadas por fatores como a idade da criança, as experiências anteriores, a gravidade do diagnóstico e a existência de sistemas de apoio (Hockenberry, et al., 2011).

Tendo em consideração estes pressupostos, no momento da admissão e em paralelo à colheita de dados, torna-se imprescindível a implementação do processo de acolhimento no internamento; através deste processo, realizado pela equipa de enfermagem, é proporcionada à criança/jovem/família a aquisição de competências para lidar com uma situação desconhecida, o que parece contribuir eficazmente na diminuição da ansiedade e na desmistificação de medos (Oliveira, 2005). Durante a minha prática posso constatar o relevo e a eficácia que este processo preparatório assume inclusive nos casos, bastante frequentes, de internamento não planeado, em que não é possível qualquer intervenção preparatória. Nestas situações, associada à surpresa, à eventual incerteza de diagnóstico e a algum sentido de urgência que aumentam a ansiedade da criança/jovem e família, torna-se ainda mais importante que encontremos disponibilidade (embora *a posteriori*) para lhes explicar as regras e condições de funcionamento do serviço, assim como dos procedimentos a que a criança/jovem terá que ser submetida (Barros, 1998). Não obstante o esforço da equipa de saúde no planeamento dos cuidados a prestar à criança/jovem, o elevado número de procedimentos dolorosos e/ou geradores de ansiedade durante o

internamento continua a ser uma realidade, sendo por isso fulcral garantir a compreensão da criança/jovem acerca da necessidade/objetivo de cada intervenção.

Ao longo da minha prática clínica e no que respeita à assistência à criança/jovem internado com patologia cirúrgica e sua família, tenho tido oportunidade de desenvolver intervenções associadas a alguns Focos de enfermagem, sendo os mais frequentes: *Ferida Cirúrgica* (realizar tratamento a ferida cirúrgica, por exemplo), *Dor* (gerir analgesia ou instruir sobre técnicas de alívio da dor, por exemplo), *Hemorragia* (aplicar crioterapia, por exemplo), *Ingestão Nutricional* (Gerir dieta, por exemplo) e *Ansiedade* (da criança/jovem e família).

No que respeita à prestação de cuidados a crianças/jovens internados por doença aguda ou agudização da sua patologia crónica, a vasta panóplia de situações/casos clínicos com que me tenho vindo a deparar permitiu-me o desenvolvimento de competências inerentes à atuação sobre variados Focos da prática, sendo os mais frequentes a *Limpeza das Vias Aéreas* (aspirar secreções, realizar nebulizações, por exemplo), *Dispneia* (otimizar ventilação, administrar oxigenioterapia), *Ingestão Nutricional* (inserir sonda naso/orogástrica, alimentar criança por sonda naso/orogástrica), *Febre* (gerir antipiréticos, gerir ambiente físico), *Diarreia* (incentivar ingestão hídrica) e *Dor* (vigiar dor, medir dor através de escala, gerir analgesia).

Sendo a criança/jovem especialmente vulnerável ao *stress* da doença e da hospitalização, um dos principais pressupostos que orientam a minha atuação é, sem dúvida, a minimização do impacto do internamento, considerando para tal alguns aspetos essenciais:

❖ **Minimizar a angústia da separação** experienciada pela criança/jovem (da família, pessoas e locais conhecidos), permitindo a presença contínua dos Pais e a visita das pessoas significativas, e incentivando os Pais a trazerem os objetos pertencentes à criança (desde os brinquedos e livros até às roupas), na tentativa de assemelhar, tanto quanto possível, o espaço onde a criança/jovem se encontra internada à realidade do seu quarto/casa (estas alternativas são sempre avaliadas de acordo com a condição clínica da criança/jovem);

❖ **Atenuar o sentimento de perda de controlo**, associado à mudança de ambiente e alteração das rotinas quotidianas (a criança/jovem tem frequentemente dúvidas sobre os acontecimentos que decorrerão no futuro próximo), incentivando a presença dos Pais e familiares (que lhe transmitem segurança), mantendo todas as rotinas possíveis do quotidiano da criança (realização de tarefas lúdicas e educativas nos horários habituais e

manutenção do horário domiciliar de realização dos cuidados de higiene constituem alguns exemplos) e explicando as limitações atuais que impossibilitam a concretização das restantes (como a restrição da atividade física ou as novas dependências);

❖ **Desmistificar os medos**, reconhecendo que são variáveis ao longo das várias faixas etárias, e que se relacionam frequentemente com o medo da separação dos pais e da lesão corporal, recorrendo a estratégias como a imaginação dirigida (em que é solicitado à criança/jovem a identificação de uma experiência pessoal agradável, real ou imaginada, sendo posteriormente estabelecido um diálogo acerca dos detalhes dessa experiência, incluindo os aspetos relacionados com as experiências sensoriais) ou a dramatização (incentivando a criança à teatralização de uma experiência futura, pretende-se antecipar os seus sentimentos e identificá-los, surgindo assim uma oportunidade para uma intervenção mais orientada à diminuição do medo e angústia expressos);

❖ **Avaliar e controlar a dor**, através do recurso a escalas adequadas à idade e ao nível de compreensão da criança, que permitam orientar a utilização de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas adequadas ao controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Não descurando oportunidades privilegiadas de intervenção, procuro ainda maximizar o potencial de aprendizagem e desenvolvimento subjacente ao momento do internamento – a possibilidade de estreitamento da relação pais-filho, agora quase exclusivamente dedicados uns aos outros; os benefícios decorrentes das relações de apoio estabelecidas com os elementos da equipa de saúde no processo de socialização da criança, fundamentais sobretudo em caso de necessidade de internamento prolongado ou frequente; e a descoberta de si mesmo como um ser competente e eficaz ao superar os desafios de confronto com a dor e com o medo (Barros, 1998). Ao estar ciente destas potencialidades torna-se possível inculcá-las nos processos de cuidados que desenvolvo, favorecendo assim a sua concretização, para além de, desta forma, *“demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP”*.

Intrínseca à hospitalização de uma criança/jovem surgem invariavelmente as necessidades de apoio e assistência aos Pais, sobretudo na reestruturação das funções inerentes ao desempenho do Papel Parental. Aquando do internamento de um filho, os Pais experienciam sentimentos de medo, ansiedade e culpa relacionados com a rutura na organização do seu quotidiano, a incerteza do diagnóstico e/ou a necessidade do seu filho realizar procedimentos/tratamentos eventualmente dolorosos – estas circunstâncias fazem-

nos frequentemente sentir incapazes para cuidar da criança/jovem (Fernandes, 1988). Sobretudo numa fase inicial da hospitalização, torna-se essencial que os profissionais que cuidam desta família compreendam a angústia experienciada pelos pais, que veem o seu papel protetor desvanecer e, em simultâneo, sentem a necessidade de se conformar, aceitando “passivamente” as decisões dos profissionais de saúde; no exercício da minha prática, creio que nesta fase do processo é importante, além de transmitir aos Pais compreensão relativamente ao sofrimento que esta situação lhes causa, encorajando-os a verbalizar os seus sentimentos, explicar calmamente os procedimentos/tratamentos a instituir, e envolvê-los assim que possível, no processo de cuidados. A atuação nestes contextos críticos permitiu-me, mas também exigiu *“avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada”*.

Como anteriormente referido, atualmente é incontestável a presença e plena integração dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, tal como veio advogar a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1998). Além dos benefícios para a criança, esta situação permite aos Pais ultrapassar mais facilmente os sentimentos de culpa ou incapacidade vivenciados, sentindo-se mais úteis, e diminui a sua ansiedade, uma vez que acompanham a evolução da criança e participam na execução dos cuidados, o que inclusive, será essencial no seguimento após a alta (Fernandes, 1988).

Porém, esta gestão da participação dos pais no processo de cuidados ao seu filho está envolta em alguma complexidade pois efetivamente, na prática clínica, são notórios constrangimentos tanto da parte dos Pais, como da Parte dos profissionais de enfermagem: por um lado, os Pais nem sempre se sentem preparados ou esclarecidos sobre o nível de envolvimento que os Enfermeiros esperam deles ou que lhes é permitido e, por outro lado, os Enfermeiros também não têm claramente delimitada a extensão dessa participação, o que gera discrepâncias de atuação dentro da equipa (Reis, 2007); a minha estratégia pessoal habitualmente baseia-se numa negociação de papéis, através de um diálogo sincero com os Pais, de forma a prevenir eventuais conflitos.

Contemplando esta visão do cuidar, em que os pais assumem um papel ativo, em 1988, Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidados pediátricos que, embora não seja formalmente assumido pelo serviço onde trabalho, é amplamente utilizado na conceptualização dos cuidados, denominado Modelo de Parceria de Cuidados.

Segundo este modelo, o cuidar em enfermagem pediátrica baseia-se numa parceria negociada entre Enfermeiros, a criança/jovem e a sua família, em que o respeito pelas

necessidades e desejos destes últimos é basilar, assim como a convicção de que os pais constituem os melhores prestadores de cuidados à criança/jovem (Casey, 1995). A atuação dos Enfermeiros de Pediatria focaliza-se assim no suporte, ensino e treino das intervenções de enfermagem à criança/jovem e aos Pais (Casey, 1993), sendo que a participação destes é negociada a todo o momento, em função do seu interesse, disponibilidade e motivação.

Preconiza-se deste modo, o *empowerment* da família, ou seja, a sua participação ativa em todas as fases do processo de cuidados, sendo-lhes reconhecido maior poder e controlo; creio que com a aplicação do modelo proposto por Casey é notório que a criança se mantém mais facilmente em controlo e que os pais sentem que continuam a desempenhar o seu papel, enaltecido por uma contribuição determinante na saúde do seu filho. Esta perspetiva acarreta simultaneamente maior satisfação para todos os intervenientes e favorece uma autonomização mais precoce da família e, por isso, “*a promoção nos pais da aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências é um fator essencial nas estratégias da saúde*” (Estevinho, 2007, p.152), sobretudo nos casos em que existe necessidade de continuidade de cuidados após a alta. Estando ciente que a condição imposta à criança/jovem por uma doença/incapacidade de carácter crónico tem menor impacto do que outros fatores relacionados com o seu próprio desenvolvimento, temperamento, mecanismos de *coping* pessoais ou as reações do seu sistema de apoio, torna-se fulcral a integração de todos os intervenientes, logo que possível, de forma a elaborar um plano verdadeiramente adequado às necessidades e contexto de cada criança/jovem e sua família.

Sendo o contexto da prática profissional um vasto campo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos, sobretudo quando orientada por um pensamento crítico-reflexivo, creio que a minha experiência me proporcionou a aquisição de competências que se revelaram basilares para etapa de desenvolvimento profissional que se seguiu, com a frequência deste curso de MESIP.

3. Competências desenvolvidas durante o estágio

Previamente ao início do estágio do curso de MESIP e com o intuito de orientar a minha atuação, procedi à elaboração de um Projeto, onde foram delineados objetivos gerais, que pretendiam demonstrar a progressiva aquisição e desenvolvimento das competências expectáveis a um EESIP; numa fase posterior, após o contacto inicial com as realidades particulares de cada serviço, foram adaptados e/ou acrescentados objetivos mais específicos, tradutores das minhas motivações pessoais e das oportunidades suscetíveis de serem proporcionadas pelos contextos.

Ao longo deste capítulo pretendo demonstrar a forma como se processou a aquisição e/ou aprimoramento das competências inerentes à prática de um EESIP, através da enunciação dos objetivos pessoais delineados e das atividades que foram operacionalizadas no sentido de os alcançar, acompanhadas em paralelo por uma análise crítico-reflexiva pessoal acerca das situações vivenciadas.

Procurando organizar de forma clara e compreensível todos os conteúdos que carecem de reflexão, os objetivos delineados encontram-se subdivididos em quatro domínios da prática profissional, representativos das áreas de intervenção do EE: Formação em Enfermagem, Investigação em Enfermagem, Gestão de Cuidados e Prestação de Cuidados.

3.1. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A componente formativa representa nas profissões diferenciadas, como é o caso de Enfermagem, não só o investimento inicial na obtenção de um título académico, mas também um compromisso assumido durante toda a vida profissional, com vista à otimização contínua do desempenho e, conseqüentemente, da qualidade dos cuidados prestados.

No caso do EE este compromisso assume especial relevo pois, além do seu dever de atualização contínua, este profissional deverá ainda demonstrar perspicácia na identificação de necessidades formativas na equipa, planeando e intervindo de forma direcionada a colmatar os défices diagnosticados e, por fim, a avaliar o impacto da sua

atuação; deste modo, o EE deve “(...) *ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.10).

Tendo em consideração estes princípios, procurei ao longo do estágio investir no desenvolvimento das seguintes competências, expectáveis na atuação diferenciada de um EE.

<i>Competências desenvolvidas</i>
<ul style="list-style-type: none">• Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional• Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica• Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara

1. Investir no processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, de forma contínua.

- ❖ Observar as práticas clínicas nos diferentes contextos, refletindo criticamente acerca da sua consonância com o conhecimento científico atual;
- ❖ Demonstrar uma atitude crítica permanente;
- ❖ Manter a atualização dos conhecimentos através do recurso a pesquisa bibliográfica sistemática, sobretudo no âmbito da assistência ao RN/criança/jovem e família;

Tendo em consideração que a formação em contexto clínico assume um papel fundamental no processo de aprendizagem, a realização de estágio configura-se como uma oportunidade única de desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), aplicação dos conceitos teóricos na prática, criação de disposições para a investigação e de redefinição da identidade profissional, a partir das sucessivas experiências socio-clínicas e de confronto com outros “modelos profissionais” (Abreu, 2007).

A frequência deste estágio, que pressupõe o contacto com realidades da prática assistencial únicas e diversificadas, proporcionou-me a oportunidade de conhecer novos contextos, bem afastados do meu quotidiano profissional, e de descobrir outros que, embora se assemelhem, possuem também especificidades e desafios que os torna singulares. É precisamente este confronto entre as práticas observadas e as realizadas que, na minha opinião, nesta fase de desenvolvimento profissional, surgem os momentos de aprendizagem e reflexão mais frutuosa.

Em retrospectiva foram, sem dúvida, os contextos de estágio referentes ao Módulo I – USF Horizonte e UCC Matosinhos – que me proporcionaram mais novidades em termos

de experiências e desafios, provavelmente por serem também os contextos mais afastados da realidade da minha prática; no entanto, não poderão ser subvalorizadas as experiências nos outros contextos, cujas especificidades relacionadas com o seu nível de diferenciação e âmbito de atuação constituíram também interessantes vivências.

Assim, e de forma a usufruir plenamente de todas as oportunidades de aprendizagem, compreendendo a sua real complexidade, senti necessidade de desenvolver e atualizar os meus conhecimentos, recorrendo a variadas e abrangentes pesquisas bibliográficas, pois a rapidez da evolução do conhecimento científico e tecnológico exige um investimento contínuo, com vista à melhoria da qualidade da assistência; para além disso, foi também essencial a implementação de um trabalho de debate e reflexão crítica sistemática, juntos dos Enfermeiros tutores, que orientaram a minha atuação e me auxiliaram na transposição destes conceitos teóricos até à realidade da prática. Foi precisamente este confronto entre a teoria e todos os constrangimentos do contexto real que desenvolveu a minha capacidade de adaptação das intervenções preconizadas em determinada situação, face ao local de assistência e à criança/jovem/família em questão.

É ainda de salientar a preocupação, por parte dos tutores, em proporcionarem o contacto com as situações mais críticas e interessantes, do ponto de vista clínico, suscetíveis da atuação diferenciada do EESIP, que constituíram momentos de aprendizagem únicos. Por fim, gostaria ainda de referir a função das equipas de enfermagem que, após um contacto e integração iniciais, demonstraram espírito de grupo e de partilha, que possibilitaram a otimização das oportunidades de desenvolvimento profissional, nos momentos de passagem de turno e de discussão dos casos clínicos mais críticos.

❖ Participar em eventos formativos na área da EESIP.

O investimento na detenção do conhecimento mais atual dentro da sua área de especialização constitui, na minha opinião, uma das mais importantes competências que o EE deve demonstrar no seu percurso; os momentos de partilha entre profissionais de saúde, proporcionados pelos eventos formativos parecem-me de extrema importância e utilidade prática, representando uma oportunidade única de reflexão.

Foi com este intuito que durante o período de estágio participei nas “*XLI Jornadas Nacionais de Neonatologia*”, organizado pela Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (Braga), e no II Encontro de Neonatologia da Unidade

Maternidade Júlio Dinis, intitulado “Do sonho à realidade... em Neonatologia” (Anexo 3).

<i>Competências desenvolvidas</i>
<ul style="list-style-type: none">• Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros Enfermeiros• Identificar as necessidades formativas na área de EESIP• Promover a formação em serviço na área de EESIP• Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a Enfermeiros quanto ao público em geral

2. Promover o contínuo processo de desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem.

- ❖ Conhecer os planos de formação contínua dos serviços;
- ❖ Partilhar com as equipas eventuais atualizações emanadas pela investigação que surjam, relacionadas com o seu âmbito de atuação;
- ❖ Participar ativamente nas passagens de turno e noutros momentos, formais ou informais, de discussão de casos clínicos;
- ❖ Identificar as necessidades formativas das equipas na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SIP);
- ❖ Realizar sessão de formação a pares sobre tema atual e relevante, relacionado com a área de SIP;
- ❖ Utilizar linguagem científica e/ou classificada no discurso sobre a prática;
- ❖ Divulgar informação sobre a realização de eventos formativos.

A preocupação com a contínua atualização das práticas assume-se como um dos principais papéis desempenhados pelo EESIP, que atua como “veículo” entre a evidência científica atual e a equipa de saúde, que o deverá encarar como um profissional detentor de conhecimentos e habilidades diferenciadas, na sua área de especialização; sendo esta uma das principais competências atribuídas ao EE, procurei ao longo do estágio investir no seu aprofundamento.

A operacionalização do objetivo de contribuir para a contínua atualização da sua equipa, transversal a todos os EE's, encontra no plano de formação contínua do serviço um instrumento valioso que, como pude comprovar nos vários contextos de estágio, assume diferentes interpretações. Enquanto na USF Horizonte (Módulo I) existe um compromisso semanal de reunião da equipa para a discussão dos eventos críticos e concretização deste

plano formativo (elaborado mensalmente), nos restantes contextos de estágio não se verifica esta formalidade nem organização, sendo a formação dirigida a temas/áreas muito específicas, com agendamento atempado, mas mais ocasional.

Na minha opinião, a existência de um momento formal e planeado para as atividades formativas da equipa, além de constituir uma mais-valia para o desenvolvimento profissional individual, aumenta a adesão dos colegas às iniciativas, exige a atualização contínua e treino das competências pedagógicas de cada profissional, aproxima a equipa, que têm aqui a oportunidade de discutir as práticas a implementar, prevenindo conflitos e contribui indiscutivelmente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Tendo em consideração que todas as equipas destes serviços são constituídas por uma percentagem importante de EE's (71,4% na USF, 35,9% no SUP e 41% na Neonatologia), e que, de uma forma geral, integram elementos que investem e valorizam a formação pós-graduada, possuindo formação diferenciada em áreas clínicas específicas, considero que toda a equipa poderia beneficiar ainda mais das suas competências diferenciadas e evoluir através da organização de sessões formativas, concretizadas num plano e lecionadas por estes elementos, que abordem os temas mais críticos/subvalorizados em cada contexto clínico.

Apesar da ausência de um plano formativo organizado, o nível de desenvolvimento profissional das equipas do SUP e da Neonatologia reflete-se ao nível da diferenciação e excelência dos cuidados que aí são prestados, em que a aplicação da evidência científica atual na prática se manifesta através da implementação de vários programas e protocolos; disso são exemplos o protocolo de monitorização da dor no RN, do programa NIDCAP e da implementação do modelo conceptual de Anne Casey na Neonatologia e o protocolo de atuação da equipa multidisciplinar na sala de emergência do SUP – o reconhecimento da importância de uma atuação organizada, rápida e eficaz dos vários profissionais neste tipo de situações, motivou o estabelecimento de uma formação obrigatória, com reciclagem periódica, de todos os profissionais. Não menosprezando, de forma alguma, a sua importância, creio antes que esta estratégia poderia ser alargada a outras práticas do serviço.

Procurando contribuir ativamente para a melhoria da assistência realizada nos diferentes contextos e baseando-me nos conhecimentos e habilidades até então desenvolvidos, procurei em cada contexto identificar as necessidades formativas/oportunidades de melhoria e intervir, com o intuito de as colmatar. Deste modo, no caso do SUP, procurei durante as conversas informais com a equipa de enfermagem,

salientar a importância de alguns focos de atenção de enfermagem que me pareceram subvalorizados como a *Dor* (sobretudo, no que respeita à utilização de medidas não-farmacológicas de alívio da dor), o *Papel Parental* (relativamente ao *empowerment* que deve ser dado aos Pais/Cuidadores e à sua inclusão durante a execução de procedimentos) e ainda a *Amamentação*; durante a execução de procedimentos técnicos e sempre que adequado, procurei ainda incluir a abordagem destes focos, ultrapassando assim os constrangimentos temporais, tão frequentemente expressados pelos colegas, como entraves à sua concretização. Procurando alertar para a importância do foco de atenção *Papel Parental*, em paralelo à realização de um trabalho de colaboração, sugerido pela chefia do serviço, aproveitei para disponibilizar alguma bibliografia acerca do tema, que se concretizou no primeiro capítulo do trabalho (Anexo 4).

No caso do serviço de Neonatologia, que vivenciava um momento de adaptação da equipa com a entrada de novos elementos, a implementação de um plano formativo configurava-se como uma necessidade *major* e prioritária pois, na minha opinião, esta estratégia permitiria colmatar os desconfortos sentidos com a existência de práticas divergentes e pouco consensuais na equipa; os momentos de formação contribuem para o desenvolvimento das competências dos elementos mais novos, mas também propiciam um momento de reunião, onde a expressão de opiniões individuais é favorecida e podem ocorrer debates abertos e frutuoso. As prioridades de temáticas não se relacionam, na minha opinião, com a atualização/rigor das práticas, pois essa é uma preocupação intrínseca da equipa, mas antes com as metodologias de implementação, que devem contemplar mais as especificidades de cada elemento/grupo, dando-lhes alguma margem para introduzir o seu cunho pessoal.

No contexto dos cuidados de saúde primários, provavelmente motivada pela minha experiência profissional, procurei desde logo conhecer os procedimentos de atuação em caso de emergência médica, e mais especificamente, no caso de uma reação anafilática após vacinação, cuja gravidade implica uma atuação e coordenação eficaz da equipa de saúde; para além disso, sabe-se que a implementação de medidas e terapêuticas adequadas reduzem a letalidade para menos de 1% (Direção Geral de Saúde, 2011). Apesar da tranquilidade manifestada pela equipa, que nunca experienciou uma complicação deste tipo mas, mesmo assim, conhecedora do plano de atuação recomendado, procurei auxiliar os colegas através da elaboração de um cartaz (Anexo 5), que foi afixado na sala para onde são transferidos os doentes críticos, e onde consta a forma de preparação da medicação

emergente e as doses para utentes em idade pediátrica; a parca experiência de utilização destes fármacos, assim como o *stress* inerente a uma situação deste tipo, creio que podem ser ultrapassados com auxiliares de informação que agilizem a atuação dos Enfermeiros.

Para além disso, durante as consultas de enfermagem e nos momentos de discussão em equipa pude constatar que alguns colegas possuíam pouca informação acerca das estratégias para conciliar o sono durante a infância, e outros colegas subvalorizavam a abordagem deste assunto durante as consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ); propus então à Enfermeira tutora a apresentação de uma sessão formativa, integrada no plano do serviço, alusiva ao tema “Comportamento de Sono-reposo em Idade Pediátrica” (Anexo 6). Após a manifestação de interesse por parte de toda a equipa e dos alunos de enfermagem (do curso de licenciatura, em estágio no serviço), procedi à apresentação da sessão (Anexo 7), que incluiu a abordagem de conteúdos como a evolução do sono na criança/jovem, estratégias para conciliar o sono em cada faixa etária, medidas de higiene do sono, a apresentação do método preconizado por Estivill para “ensinar as crianças a dormir” e ainda uma proposta de registo das intervenções de enfermagem no programa informático do serviço. Contando com uma taxa de adesão de 71% relativamente aos Enfermeiros e de 100% dos alunos de Enfermagem, a avaliação da sessão foi realizada através da aplicação de um questionário (Anexo 8) e da interação durante a formação; as críticas foram positivas, tendo sido salientado pelos Enfermeiros que ficaram mais alertas para a vigilância deste foco e que tiveram a possibilidade de aprofundar os seus conhecimentos nesta área; o restrito tempo disponibilizado foi apontado como única limitação a esta formação. Por forma a consolidar a informação transmitida e servir de guia de consulta foi elaborado um manual, onde se encontram resumidos os conteúdos abordados.

No que respeita à formação para pares, em que é exigido do formador não só o domínio da temática que apresenta, mas também a capacidade de controlar o grupo, direcionando a sua atenção para os temas em questão, revelou-se essencial a exploração acerca das técnicas de comunicação passíveis de ser implementadas e posterior adequação ao grupo de profissionais que tinha pela frente – o nível de desenvolvimento profissional dos formando implicou um conhecimento aprofundado sobre o tema e o estabelecimento do paralelismo constante da teoria para a prática, de modo a captar a sua atenção.

A identificação de necessidades formativas, planeamento, intervenção e avaliação do impacto da formação foram transversais à minha atuação neste estágio, tendo contribuído de forma preponderante no desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de novas

competências na área da formação. Para além disto, procurei adotar um papel ativo junto das equipas, divulgando informação sobre eventos formativos na área da SIJ e motivando para a sua frequência.

3.2. INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

A busca contínua pela excelência no cuidar, que deve motivar qualquer profissional de enfermagem é, atualmente, indissociável de um processo de atualização sistemática do conhecimento, emanado pela investigação científica. Neste âmbito, cabe ao EE uma acrescida responsabilidade no sentido de, além de ser detentor de conhecimentos atualizados, divulgá-los junto da sua equipa e motivar os colegas para esta busca incessante do saber. Assim, tendo em consideração a sua posição privilegiada, próxima da prestação direta de cuidados, este profissional deve zelar pela aproximação da teoria à realidade da prática – assumirá deste modo, uma posição cimeira na promoção sistemática da prática baseada na evidência. Desde a identificação de necessidades/problemas, à reflexão crítica sobre o conhecimento científico atual e à implementação da evidência na prática até à avaliação dos resultados obtidos, a prática baseada na evidência configura-se atualmente como “*o caminho a percorrer*” para alcançar a excelência e a efetividade dos cuidados que prestamos (Dal Sasso Mendes, et al., 2008).

Para além disso, pelo grau de diferenciação que o EE detém, poderá ainda desempenhar o papel de investigador e/ou participar em projetos de investigação.

Porém, na minha opinião, uma das funções mais relevantes do EE neste domínio relaciona-se com a responsabilidade de demonstrar a aplicabilidade prática dos conhecimentos teóricos à sua equipa, ou seja, deve ser capaz de transpor a teoria para a prática, clarificando a sua operacionalização e efetuando os ajustes necessários, face à realidade do seu contexto. Em última instância, um processo de investigação só será frutuoso, quando os resultados forem aplicados em contexto clínico, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Competências desenvolvidas

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências

3. Desenvolver competências para a transposição sistemática da evidência científica atual na prática, nos diferentes contextos assistenciais.

- ❖ Realizar pesquisa bibliográfica, de forma sistemática;
- ❖ Adotar uma postura crítico-reflexiva permanente;
- ❖ Fundamentar sistematicamente a assistência de enfermagem desenvolvida, com base no conhecimento científico atual.

Tendo em consideração as novas realidades com que me deparei neste estágio, senti necessidade de aprofundar conhecimentos em algumas áreas específicas, ora por constituir uma situação completamente nova para mim, ora por o âmbito da assistência implicar uma nova abordagem de um determinado problema/procedimento. Assim, mantendo uma atitude crítica sobre as práticas realizadas e observadas nos diversos locais de estágio, procurei otimizar continuamente a minha atuação sustentando intervenções baseadas na evidência científica atual. Foi neste sentido que, ao longo do estágio, desenvolvi conhecimentos específicos em algumas áreas fulcrais na atuação de um EESIP, nomeadamente:

✓ **Promoção do crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil** (*todos os módulos*): de forma a maximizar as oportunidades de intervenção junto da criança/jovem e família, tornou-se essencial o domínio de um vasto leque de conhecimentos relacionados com a otimização dos processos de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, em cada faixa etária, de forma a refleti-los na minha atuação e procurando assim incitar os Pais sobre as atitudes/comportamentos/atividades a adotar. Para além disso, revelou-se ainda essencial uma reflexão sobre os conhecimentos teóricos nesta matéria, de forma a traduzi-los sob a forma de atividades práticas e simples, que foram sistematicamente transmitidas aos Pais, para que as pudessem executar regularmente e assim promover a concretização do potencial de crescimento e desenvolvimento do seu filho. Estas intervenções implicaram o aprofundamento em algumas áreas, desde a promoção do desenvolvimento psicomotor e afetivo-social do lactente (como por exemplo, a eleição dos brinquedos adequados de acordo com o tipo de aquisição pretendida), a regularização das rotinas da criança (face a comportamentos *major* como a alimentação e a sua integração nas refeições/hábitos da família, ou o sono e as regressões sucessivas na capacidade de o conciliar, associadas aos “surto” de desenvolvimento), o ensino/instrução/treino dos Pais sobre técnicas para ativar o reflexo de calma do bebé (sendo o choro muito angustiante para os pais, é fundamental ensinar-lhes a reconhecer o tipo de choro e as formas de alívio, como a recomendada técnica dos 5 “S”, proposta pelo Pediatra norte-americano Harvey

Karp, que preconiza a aplicação de cinco passos essenciais – *swaddling, side/stomach position, shushing, swinging e sucking* – durante cerca de 15-20 minutos (Karp, 2010)), a imposição de regras e limites na criança em idade escolar (fazendo uso da negociação, do elogio e reforço positivo, em detrimento da punição), até à gestão de conflitos com o jovem (cujas alterações comportamentais, frequentemente difíceis para a família, devem ser geridas com recurso à negociação e estabelecimento de objetivos e metas);

✓ **Monitorização e controlo da Dor na criança/jovem** (*todos os módulos*): a variabilidade no que respeita ao tipo de clientes (RN, crianças e jovens), disponibilidade de analgésicos no serviço, tempo de atuação disponível pelos profissionais e a sensibilidade das equipas de saúde ao tema fundamenta as diferentes posturas observadas nos vários contextos de estágio face ao fenómeno da Dor. Assim, revelou-se determinante a pesquisa acerca dos instrumentos de medida da dor, mais adequados a cada área assistencial/tipo de clientes, de forma a aconselhar e a aplicá-los corretamente na prática (reconhecendo os sinais de dor em cada faixa etária), assim como das estratégias farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor (aplicáveis frequentemente, sem prejuízos temporais, como a contenção, a sucção não-nutritiva ou a imaginação dirigida), atenuando assim as frequentes experiências dolorosas, transversais em todos os contextos da prática;

✓ **Parceria de cuidados** (*todos os módulos*): a aplicação do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, que preconiza não só a integração dos Pais na prestação de cuidados à criança/jovem, mas a sua capacitação para essa assistência, dando à criança/jovem a possibilidade de ser cuidado por uma pessoa de referência, tem que ser encarado e aplicado de diferentes formas, consoante o contexto assistencial em que nos encontramos. Foi precisamente este o desafio com que me deparei ao longo do estágio, que implicou uma pesquisa e reflexão contínuas acerca das estratégias a implementar, em cada caso, para refletir a ambicionada parceria, pois o estado anímico dos Pais e a sua vivência da Parentalidade (como a concretização de um sonho ou com eventuais processos de luto em curso, como o luto do filho imaginado) influencia determinantemente o tipo de atuação indicada;

✓ **O modelo de triagem Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS)** (*Módulo III – SUP*): constituindo a atuação em urgência/emergência uma novidade na minha prática e considerando que neste contexto é determinante o rigor e sistematização da avaliação da condição clínica da criança/jovem, o aprofundamento de

conhecimentos acerca do modelo de triagem em vigor foi essencial. A *PaedCTAS* integra a avaliação de três aspectos essenciais: a primeira impressão da gravidade da doença, a avaliação da queixa principal e relação entre a idade e o comportamento da criança/jovem (Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines for Emergency Departments, 2001); apesar da fiabilidade e eficácia desta avaliação, como pude constatar, é o domínio de conhecimentos específicos sobre os sinais de deterioração clínica e a perspicácia dos profissionais ao transpô-los para a prática clínica, que lhes permite atuar rápida e eficazmente;

✓ **Os cuidados centrados no desenvolvimento do Recém-nascido prematuro (RNPT) (Módulo I e III – Neonatologia):** os conhecimentos anteriores que possuía, decorrentes de alguma experiência prévia com RNPT, revelaram-se claramente insuficientes, tendo sido fundamentais a pesquisa e a reflexão acerca de estratégias para a manutenção das estratégias centradas no desenvolvimento destes bebés após a alta e em contexto domiciliar, onde os recursos são bem distintos dos que se encontram disponíveis nos serviços. Para além disso, a prestação de cuidados a RNPT com patologias graves (do foro cardíaco ou metabólico) também representou um novo desafio, com exigências ao nível do aprofundamento de conhecimentos e reorganização do cuidar, que me permitissem integrar as múltiplas necessidades de cada prematuro, inerentes à unicidade da sua condição clínica.

Competência desenvolvida

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

4. Promover a prática baseada na evidência junto da equipa, de forma sistemática, incidindo sobretudo nas áreas mais pertinentes e sensíveis aos cuidados de enfermagem.

- ❖ Identificar eventuais situações críticas e/ou de risco nos serviços;
- ❖ Comparar as práticas observadas com as recomendadas à luz do conhecimento científico atual;
- ❖ Realizar pesquisa bibliográfica, de forma sistemática;
- ❖ Dialogar com a equipa acerca das eventuais situações críticas e/ou de risco identificadas;
- ❖ Debater junto dos Enfermeiros tutores as estratégias de introdução de alterações específicas que sejam pertinentes à luz da evidência atual, e a sua exequibilidade;

- ❖ Sugerir temáticas e/ou áreas de atuação pertinentes para constituírem alvo de estudo de investigação, a partir dos contextos reais e/ou dos indicadores de saúde identificados.

O domínio de competências diferenciadas ao nível da formação, gestão e prestação de cuidados confere ao EE um papel preponderante dentro da equipa, assumindo com frequência a função de Responsável de turno e sendo encarado como um elemento de referência, a quem os restantes colegas recorrem em caso de dúvida ou indecisão, como pude comprovar nos diversos contextos de estágio. De forma a atingir e manter este elevado nível na *performance* profissional, o EE necessita de desenvolver um trabalho contínuo de atualização, que se configura na análise dos resultados da investigação e sua aplicação nas práticas quotidianas, promovendo assim, de forma sistemática, a prática baseada na evidência.

No contexto da consulta de enfermagem de SIJ pode constatar a aplicabilidade prática, rigor e sistematização com que são conduzidas, em parte decorrentes do apoio fornecido pelo programa informático em vigor – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) –, cujas intervenções associadas ao Foco de Atenção *Desenvolvimento Infantil* orientam minuciosamente a consulta e refletem o nível diferenciado de competências do grupo que elaborou a parametrização. Sendo este recurso tão orientativo para os Enfermeiros, alertando-os acerca dos pontos fulcrais a abordar/vigiar nas consultas, optei por sugerir a introdução de algumas intervenções, relacionadas com a vigilância da progressiva aquisição de competências cognitivas a partir da idade pré-escolar, bastante incompleta/insuficiente nas intervenções parametrizadas; apesar das consultas realizadas pela EESIP não carecerem deste apoio, pois o domínio de competências nesta área permite-lhe uma maior destreza e flexibilidade durante as consultas, o facto de na USF se encontrar em vigor o modelo de atuação por Enfermeiro de Família, implica que estas consultas sejam realizadas por Enfermeiros Generalistas/EE de outras áreas, cuja abordagem beneficiará indubitavelmente deste apoio.

De forma a colaborar com a equipa na gestão de situações mais complexas relacionadas com a sua área de especialização, a EESIP acompanha os colegas na assistência a estes clientes, assim como na elaboração do plano de atuação. Este papel e função dentro da equipa demonstra o reconhecimento dos pares pelas suas competências diferenciadas, estendendo-se ainda a outros domínios como a formação, em que, no momento do meu estágio, a EESIP se encontrava em fase de elaboração de uma

apresentação aos colegas sobre os cuidados antecipatórios na consulta de SIJ. Durante o estágio detetei ainda duas outras áreas que careciam de intervenção a este nível: a abordagem ao foco *Comportamento Sono-repouso*, sobre o qual tive oportunidade de intervir, e a estratégias relacionadas como Comportamento alimentar em crianças/jovens, que apontei como relevante para abordagem por colegas em estágio, em momentos futuros; é esta atitude de aplicação sistemática do conhecimento mais atual na prática e de motivação dos demais colegas para a partilha desta mesma inquietude, que deve ilustrar o comportamento de uma EE.

Na UCC de Matosinhos, a minha experiência em estágio centrou-se na concretização do Projeto Bem-me-quer, um projeto na área da Parentalidade e sob a responsabilidade de duas EE's (uma EESIP e outra de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica), que inclui o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, o Curso de Massagem Infantil e o Curso de Educação Parental. A criação de uma relação terapêutica com os casais grávidos e os Pais, num projeto em que a volição *major* para a possibilidade de intervenção de enfermagem está do lado dos clientes, que terão que comparecer no serviço, assume-se como um aspeto fulcral; para tal, estas EE's lidam com a necessidade de atualização contínua, numa área em que a rapidez de produção/alteração dos conhecimentos é enorme, de dar respostas e orientar Pais, cada vez mais informados e exigentes e assim, conquistar a sua confiança – este constituiu também um dos maiores desafios para mim, neste estágio.

A prioridade no estabelecimento e avaliação de indicadores de qualidade foi a sugestão que apontei neste âmbito da assistência – partindo da análise comparativa entre a informação recolhida na fase inicial (através de entrevista individual aos Pais), com a aplicação do “Instrumento de Avaliação das Competências Parentais” (Anexo 9), e a informação obtida na avaliação final, em que se volta a aplicar este instrumento; a reflexão crítica acerca destes dados resultaria, com certeza, na reformulação de algumas intervenções, contribuindo para uma maior adequação às necessidades dos Pais.

A atual conjuntura económica, que apela à contenção de custos, desafia também a persistência e criatividade dos profissionais, que procuram que as práticas dos seus serviços acompanhem a evolução do conhecimento; disso são exemplos, o percurso alternativo do jovem no SUP, que evita intervalos de espera em salas com decoração mais infantil, conferindo-lhe o estatuto distinto da criança, a que tem direito, e ainda a adaptação realizada pela equipa de Neonatologia que, na impossibilidade de aquisição de material de posicionamento/contenção recomendada pelo projeto NIDCAP aí implementado, encontrou alternativas no material de roupa (os ninhos, por exemplo, adaptados com

toalhas e lençóis). Este esforço louvável de aproximação da teoria à prática retrata a ambição dos EE's.

Um outro aspeto a salientar relaciona-se com a alteração recente para a modalidade de registos em sistema informático, em que os contextos assistenciais hospitalares se encontravam; apesar do inevitável desconforto inerente à mudança, creio que esta inovação trará ganhos num futuro próximo, ao nível da monitorização do trabalho realizado pela equipa de enfermagem (e conseqüente dotação dos serviços) e na obtenção de indicadores de saúde, que permitirão uma melhor “leitura” do trabalho executado e eventual alteração das práticas. Deste modo, procurei incentivar as equipas a registar toda a assistência desenvolvida, sobretudo as intervenções relacionadas com o desempenho do Papel Parental, em que se investe muito tempo mas nem sempre se evidencia rigorosamente nos registos, para que os resultados futuros obtidos ilustrem a realidade dos serviços e permitam assim, traçar planos adequados às necessidades de cada contexto. A minha sugestão em termos de investimento futuro, ao nível da investigação, relaciona-se precisamente com a utilização recorrente do SUP por *Papel Parental Não Adequado*.

Durante este estágio e apesar das limitações temporais que senti, procurei contribuir para a melhoria das práticas observadas nos contextos, através da implementação de estratégias alternativas do cuidar, de forma discreta e devidamente justificada, aquando da prestação de cuidados; disso são exemplos o envolvimento pleno dos Pais nos cuidados (com o incentivo à sua autonomia, em intervenções como a monitorização da temperatura corporal ou a administração de fármacos por via oral, e o ensino/instrução/treino dos procedimentos de enfermagem, como técnica de lavagem nasal ou aspiração de secreções) e a implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor (como a utilização da sacarose a 24% em recém-nascidos e lactentes até aos 3 meses de vida, medidas de contenção ou ludoterapia, nos contextos em que não se verifica frequentemente a sua utilização).

Em suma, considero que esta avaliação sistemática das oportunidades de melhoria em cada serviço e da procura pelas soluções mais adequadas, à luz do conhecimento científico atual, ilustra claramente o papel determinante que o EESIP deve desempenhar, utilizando para tal as suas competências na área da investigação.

3.3. GESTÃO DE CUIDADOS

No âmbito dos cuidados de saúde, as decisões relativas à gestão continuam a requerer a participação ativa dos profissionais de enfermagem que, além de conhecimentos técnicos acerca das práticas recomendadas, detém também capacidades comunicacionais e conceptuais exigidas para conjugar os objetivos pessoais dos profissionais com as ambições, valores e princípios da instituição.

Em virtude da sua formação diferenciada, cabe ao EE a função de gerir os cuidados de saúde prestados, demonstrando pró-atividade na tomada de decisão dentro da equipa multidisciplinar, promovendo boas práticas no seio da equipa de enfermagem e otimizando os recursos disponíveis, com vista à melhoria contínua da qualidade de assistência e da segurança dos clientes. Embora nem sempre assuma a prestação direta de cuidados, o EE mantém, em última instância, a responsabilidade pelos cuidados prestados pela equipa que coordena/supervisiona, devendo ser encarado como um elo de ligação entre os interesses dos clientes, dos profissionais e dos órgãos de administração da instituição.

Ao longo deste estágio procurei investir no desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão e a liderança por considerar parca a minha experiência prévia neste domínio.

Competências desenvolvidas

- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP
- Realizar a gestão dos cuidados na área de EESIP
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP

5. Compreender o processo de gestão dos cuidados de saúde em cada contexto assistencial.

- ❖ Conhecer os princípios que orientam as decisões relativas à constituição de equipas de enfermagem e distribuição de funções;
- ❖ Conhecer o leque de cuidados de saúde proporcionados por cada serviço;
- ❖ Conhecer a dinâmica de funcionamento da equipa;
- ❖ Identificar os protocolos de interligação com outros serviços e instituições, reconhecendo as situações em que estão indicados;
- ❖ Conhecer os protocolos de atuação dos serviços, gerais e em situações específicas;
- ❖ Observar os resultados obtidos com a aplicação da estratégia de gestão de cuidados implementada em cada serviço.

6. Otimizar os recursos assistenciais existentes (humanos e materiais), assegurando a excelência dos cuidados.

- ❖ Conhecer as características dos elementos da equipa de saúde;
- ❖ Observar a atuação do EESIP, dentro da equipa de saúde, e no processo de tomada de decisão;
- ❖ Planear os cuidados de enfermagem previstos, atendendo aos recursos disponíveis nos serviços, e adequando-os às necessidades reais dos clientes;
- ❖ Reconhecer as oportunidades de intervenção de enfermagem, procurando intervir atempadamente, demonstrando flexibilidade e/ou disponibilidade;
- ❖ Descrever os resultados obtidos com a estratégia de gestão de cuidados aplicada em cada serviço;
- ❖ Zelar pela adequada utilização dos materiais e equipamentos (relação custo/benefício);

As intervenções relacionadas com a gestão num serviço de saúde implicam, não só o domínio de conceitos teóricos acerca do tema, mas também um conhecimento aprofundado da sua dinâmica de funcionamento, áreas de atuação e dos profissionais que aí laboram; deste modo, e durante os turnos iniciais em cada contexto de estágio, procurei observar a atuação dos EESIP's na gestão dos cuidados a prestar, tendo constatado que o seu nível de formação e os conhecimentos pormenorizados que possuem acerca das equipas (médica, de enfermagem e de assistentes operacionais) são determinantes no momento da tomada de decisão, permitindo-lhe gerir mais eficazmente os recursos disponíveis.

Para além disso, pude comprovar que o EE é encarado pela equipa como um elemento de referência, a quem os demais colegas recorrem para esclarecer dúvidas sobre a prestação ou a organização mais adequada dos cuidados que tem a prestar; em todos os contextos de estágio, a figura do Responsável de equipa encontra-se adstrita a um EE, contudo, mesmo quando não assume este papel, mantém a responsabilidade e é visto pela equipa como um elemento-chave, sobretudo em situações de maior complexidade.

A experiência em diferentes contextos da prática, proporcionada por este estágio, permitiu-me a observação dos diversos modelos de gestão implementados nos serviços, e a reflexão crítica acerca das vantagens e limitações inerentes a cada um deles, o que contribuiu indubitavelmente para o aprimoramento das minhas competências e conhecimentos nesta área, menos desenvolvida até então e na qual procurei investir.

Em primeiro lugar, posso referir que o modelo de gestão aplicado em cada serviço está intimamente relacionado com as suas características/âmbito de atuação e as características dos profissionais que aí laboram; deste modo, na USF, em que é exigido aos profissionais a execução de um vasto leque de intervenções, em espaços distintos e com público-alvo muito diversificado, vigora um modelo de gestão partilhado, enquanto nos serviços mais diferenciados (SUP e Neonatologia), em que as necessidades se relacionam mais com uma atuação direcionada, rápida e eficaz, em que a presença de um líder é fulcral, estão implementados modelos de gestão mais clássicos.

No caso da USF Horizonte o método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Família implementado preconiza que todos os Enfermeiros assumam a responsabilidade pelos cuidados de um grupo de famílias, incluindo a Enfermeira-chefe, o que limita significativamente o tempo disponível por esta chefia para a gestão. Assim, optou-se por um modelo de gestão partilhado, em que os vários EE's da equipa assumem o compromisso de colaboração nas atividades de gestão, sendo notória a motivação e implicação individual de cada elemento, o que contribui para o ambiente harmonioso de trabalho, que pude experienciar. Para além disso, tive ainda oportunidade de constatar as vantagens associadas à prestação de cuidados por Enfermeiro de Família, nomeadamente o atendimento personalizado, contínuo e de grande proximidade existente; sem dúvida que este método permite a criação de uma relação terapêutica, com disponibilidade e abertura suficientes para os utentes confiarem na qualidade dos cuidados disponibilizados. Em contrapartida, na minha opinião, existe o facto de algumas situações de maior complexidade do âmbito da SIJ, não beneficiarem do atendimento da EESIP, por serem consultadas pelo seu Enfermeiro de Família; no entanto, procuram colmatar-se estas menos-valias com a formação contínua em serviço e com a disponibilidade manifestada pela EESIP em colaborar nestas situações especiais.

Ao longo do estágio tive oportunidade de constatar que, nos serviços em que vigoram modelos de gestão clássicos, os processos de tomada de decisão, quase exclusivamente, na figura da Enfermeira-chefe que, conhecendo aprofundadamente as características das equipas que coordena e com que se articula, modela a sua forma de deliberação; apenas em situações críticas e/ou controversas, é considerada a opinião de terceiros que, habitualmente, são também os EESIP's com mais tempo de experiência profissional no serviço e/ou Responsáveis de equipa. É inegável que o nível de desenvolvimento profissional em que as Enfermeiras-chefes se encontram lhes permite uma análise e resolução de problemas avançada, considerando todas as variáveis, assim

como as implicações das suas decisões a curto, médio e a longo prazo, nos clientes e na equipa de saúde; para além disso, terá que ser reconhecido mérito à rapidez e agilidade com que grande parte dos problemas se soluciona, situação imprescindível para o adequado funcionamento dos serviços que gerem, tão críticos e movimentados.

Porém, considerando que as equipas que gerem são constituídas por elementos com um elevado nível de desenvolvimento profissional e académico, creio que a abordagem através de um modelo de gestão partilhada seria mais proveitosa; os sentimentos de pertença, de envolvimento na tomada de decisão, o respeito pela opinião do grupo, sobretudo em equipas numa fase de desenvolvimento profissional mais avançada, como é o caso destes serviços, contribui para a motivação dos profissionais, ajuda-os a compreender as dificuldades percecionadas por quem gere um serviço e assim facilita a aceitação de decisões que, não sendo as ideais, são as possíveis. Para além disso, a descentralização de funções da figura da Enfermeira-chefe libertar-lhe-ia tempo, que necessita para a realização de outras intervenções.

Gostaria ainda de referir que estou ciente do desafio que representaria a implementação deste modelo de gestão nos serviços, tendo em consideração a dimensão das equipas de enfermagem. Para além disso, sabendo que nem todas as decisões podem, nem devem, ser tomadas em grandes grupos, creio que uma transição gradual para esta realidade seria no entanto, possível, se abrangesse aspetos objetivos da prática quotidiana; será ainda de salientar o empenho demonstrado pelos elementos desta equipa, que se encontram recetíveis a este tipo de mudança, e assim a serem implicados de forma mais ativa na resolução dos problemas quotidianos do serviço e dos clientes.

Nestes serviços, na ausência da Enfermeira-chefe, as suas funções são delegadas no Enfermeiro Responsável de turno que, sendo também sempre um EESIP com avançadas competências ao nível da gestão, liderança e formação, conhece a dinâmica de funcionamento do serviço e os princípios orientadores da conduta a que deve atender de acordo com a política do serviço, sempre que for chamado a tomar alguma decisão. O que me parece mais importante, e que pude comprovar nos contextos de estágio é que este Enfermeiro tem que ser reconhecido como tal pela equipa que coordena em cada turno, fundamentando adequada e sistematicamente as suas práticas e decisões para que, quando necessário, as suas deliberações sejam aceites e respeitadas no seio da equipa.

Apesar de me parecer importante que cada Responsável de equipa imprima o seu cunho pessoal na equipa que supervisiona, também acredito que algumas práticas que devem ser *standardizadas*, para o adequado funcionamento do serviço.

É o caso da definição prévia da constituição e funções de cada elemento da equipa, por turno, determinadas pela Enfermeira-chefe e que respeitam critérios específicos que todos os elementos da equipa conhecem e respeitam; esta definição clara e objetiva de critérios na constituição das equipas parece-me uma das melhores estratégias de gestão observadas, assegurando um nível de qualidade de assistência mais similar em todos os turnos, e contribuindo para o bom funcionamento das equipas (pela prevenção de conflitos).

Para além disso, e atendendo às situações específicas e complexas de cada contexto, a definição de protocolos de atuação pode também assumir um papel primordial na agilização de uma resposta adequada, rápida e eficaz por parte da equipa, que pretende prestar cuidados de excelência à população de que cuida; disso são exemplos os seguintes protocolos:

- ✓ Atuação em caso de **Reação Anafilática pós-vacinal**, na USF Horizonte;
- ✓ Atuação na **Sala de Emergência do SUP**, que define de forma rigorosa e pormenorizada, o nível de participação de cada elemento da equipa de saúde numa situação emergente, sendo alvo de treino frequente;
- ✓ Atuação em casos de **suspeita de abusos/maus tratos no SUP**, que acelera a resposta e sensibiliza os profissionais para a atuação nestas circunstâncias complexas;
- ✓ Aplicação do método **Kangaroo Mother Care** e dos cuidados centrados no desenvolvimento, através da filosofia **NIDCAP**, na Neonatologia;
- ✓ **Monitorização e tratamento da Dor do RN** internado na Neonatologia, que determina intervenções seriadas de avaliação, cujo score determina a medida a aplicar (farmacológica ou não-farmacológica).

Um outro aspeto a salientar relaciona-se com o desempenho de funções do EE que, muitas vezes, ao centrar-se na gestão se afasta da prestação direta de cuidados; reconhecendo que as competências diferenciadas do EE devem ser colocadas à disposição dos clientes, ao nível dos cuidados de saúde primários e no serviço de Neonatologia, estes profissionais cumulam a gestão com a prestação de cuidados, com óbvios benefícios, ao invés do que acontece com o Responsável de Equipa no SUP, cujas inúmeras tarefas de gestão o afastam dos cuidados.

No que respeita à gestão de consumíveis e fármacos, tive também oportunidade de constatar uma grande variabilidade nos tipos de reposição *stock's*, desde o sistema tradicional de distribuição de consumíveis e fármacos (associado a um pedido semanal realizado pela Enfermeira-chefe) aos sistemas de reposição por níveis. Apesar de, nos serviços com um sistema tradicional de reposição, a larga experiência das chefias garantir um suprimento adequado de material e fármacos, o tempo dedicado nesta tarefa, as constantes necessidades de realizar pedidos extra, associados às flutuações nos consumos e a acumulação de consumíveis em *stock's* específicos e pouco usados, constituem limitações importantes a esta forma de trabalho. Por outro lado, nos serviços em que a reposição é feita por níveis, é notório uma diminuição da quantidade de consumíveis e fármacos necessários em *stock* (por a reposição ser mais frequente), ocorrem menos desperdícios de material por caducidade e reduz drasticamente o tempo necessário para a realização deste tipo de tarefas pela chefia.

Tendo em consideração o crítico momento socioeconómico que se atravessa, foi notória durante este estágio, a preocupação das Enfermeiras-chefes em adequar os recursos humanos existentes às necessidades em cuidados; apesar de esta adaptação só ter surgido neste contexto de contenção de custos, parece-me uma medida adequada de rentabilização de recursos.

- ❖ Colaborar com a equipa nos procedimentos de garantia e melhoria contínua da Qualidade;

A preocupação constante com a adequação das práticas ao conhecimento científico mais atual, intrínseca à atuação do EESIP, pretende garantir a segurança e a excelência do seu exercício profissional e da sua equipa. Em consonância com este objetivo surgem as políticas de gestão da qualidade, em vigor nos diversos locais de estágio através da implementação de programas específicos.

Ao longo do estágio procurei colaborar com a implementação e adequação dos procedimentos em vigor, adotando uma atitude crítica a fim de sugerir eventuais alterações, contando para isso com os importantes contributos advindos da minha prática profissional, em que assumo a função de elo de ligação do serviço ao Sistema de Gestão da Qualidade. Foi neste sentido que, por exemplo, sugeri a introdução de um procedimento de verificação dos prazos de validade dos leites adaptados e papas, armazenados na UCC

(Anexo 10); esta verificação previne o desperdício destes alimentos por caducidade, como acontecia, sendo encarado pela equipa como prático, positivo e útil.

- ❖ Sugerir o encaminhamento dos RN's/crianças/jovens e família para os projetos/serviços disponibilizados pela instituição;
- ❖ Estabelecer a articulação com outros recursos da comunidade.

Além do conhecimento acerca do tipo de assistência proporcionada por cada serviço, o EE deve ainda possuir conhecer a panóplia de cuidados disponibilizados por outros serviços da sua instituição, com quem trabalham em colaboração, e pela comunidade, sobretudo dentro da sua área de especialização. Apenas desta forma poderá aconselhar e encaminhar adequadamente os seus clientes, dando-lhes a possibilidade de usufruírem da melhor assistência possível.

Desta forma, ao longo do estágio nos cuidados de saúde primários (Módulo I) procurei compreender o objetivo e orientar os clientes para os projetos/cursos disponibilizados pela ULSM, que tive oportunidade de conhecer e dos quais destaco os seguintes:

✓ **O curso de Preparação para o Parto e Parentalidade**, cuja orientação antecipada (a partir das 20 semanas de gestação) cria uma margem de tempo confortável para a frequência do curso; em simultâneo, a referência realizada a partir deste curso para os seguintes, de Massagem Infantil e de Educação Parental, aumenta a adesão dos Pais;

✓ **O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e o Programa de Intervenção Precoce**, cuja referência se encontra dependente de um diagnóstico, muitas vezes a fase mais difícil do processo, que apela aos conhecimentos diferenciados e perspicácia na deteção de situações de risco na infância e adolescência ou de comprometimento do desenvolvimento, esperadas de um EESIP;

✓ **O Centro de Atendimento a Jovens**, que sendo um espaço anónimo, confidencial e gratuito, pretende sensibilizar os adolescentes e jovens para a promoção de comportamentos de procura de saúde, ao nível da sexualidade, disponibilizando para tal, o apoio e a orientação de técnicos especializados (Câmara Municipal de Matosinhos). Apesar do elogioso trabalho realizado pela EE que aí labora, creio que esta seria uma área prioritária de intervenção para a EESIP, com conhecimentos diferenciados em fisiologia e psicologia do desenvolvimento, que lhe permitem reconhecer as melhores estratégias para apoiar o adolescente no momento de crise que experiencia.

Em contexto hospitalar (Módulo III) procurei, de forma similar, compreender os recursos disponíveis, motivando os clientes a usufruírem das oportunidades e zelando assim pela qualidade dos cuidados prestados. No entanto, compreendi que as equipas não se encontravam igualmente sensibilizadas para a importância deste encaminhamento, desconhecendo inclusive a sua existência ou o seu objetivo, e por isso procurei divulgar estes recursos, dos quais destaco:

✓ **O serviço de Fisioterapia (Neonatologia)**, que durante o internamento e após a alta colabora na assistência ao RN, envolvendo os Pais na execução das técnicas, de forma a que as possam reproduzir no domicílio; porém, esta atuação apenas se verifica ao nível dos cuidados respiratórios;

✓ **O serviço de Terapia Ocupacional**, cuja diferenciação dos profissionais lhes permite uma intervenção precoce preponderante nos cuidados promotores do desenvolvimento.

É ainda de salientar que a articulação entre os serviços hospitalares (Módulo III) e os cuidados de saúde primários é ainda parca, restringindo-se quase exclusivamente às situações que carecem de cuidados especiais de enfermagem, subvalorizando o facto de que uma experiência hospitalar pode acarretar sentimentos de insegurança nos Pais, no momento de trazer o seu filho para casa. Neste aspeto, a organização da ULSM encontra-se claramente na vanguarda, verificando uma proximidade entre os diferentes contextos assistenciais, com claros benefícios para os clientes que sentem que, mesmo em casa, terão facilmente acessível um profissional, em quem confiam e que sabem conhecer a sua realidade. Disso é exemplo a visita a todos os RN's, nas primeiras duas semanas de vida, pelo seu Enfermeiro de Família.

<i>Competência desenvolvida</i>
<ul style="list-style-type: none">• Colaborar na integração de novos profissionais

7. Compreender o processo de integração de novos profissionais.

- ❖ Conhecer o processo de integração de novos profissionais;
- ❖ Analisar criticamente os manuais de integração dos serviços.

Tendo em consideração a relevância que o processo de integração de um novo elemento assume para a equipa e para o novo profissional, torna-se essencial a aplicação de um cuidado e rigoroso plano, que lhe permita obter a segurança necessária para exercer autonomamente a sua prática no final do período estipulado para integração, mas também

que pressuponha flexibilidade suficiente para se adaptar às características de cada profissional. Embora a integração de novos profissionais constitua uma preocupação transversal a todos os contextos de estágio, a formalidade com que o processo se encontra definido é variável.

No caso do SUP, a ausência de um plano de integração formal procura ser colmatada por uma integração direcionada, realizada por um EESIP experiente no serviço; creio que o elevado nível de diferenciação característico deste contexto justifica um planeamento estruturado dos requisitos mínimos exigidos antes do exercício autónomo de um novo profissional, salvaguardando assim os interesses dos clientes, profissionais e instituição.

No caso dos cuidados de saúde primários, e apesar de também não existir um plano estruturado de integração, dispõe de um Manual de Integração, que representa um esforço inicial no sentido de estruturar este processo. Ao longo do estágio, procurei centrar-me na análise crítica deste manual, que se encontrava desatualizado e algo incompleto, tentando assim colaborar com a equipa e motivá-los para a otimização deste processo.

Em oposição, no serviço de Neonatologia, o processo de integração de profissionais encontra-se minuciosamente planeado, sendo orientado por uma EESIP; num momento inicial, é disponibilizada toda a informação relativa ao serviço, reunida sob a forma de um Manual, e posteriormente são definidos os *timings* indicados para o desenvolvimento de cada grupo de competências. Como também neste contexto me foi possível observar a integração de uma colega, pude comprovar as vantagens inerentes a esta sistematização da aprendizagem, em que a exigência, qualidade e diferenciação exigidas aos profissionais são suportadas por alguma flexibilidade em aguardar que estes se sintam seguros para exercer autonomamente, alargando os períodos de integração, sempre que possível.

3.4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

As competências desenvolvidas pelo EE inculcam à sua atuação, nas diversas áreas, um elevado grau de diferenciação, que se deve repercutir na qualidade da assistência disponibilizada. Se nas demais áreas de atuação estes aspetos são relevantes, creio que é no contexto da prestação de cuidados que a sua *performance* mais se deverá evidenciar, enquanto elemento de referência dentro da equipa e constituindo uma mais-valia na prestação de cuidados diferenciados e especializados, adequados às necessidades da criança/jovem e da sua família.

Competências desenvolvidas

- 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
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP

8. Desenvolver competências na área da comunicação com a equipa multidisciplinar e com o RN/criança/jovem e a sua família, promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica.

- ❖ Adequar as estratégias de comunicação à equipa, utilizando argumentos científicos válidos e atualizados para fundamentar o parecer/atuação;

Tendo em consideração as inúmeras situações críticas e complexas com que os profissionais se deparam nos contextos da prática, torna-se fulcral que disponham de habilidades comunicacionais e pedagógicas que lhes permitam comunicar eficazmente as suas decisões, devidamente fundamentadas, unindo e orientando a equipa num sentido comum – aqui se reflete a interação vital das competências formativas, de investigação e de gestão exigidas a um EE, que deve encarar a comunicação como um instrumento decisivo na dinâmica de funcionamento da equipa e no alcance dos resultados pretendidos.

A gestão de equipas de saúde encontra-se envolta em especial complexidade pois, além da presença de vários fatores, comumente reconhecidos como favorecedores de conflito inerentes ao trabalho em grupo multidisciplinar, como é o caso da interação de diferentes personalidades e valores e da gestão das relações de poder existentes (entre Médicos/Enfermeiros/Auxiliares/outros Profissionais) (Vargas, 2010), a complexidade das realidades dos contextos da prática exigem que se lide com elevados níveis de *stress*; é precisamente nestas circunstâncias que as competências do EE se destacam, assumindo um papel determinante na amenização dos conflitos da sua equipa e na negociação de prioridades e formas de atuação com os profissionais de outras classes, com os quais trabalham em complementaridade.

Nos vários contextos de estágio pude constatar que, apesar das inevitáveis especificidades inerentes a cada serviço/equipa, a disponibilidade e abertura dos Responsáveis de Equipa propicia a partilha e incita ao debate crítico das ideias divergentes,

o que contribui diretamente para a satisfação e melhoria contínua do desempenho da equipa; esta postura alarga-se também aos alunos, como pude experienciar, tendo-me sido dada a oportunidade de implementar novas práticas, após devida fundamentação, o que traduz este espírito de inovação e preocupação com a satisfação dos profissionais.

- ❖ Adequar os métodos/técnicas de comunicação utilizados, de acordo com as especificidades inerentes a cada criança/jovem/família e seu contexto;
- ❖ Escutar ativamente a criança/jovem e sua família;
- ❖ Informar a criança/jovem e sua família sobre os cuidados de enfermagem, através de um discurso adequado ao seu nível de conhecimentos, compreensão e estado emocional;
- ❖ Demonstrar respeito pelas convicções e prioridades estabelecidas com a criança/jovem e sua família, procurando integrá-las no processo de cuidados;
- ❖ Valorizar a comunicação não-verbal, em todas as faixas etárias;
- ❖ Demonstrar disponibilidade para atender às solicitações e responder às dúvidas dos Pais, fazendo-o de forma clara e compreensível.

Independentemente do contexto assistencial em que o profissional de enfermagem exerce a sua atuação, a comunicação configura-se como um instrumento preponderante, de uso obrigatório, e que determina em grande parte a forma como se estabelece a relação terapêutica Enfermeiro/Cliente(s); a multiplicidade de contextos e públicos-alvo que caracterizam a realidade da prática exigem o domínio de um amplo leque de competências, que integram todas as *nuanças* associadas ao processo de comunicação.

Uma comunicação eficaz implica que os interlocutores – criança/jovem e profissional – troquem informações, utilizando um “código” que ambos dominem (Oliveira, 2005). Tendo em consideração as diferentes fases de desenvolvimento cognitivo e psicoafectivo da criança/jovem, é necessário um esforço adicional no caso dos profissionais que trabalham na área pediátrica, em adequarem o conteúdo e as estratégias de comunicação, de acordo com o estágio em que essa criança/jovem se encontra (Zavaschi, et al., 2000); é precisamente nesta intervenção que o EESIP pode desenvolver uma atuação diferenciada, na qual procurei investir ao longo do estágio.

O recurso a serviços de saúde por parte da criança/jovem despoleta, na grande maioria dos casos, sentimentos de medo e angústia, ansiedade ou *stress*, inerentes a um processo patológico (reconhecido ou incógnito para a criança/jovem), a experiências negativas anteriores (como é o caso da vacinação nas consultas de SIJ), ou outros motivos,

que dificultam o processo de comunicação; durante este estágio foi interessante constatar que, mesmo nos contextos não-hospitalares, em que os níveis de ansiedade dos Pais seriam à partida inferiores, é notória a transferência destes sentimentos negativos para os filhos, o que se repercute claramente no seu comportamento, dificultando a abordagem. Esta situação é particularmente visível no caso dos lactentes e crianças em idade pré-escolar que, apesar de não compreenderem o real significado da sua vivência, espelham claramente as emoções que absorvem dos seus Pais.

Em contexto do serviço de Neonatologia tive oportunidade para otimizar as minhas competências comunicacionais em particular com o RN prematuro, o que exigiu um processo de observação cuidada e sistemática acerca dos sinais que este pretende comunicar, através dos seus cinco sistemas funcionais: autónomo, motor, estado de consciência, atenção e interação (Als, 1986). A partir da interpretação rigorosa da informação fornecida pelo RN prematuro, a cada momento, procurei transmitir-lhe apenas a informações que este necessitava para se auto-organizar, não o hiperestimulando e propiciando um ambiente adequado, favorecendo assim um adequado desenvolvimento neuronal.

No caso dos lactentes, que utilizam e compreendem apenas a comunicação não-verbal da linguagem, é determinante manter um tom de voz calmo e sereno, um *facis* sorridente e “confortável” (sem expressões que denotem ansiedade), evitando ainda as manipulações bruscas (Hockenberry, et al., 2011); dado que ainda não adquiriram a compreensão da “permanência do objeto” e são muito próximos das figuras parentais, é importante promover a presença e participação dos pais (Zavaschi, et al., 2000).

As crianças em idade pré-escolar são ainda muito dependentes e apegadas aos Pais, pelo que a sua presença continua a funcionar como “ansiolítico”, sobretudo aquando da realização de procedimentos que possam ser entendidos pela criança como ameaçadores. As informações dadas à criança devem ser simples associações de causa-efeito, em que ela é a protagonista (o egocentrismo que caracteriza esta fase de desenvolvimento, não lhe permite compreender algo por comparação com experiências de terceiros) (Hockenberry, et al., 2011).

Quando se trata de crianças em idade escolar, a criança começa a compreender melhor os processos fisiopatológicos das doenças e por isso, procurei explicá-los de forma simples, adequando ao seu nível de entendimento; mais importante ainda é que lhe seja transmitida a importância e objetivo dos tratamentos a que terá que ser sujeita, o que

favorece a sua colaboração que, por sua vez, irá contribuir para o aumento da sua autoestima e autoconceito. Para além disso procurei ainda estar atenta ao aparecimento de medos irracionais (fóbicos), que pudessem surgir, desmistificando-os (Zavaschi, et al., 2000).

Por fim, e no caso dos adolescentes, em que a busca pela identidade e individualidade constituem prioridades, as experiências de dependência e perda de controlo associadas aos processos de doença, podem ser conflituosas. Assim, é fundamental que se demonstre a valorização pela sua opinião no planeamento e prestação dos cuidados, por um lado, e por outro, a compreensão por eventuais regressões comportamentais que apresentem (Zavaschi, et al., 2000).

É ainda de salientar a importância que a utilização da linguagem não-verbal assume em todos os contextos e de forma transversal a todas faixas etárias – apesar de constituir um recurso inequívoco no cuidar do RN e lactente, não deve ser subvalorizado o seu papel na criança, cuja espontaneidade os impede de esconder o que sentem, sendo por isso fundamental avaliar a concordância entre oralidade e expressividade; por outro lado, no caso dos jovens, a presença de gestos repetitivos e tiques, possíveis tradutores de ansiedade, euforia e desconforto, devem ser aferidos com a objetividade/congruência do discurso, pois é precisamente esta eventual discrepância que nos poderá alertar para os seus reais problemas (Hockenberry, et al., 2011).

Não obstante, o comportamento e a perceção da criança/jovem são claramente influenciadas pela atitude das figuras parentais (Bowlby, 1973), pelo que o trabalho desenvolvido com estes é indissociável do cuidar em pediatria. Os pais constituem frequentemente o elo de ligação que nos permite alcançar a confiança da criança e portanto, é fulcral o estabelecimento desta relação terapêutica, que influenciará bastante o sucesso da nossa atuação.

Face às inúmeras situações de *stress* que os Pais experienciam, desde a insegurança inicial para cuidar de um RN que depende inteiramente deles até às situações patológicas mais ou menos recorrentes durante a infância, a atuação do EESIP torna-se essencial pois as suas competências diferenciadas permitem-lhe apoiar convenientemente os Pais, ajudando-os na gestão das sensações e sentimentos negativos que dominam com frequência a sua *psique*; foi precisamente no aprimoramento destas competências que procurei também investir.

Como base a qualquer intervenção junto dos Pais deverá estar subjacente uma adaptação, individual e sistemática, do tipo de linguagem e estratégias de atuação

implementadas, de acordo com as suas características sociais, educativas, económicas ou religiosas; foi neste sentido que procurei descodificar a linguagem técnica e científica para os termos de linguagem corrente, nos diferentes contatos com os Pais. Além disso, o uso de orientações claras e compreensíveis, assim como o reforço dado através da recapitulação e síntese da informação transmitida, no final da intervenção, foram também essenciais.

Considerando que a assertividade terá que ser uma característica constante, procurei implementar outras técnicas de comunicação terapêutica como a utilização da escuta ativa e do silêncio (Riley, 2004) – sobretudo nos momentos de maior ansiedade, pude constatar que os elementos de aceitação/compreensão relacionados com a comunicação não-verbal inerentes a estas formas de comunicação, podem obter resultados mais positivos no apaziguamento da angústia dos Pais, do que propriamente o diálogo de conforto; exprimindo o que sentem a alguém que demonstra disponibilidade para ouvir, os Pais sentem-me mais aliviados e compreendidos. Para além disso, ao privilegiar o silêncio em vez de explicar tudo exaustivamente aos Pais, pude compreender que os posso ajudar mais na organização do seu pensamento e ideias, e assim na identificação das suas reais necessidades de informação; a utilização simultânea da empatia despoleta ainda sentimentos de identificação e proximidade, que permite que os Pais sintam confiança bastante para serem eles próprios, pois o profissional dá-lhes a entender que compreende perfeitamente a situação (Hockenberry, et al., 2011).

Durante o estágio procurei ainda demonstrar disponibilidade e atenção para escutar as suas dúvidas e inquietações, em contexto individual ou em grupo, pois esta informação é preciosa para o diagnóstico de situação. Contudo esta postura revelou-se especialmente importante nos contextos mais diferenciados da prática, em que os Pais se sentem mais afastados dos cuidados aos seus filhos, possibilitando-me a implementação de intervenções dirigidas à redução da distância “Profissional de enfermagem/Pais”, envolvendo os Pais nos cuidados e promovendo assim o estabelecimento da ambicionada relação terapêutica.

Competências desenvolvidas

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EESIP
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP
- Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica

9. Desenvolver conhecimentos e competências especializadas na assistência ao RN/criança/jovem e sua família/Cuidadores, a nível individual e em grupo, nos diversos contextos assistenciais.

- ❖ Observar a EESIP na realização das consultas de vigilância de SIJ;
- ❖ Identificar sinais de alarme, relativamente ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, de forma precoce;
- ❖ Reconhecer a influência do contexto sociocultural em que a criança/jovem está inserido, no seu processo de desenvolvimento;
- ❖ Dialogar com a EESIP acerca das diferentes estratégias e métodos de intervenção;
- ❖ Realizar consultas de vigilância de SIJ, avaliando todos os parâmetros e competências recomendados e integrando sistematicamente os ensinamentos sobre cuidados antecipatórios, de acordo com a faixa etária;
- ❖ Realizar consultas de planeamento familiar;

Não obstante a influência dos aspetos biológicos, sociais e ecológicos no crescimento e desenvolvimento de uma criança, sobre os quais a ação do profissional de saúde é limitada, atualmente é consensual que a saúde infanto-juvenil beneficia claramente com as intervenções de vigilância, prevenção da doença e promoção da saúde (Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2002). A consulta de SIJ reflete claramente esta intenção, destacando-se aqui de uma forma especial as competências diferenciadas da EESIP, que procurei desenvolver através da observação, reflexão crítica e concretização das consultas, por constituir uma área em que não tinha experiência prévia, muito afastada do meu contexto profissional.

Assim, procurei ao longo das consultas e sob orientação da EESIP, identificar as necessidades e recolher as informações relativas ao crescimento/desenvolvimento e estado de saúde da criança, de forma rigorosa e perspicaz; a partir da criação de uma relação de confiança com os Pais, baseada numa comunicação eficaz, procurei ainda recolher informação adicional/relevante acerca dos hábitos alimentares, de atividade física, das atividades de vida diária e do estado de saúde da criança/jovem. Partindo desta colheita e posterior triagem dos dados, foi possível enunciar os diagnósticos de enfermagem adequados, os focos de atenção a vigiar, definir os cuidados antecipatórios, assim como as áreas de promoção da saúde mais pertinentes de intervenção, caso a caso; a intervenção diferenciada da EESIP reflete-se aqui na transposição dos princípios teóricos para a prática, através da implementação de ações direcionadas e de ensinamentos/instruções acerca de estratégias simples, práticas e exequíveis.

Beneficiando do apoio basilar do SAPE, na USF Horizonte a consulta de SIJ é orientada pela aplicação das vigilâncias e monitorizações sugeridas através da introdução do diagnóstico de enfermagem *Desenvolvimento Infantil*, e respetiva intervenção associada *“vigiar desenvolvimento infantil aos (idade)”*, sendo os cuidados antecipatórios protocolados os que constam do Programa-Tipo de Atuação, preconizados pela Direção Geral de Saúde; apesar de este apoio ser fundamental, sobretudo para os colegas menos experientes nesta área, garantindo a abordagem dos principais focos de atenção em cada faixa etária, é também fundamental a implementação de outras estratégias de promoção do desenvolvimento infantil, como foi possível observar nas consultas realizadas pela EESIP e que, também eu procurei incluir.

Um outro aspeto a salientar relaciona-se com o facto de, contrariamente às minhas expectativas iniciais, as oportunidades de contacto em consulta de SIJ foram

maioritariamente com crianças em idade escolar e adolescentes (cerca de 54%) o que, para mim, constituiu uma experiência ainda mais gratificante pois são precisamente estas “franjas” etárias com que tenho menor experiência no meu quotidiano profissional; foi assim possível o desenvolvimento de competências diferenciadas relativas a focos até então menos aprofundados, como o “*Papel do Estudante*”, “*Comportamento de Procura de Saúde*” ou “*Comportamento Sexual*”. Esta oportunidade esteve relacionada com o facto da equipa de saúde onde a EESIP está integrada valorizar a intervenção junto a crianças/jovens com problemas comportamentais/relacionais, agendando consultas regulares, e demonstrando assim a sua sensibilização para os problemas que atingem a sua população, com importantes fatores de risco social presentes.

Durante o estágio realizei 37 consultas de SIJ a RN/crianças/jovens, de várias faixas etárias (Anexo 11), centrando-me na abordagem de alguns focos mais relevantes, de acordo com a fase de desenvolvimento, nomeadamente:

✓ **Recém-nascidos:** *Crescimento* (avaliação antropométrica, evolução ponderal), *Desenvolvimento* (avaliação da atividade reflexa), *Papel Parental* (ensinos aos Pais sobre sinais de fome/saciedade, cuidados com a pele, ciclos de sono do RN), *Amamentação*, *Processo Familiar* (gestão da dinâmica familiar, relações entre irmãos);

✓ **Lactentes:** *Crescimento* (avaliação antropométrica), *Desenvolvimento* (aquisição de competências psicomotoras), *Amamentação*, *Comportamento Sono-Repouso*, *Papel Parental* (ensinos sobre diversificação alimentar, dentição decídua, prevenção de acidentes, estratégias para a promoção do desenvolvimento psicomotor);

✓ **1ª Infância Tardia:** *Crescimento* (avaliação antropométrica), *Desenvolvimento* (aquisição de competências motoras, como andar sem apoio e da linguagem), *Papel Parental* (ensinos sobre hábitos alimentares saudáveis, sono e cuidados antecipatórios – início do treino do controlo esfíncteriano com bacio como atividade lúdica);

✓ **Toddlers:** *Crescimento* (avaliação antropométrica), *Desenvolvimento* (comportamento alimentar, eliminação, hábitos de saúde oral), *Papel Parental* (imposição de regras e limites, promoção do desenvolvimento da motricidade fina e da diversificação da linguagem, sono);

✓ **Idade escolar:** *Crescimento* (avaliação antropométrica), *Desenvolvimento* (comportamento alimentar, papel do estudante, hábitos de saúde oral), *Comportamento de Procura de saúde* (hábitos alimentares, saúde oral, atividade física, prevenção de acidentes); numa consulta motivada por avaliação após tentativa de suicídio (criança de 8 anos), foi necessária uma atuação especializada, na abordagem das motivações da criança

e nos ensinamentos à Mãe para prevenção de repetições futuras, constituindo uma das situações de maior complexidade com que me deparei neste estágio;

✓ **Adolescentes:** *Crescimento e Desenvolvimento* (avaliação antropométrica, estágio pubertário, exame da acuidade visual, desenvolvimento sociomoral, grupo de pares), *Comportamento de Procura de Saúde* (hábitos alimentares, atividade física, uso de substâncias, saúde oral), *Processos Familiares* (gestão do comportamento do adolescente no seio da família).

Durante o estágio tive ainda oportunidade de realizar 3 consultas de planeamento familiar a jovens, cujos principais focos de atenção foram *Comportamento de Procura de Saúde* (hábitos alimentares, exercício físico, saúde oral), *Planeamento Familiar* (ensino sobre colpocitologia, uso de contraceptivos, comportamentos de risco, afetos e emoções, relações com pares), *Papel do Estudante* (projeto de vida).

- ❖ Realizar vacinação a RN's/crianças/jovens;
- ❖ Ensinar acerca da vacinação à criança/jovem, se adequado, e aos Pais/Cuidadores (vacina administrada, reações pós-vacinais e formas de atuação);
- ❖ Contribuir para a monitorização do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV);

A redução da morbimortalidade associada às doenças infecciosas abrangidas com vacina desde a implementação do Plano Nacional de Vacinação (PNV) deve motivar o seu vivo aconselhamento por parte de todos os Profissionais, assim como a monitorização do seu cumprimento (Direção Geral de Saúde, 2011); à EESIP cabe-lhe um papel primordial neste sentido pois é durante a infância que o esquema vacinal é mais alargado e rigoroso. Assim, procurei rentabilizar as oportunidades de contacto, nomeadamente na consulta de SIJ, para proceder à vacinação das crianças/jovens e à monitorização do cumprimento do esquema vacinal por parte de todos os elementos do agregado familiar.

Creio que, ao nível da EESIP, a importância do rigor e eficácia na realização do procedimento técnico é indiscutível e por isso, a minha reflexão baseou-se sobretudo nos ensinamentos a realizar aos Pais. A este nível parece-me fundamental elucidá-los acerca das doenças que prevenimos com cada inoculação, de forma a mantê-los motivados para o cumprimento do calendário vacinal, elogiar a adesão à vacinação e informá-los acerca dos sinais de alarme a vigiar, bem como o *timing* do seu aparecimento, consoante a vacina que foi administrada. É ainda de salientar que, dado o rápido aumento ponderal, sobretudo no

caso dos lactentes, é fundamental conferir com os Pais a dose de antipirético/analgésico a administrar no caso de febre/dor pós-vacinal, evitando assim comuns dosagens subterapêuticas. De acordo com a minha experiência, o momento que me parece mais oportuno para a transmissão desta informação aos Pais é precisamente o que antecede a inoculação da vacina pois, no final do procedimento, a atenção dos Pais é naturalmente mobilizada para o consolo da criança/jovem (que mostra o seu desconforto com a inoculação), diminuindo assim a sua capacidade para assimilar estas importantes informações.

Durante o período de estágio tive oportunidade de vacinar 11 lactentes e 7 crianças no contexto da USF Horizonte; no caso do serviço de Neonatologia não surgiram oportunidades de vacinação.

❖ Realizar Diagnóstico Precoce;

O teste de Guthrie consiste num rastreio realizado a todos os RN's, entre o 3º e o 6º dias de vida, que tem como objetivo o diagnóstico precoce do Hipotireoidismo Congénito e de outras 24 doenças hereditárias do metabolismo, cuja gravidade e tratamento beneficiam de um diagnóstico atempado (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2007).

A realização deste teste é obrigatória antes da alta do RN do serviço de Neonatologia, pelo que existe um minucioso cuidado por parte da equipa na realização atempada deste procedimento e na sua conciliação com um momento em que seja necessário colher sangue para análises ao RN, procurando diminuir assim o número de procedimentos dolorosos.

Durante o estágio tive oportunidade de executar a colheita de sangue para diagnóstico precoce a dois RN's internados na Neonatologia e a um terceiro, em contexto da USF Horizonte; de forma similar a outros procedimentos, reforcei o ensino aos Pais sobre a técnica e objetivo do teste, assim como os informei sobre a forma de consulta do resultado (*online*).

❖ Planear, executar e avaliar uma Ação de Educação para a Saúde, no âmbito da Saúde Escolar;

❖ Discutir com a Orientadora as modalidades de intervenção, adequando-as às características da população-alvo;

Encarando os cuidados de saúde primários como um local privilegiado para a intervenção ao nível da promoção do *Autocuidado* e do *Comportamento de Procura de*

Saúde, e considerando que uma das prioridades para a EESIP consiste precisamente na educação dos Pais e crianças/jovens, no sentido de os incitar a adotarem mudanças positivas e se autonomizarem na tarefa de se manterem saudáveis (Oliveira, et al., 2004), a UCC tem implementado o Programa Nacional de Saúde Escolar, que visa disfrutar desta oportunidade. A Escola, enquanto espaço seguro e saudável, configura-se como um ótimo local para realizar a intervenção no sentido de promover comportamentos saudáveis na comunidade educativa e na comunidade envolvente (Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde, 2006).

Uma das áreas prioritárias de intervenção definidas pelo Programa Nacional de Saúde Escolar é a Saúde Oral, sendo precisamente neste âmbito que tive oportunidade de intervir durante o estágio, participando na implementação do Projeto Sorrisos, em vigor na UCC.

Num primeiro momento, e sob orientação das Enfermeiras da UCC, colaborei na avaliação diagnóstica da saúde oral aos alunos de três turmas do Jardim de Infância de Cruz de Pau; partindo da análise dos dados recolhidos, foi sugerida a realização de sessões de educação para a saúde. Assim, na fase seguinte, a minha intervenção consistiu na elaboração de uma sessão, onde foram incluídas atividades comuns a dois planos de intervenção (Projeto Sorrisos e Passezinho), e que contemplou as características específicas de uma das turmas (Anexo 12). A sessão contou com o entusiasmo e a motivação das crianças, que aderiram às atividades planeadas (Anexo 13); na avaliação da sessão foi utilizada uma abordagem interativa/participativa, que se baseou numa conversa com a mascote “Sorri’ dente”, em que as crianças demonstraram ter adquirido os conhecimentos transmitidos, respondendo corretamente às dúvidas “expostas” pela mascote. A avaliação da técnica de escovagem dos dentes foi também encorajadora, tendo sido utilizado uma *Check-list* de verificação (Anexo 14), sendo a percentagem de cumprimento dos critérios avaliados superior a 60% em todas as crianças.

Na minha opinião, é indiscutível que, apesar do esforço e mérito da equipa de saúde escolar, a inclusão de uma EESIP nesta equipa seria muito vantajoso, pois traria uma visão mais integradora ao planeamento da atuação da equipa, resultante dos seus conhecimentos diferenciados na área da psicologia do desenvolvimento e comunicação com a criança/jovem.

- ❖ Observar o Enfermeiro tutor na prestação de cuidados, ao longo dos diversos postos de assistência do serviço: triagem, sala de pequena cirurgia, gabinete de procedimentos de enfermagem e sala de observação/cuidados intermédios;
- ❖ Identificar os principais focos de atenção a avaliar em cada situação assistencial;
- ❖ Dialogar com o Enfermeiro tutor acerca de estratégias alternativas de abordagem, relativamente a focos da prática de enfermagem, e sua exequibilidade, em cada contexto;
- ❖ Realizar triagem à criança/jovem/família em contexto do SUP;
- ❖ Assistir crianças/jovens/família em contexto do SUP;

Tendo em consideração o nível de diferenciação do SUP e a conseqüente diversidade e complexidade de situações clínicas com que os Profissionais aí se deparam, a especificidade no atendimento proporcionado por um EESIP revela-se determinante, sobretudo em momentos críticos, como pude comprovar.

Apesar dos esforços desenvolvidos, atualmente assiste-se ainda a uma “(...) procura inadequada e excessiva de cuidados de saúde em serviços de urgência, por familiares de crianças em situações de doença aguda, mas não urgente/emergente” (Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012 p. 51); assim, aquando do contato com estas situações, e apesar de saber que a causa é multifatorial, procurei contribuir para a adequação do nível de atendimento/gravidade da situação, informando os Pais acerca da qualidade e maior rapidez de atendimento ao nível dos cuidados de saúde primários.

Contudo, é com a realidade de uma elevada afluência diária que se tem que lidar no SUP e, por isso, encontram-se implementadas algumas medidas minimizadoras desta situação, como é o caso do modelo de triagem que, como pude constatar, diminui a aglomeração de pessoas na sala de espera, agiliza o atendimento dos doentes com necessidade de atendimento mais urgente e acelera o fluxo dos doentes ao longo do “circuito” da urgência. Outros dos procedimentos que me parecem otimizar a assistência no SUP consiste na implementação de protocolos de atuação, face aos Focos de atenção mais frequentes e que exigem uma atuação imediata – este é o caso da *Febre* (em que a administração de antipiréticos se encontra devidamente definida) e da *Convulsão* (cuja sequência de intervenções a implementar está preconizada, assim como a administração de anticonvulsivos); este planeamento demonstra a qualidade da assistência pretendida e resulta da conceção avançada de cuidados dos EESIP’s que aí trabalham.

Ao longo deste estágio, que implicou um esforço acrescido da minha parte pela ausência de experiência prévia, tive oportunidade de assistir crianças/jovens nos diversos postos assistenciais, nomeadamente:

✓ **Na Sala de Triage:** à aplicação do modelo de triagem *PaedCTAS* instituído, que classifica os doentes em função da urgência de atendimento e não da eventual gravidade da situação (Gravel, et al., 2009), está subjacente uma avaliação rápida, criteriosa e objetiva, dirigida à identificação de sinais e sintomas elucidativos para o diagnóstico de enfermagem. Pela complexidade inerente a este momento de avaliação, a minha atuação foi sistematicamente supervisionada e orientada pelo Enfermeiro tutor, tendo procedido deste modo à realização de 73 processos de triagem, cujos focos de atenção mais frequentes relacionaram-se com *Febre, Vômito, Dispneia, Limpeza das Vias Aéreas, Dor, Lesão e Laceração*. Durante a minha atuação procurei explicar cuidadosamente aos Pais a prioridade de atendimento atribuída e esclarecer os sinais e sintomas associados à condição patológica em causa, com o intuito de diminuir a sua ansiedade;

✓ **Na Sala de Cirurgia Pediátrica:** a este nível, grande parte das intervenções são de carácter interdependente, em colaboração com o Cirurgião Pediátrico. Durante a intervenção a este nível tive oportunidade de assistir 2 crianças, com lesões traumáticas (acidente doméstico e queda) em que, não obstante a qualidade e eficácia do tratamento realizado e o controlo da dor, pareceu-me essencial a otimização desta oportunidade para, sem censurar nem emitir juízos de valor, alertar os Pais para as estratégias de prevenção de acidentes. Para além disso, assisti ainda outras 4 crianças, sendo os focos de atenção/intervenções mais frequentes a *Ferida Traumática (realizar tratamento à ferida, ensinar sobre tratamento)* e *Dor (monitorizar dor, administrar analgesia)*;

✓ **No Gabinete de Enfermagem:** a atuação a este nível relaciona-se frequentemente com a execução de intervenções interdependentes, relacionadas com o diagnóstico médico, como colheitas de produtos biológicos para análise ou a administração de fármacos prescritos. Assim, neste contexto tive oportunidade de “*monitorizar sinais vitais*”, “*colher produtos biológicos*” a um total de 25 crianças e de “*administrar terapêutica medicamentosa*” a 8 crianças; os focos de atenção mais frequentes relacionaram-se com *Limpeza das Vias Aéreas* (que implicou intervenções em 4 crianças como “*aspirar secreções*”, “*executar técnica de lavagem nasal*” e “*instruir técnica de lavagem nasal aos Pais*”), *Vômito* e *Diarreia* (em que procedi a intervenções

em 14 crianças, como “*administrar soro de rehidratação oral*”, “*vigiar sinais de desidratação*”, “*ensinar Pais sobre sinais de desidratação*”, “*ensinar pais sobre prevenção da desidratação*”). Apesar dos frequentes constrangimentos temporais, procurei incluir sempre os Pais durante a assistência a este nível, envolvendo-os e instruindo-os acerca da realização dos procedimentos que poderão ser reproduzidos no domicílio (como “*executar técnica de lavagem nasal*” ou “*iniciar rehidratação oral*”), otimizando o desempenho do *Papel Parental* e prevenindo futuros recursos ao SUP por queixas similares. Saliento ainda a atuação diferenciada que procurei implementar aquando da assistência a jovens após tentativa de suicídio (2 casos), cuja abordagem direcionada, sem recriminações e utilizando uma comunicação reveladora de disponibilidade, compreensão, respeito e apoio, permitiram a verbalização de sentimentos/emoções;

✓ **Na Sala de Observações/Cuidados Intermédios:** a necessidade de vigilância motiva este internamento, em que foi notória a preocupação em disponibilizar todo o conforto possível aos Pais, para que estejam presentes e minimizem o impacto negativo desta situação na criança/jovem. Neste contexto tive oportunidade de assistir 10 crianças, cujos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionaram-se com *Dor Presente* (“*gerir analgesia*”, “*aplicar medidas não-farmacológicas para alívio da dor*”), *Ingestão Nutricional Alterada* (“*Gerir dieta*”, “*Incentivar a ingestão hídrica*”), *Vômito Presente* (“*administrar soroterapia*”), *Ferida Cirúrgica [localização anatómica]* (“*vigiar penso de ferida cirúrgica*”), *Dispneia Presente* (“*elevar cabeceira da cama*”, “*administrar oxigenioterapia*”), *Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz* (“*aspirar secreções*”), *Oportunidade para o Papel Parental (Ensinar sobre prevenção da desidratação*”, “*Instruir sobre técnica de rehidratação oral*”, “*Treinar técnica de lavagem nasal*”).

Por fim, gostaria ainda de salientar que durante o estágio não se proporcionou nenhuma oportunidade de observação de atuação de enfermagem na sala de emergência.

❖ Acompanhar o circuito da criança/jovem/família no Bloco e Recobro;

Durante este estágio tive oportunidade de acompanhar o processo de internamento de 2 adolescentes na Sala de Observações, após o Diagnóstico médico de Apendicite aguda. Logo após os contatos iniciais de apresentação aos jovens, ambos manifestaram preocupação e ansiedade face às sensações que experienciariam durante e após a cirurgia, pelo que lhes foram explicados os procedimentos de enfermagem inerentes ao peri-

operatório da cirurgia em causa (Apendicectomia), com o intuito de desmistificar ideias pré-concebidas e serenar as suas inquietudes; procurei ainda averiguar quais as informações que lhes haviam sido transmitidas pelo Cirurgião, fazendo-os deste modo recordar os relatos tranquilizadores que lhes foram comunicados na entrevista pré-operatória e assim, diminuir a sua ansiedade. As características da fase de desenvolvimento em que se encontram e o facto de uma cirurgia se configurar como uma experiência de risco/ameaça de vida é geradora de sentimentos como o medo e a ansiedade, associadas à separação familiar e ao ambiente hospitalar, que deverá ser devidamente abordada pela equipa de enfermagem (Teixeira, et al., 2009); é esta atuação diferenciada de diagnóstico e intervenção que procurei refletir na minha atuação, demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas, privilegiando o acompanhamento pelos Pais e otimizando o conforto (controlo da dor).

- ❖ Observar a EESIP na prestação de cuidados ao RN e família;
- ❖ Dialogar com a Enfermeira tutora acerca das diferentes estratégias de intervenção e sua exequibilidade, caso-a-caso;
- ❖ Apoiar a família do RN internado, identificando emoções e sentimentos experienciados e promovendo a aceitação do estado de saúde do RN;
- ❖ Prestar cuidados diferenciados ao RN prematuro e sua família, demonstrando particular interesse nos cuidados centrados no desenvolvimento e na família;
- ❖ Reconhecer a importância da monitorização rigorosa e controlo da dor do RN;

Apesar da minha atuação na área da Neonatologia não ser inaugural, a possibilidade de aprendizagem proporcionada por este estágio, num serviço diferenciado e com uma equipa com elevado nível de desenvolvimento profissional, representou uma mais-valia, onde a observação da atuação das EESIP's e os momentos de partilha e debate representam o expoente máximo que identifiquei neste contexto.

O nascimento de um filho prematuro, frágil e vulnerável, rompe com o sonho idealizado pelos Pais, dificultando o estabelecimento de laços afetivos, com um bebé cuja sobrevivência é, frequentemente, uma incerteza; nestas situações, procurei recorrer às minhas competências comunicacionais para auxiliar os Pais na superação das diferentes fases do “processo de luto do filho imaginado”, na reorganização das dinâmicas familiares e prioridades, de forma a conseguir envolvê-los, o mais precocemente possível, nos cuidados ao RN.

Considerando que uma prestação de cuidados de excelência ao RN prematuro preconiza, além da resposta adequada a todas as suas necessidades fisiológicas inerentes a um crescimento saudável, a implementação de estratégias promotoras do desenvolvimento, a equipa de saúde optou pela aplicação do programa NIDCAP, que pretende através da manutenção da estabilidade e da organização motora do RN, promover um adequado desenvolvimento neurológico (McAnulty, 2009). Durante o estágio tive oportunidade de conhecer novas estratégias para a implementação dos princípios básicos (como a contenção dos RN's, que é realizada com rolos de toalhas e lençóis, para colmatar a falta de ninhos), motivados em parte, pelas condições físicas e organizacionais do serviço, adversas à plena aplicação do programa; porém alguns aspetos poderiam ser otimizados, como seria o caso da alteração do local de passagem de turno.

Um outro aspeto a salientar é a verdadeira preocupação com a monitorização sistemática da dor do RN que, neste serviço, se concretiza através da EDIN (*Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*) (Anexo 15); inculcando esta boa prática, procurei debater as avaliações sistematicamente realizadas com a EESIP, interpretando a linguagem corporal do RN, assim como as medidas mais adequadas a implementar (farmacológicas ou não-farmacológicas), de acordo com o *score* determinado. No contexto específico deste serviço e dos RN's a quem prestei cuidados, a utilização de medidas não-farmacológicas (como a sucção não-nutritiva, a contenção ou o toque) permitiram, na maioria das situações, o alívio da dor do RN.

❖ Assistir crianças/família em contexto de Neonatologia;

Apesar de um conhecimento teórico prévio, o contacto com as situações no contexto da prática, exigiram uma revisão sistemática de alguns conceitos/procedimentos; ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados a 10 RN's de alto risco, cujo internamento estava relacionado com diagnósticos médicos como Doença Metabólica, Prematuridade, Cardiopatia Congénita, Sofrimento Fetal Agudo, Insuficiência Respiratória, Asfixia Neonatal e Pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Assim, os principais diagnósticos de atenção de enfermagem identificados e intervenções implementadas incluíram *Ventilação Dependente* (manter permeabilidade do tubo endotraqueal, posicionar RN), *Limpeza das Vias Aéreas Ineficaz* (aspirar secreções, otimizar posicionamento), *Ingestão Nutricional Alterada* (iniciar dieta, alimentar RN por sonda gástrica), *Risco de Úlcera de Pressão* (posicionar o RN), *Sução Ineficaz* (alimentar RN por sonda, estimular o reflexo de sucção), *Vinculação Comprometida* (incentivar Pais

para a técnica *Kangaroo Mother Care*, envolver Pais nos cuidados) e *Oportunidade para o Papel Parental* (ensinar sobre amamentação, ensinar sobre cuidados ao RN).

Apesar de alguns RN's serem diretamente internados em cuidados intermédios, pude constatar que, neste serviço, grande parte dos RN's que se encontravam nas salas de cuidados intermédios estiveram anteriormente internados em cuidados intensivos. Assim, é necessária uma especial preocupação por parte dos Enfermeiros em tranquilizar estes Pais, fazendo o “desmame” dos cuidados intensivos e das suas monitorizações constantes, investindo nesta fase, mais incisivamente, no desenvolvimento das competências parentais relacionadas com o cuidado ao RN, pois o momento da alta já se vislumbra mais próximo. Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados a 7 RN's com necessidade de cuidados intermédios, internados por Cardiopatia Congénita, Icterícia Neonatal, Hidronefrose e Prematuridade. Os principais diagnósticos de enfermagem enunciados e respetivas intervenções incluíram *Dispneia* (administrar oxigenioterapia, elevar cabeceiro), *Sução Ineficaz* (estimular sucção, alimentar RN por sonda gástrica), *Risco de Hipóxia* (vigiar sinais vitais, gerir esforço para mamar), *Risco de Desidratação [Fototerapia]* (administrar soroterapia), *Pele Alterada* (vigiar hidratação), *Oportunidade para o Papel Parental* (ensinar sobre cuidados com o RN, ensinar sobre prevenção de acidentes) e *Oportunidade para a Amamentação* (ensinar sobre amamentação, instruir sobre técnica de amamentação).

- ❖ Observar a assistência de enfermagem especializada ao RN na sala de partos;
- ❖ Acompanhar o percurso do RN desde a sala de partos à Neonatologia;

Durante este estágio no serviço de Neonatologia tive oportunidade de presenciar 2 nascimentos por cesariana eletiva, observar os cuidados imediatos ao RN, bem como o procedimento de transporte até à Neonatologia. Apesar de ambas as situações de internamento serem programadas, a ansiedade dos Pais persiste, e por isso procurei esclarecê-los acerca dos cuidados prestados ao RN (nomeadamente no caso de um RN que necessitou de apoio ventilatório) e demonstrei disponibilidade para os receber no serviço, assim que possível. A complexidade que envolve lidar com estes Pais, numa situação crítica, a demanda em cuidados especializados exigidos pelo RN após o nascimento, assim como a enorme variabilidade de eventos críticos possíveis de ocorrer numa sala de partos justificam, na minha opinião, a presença de uma EESIP, cujas competências diferenciadas

na assistência ao RN saudável ou doente e sua família se traduzem numa abordagem mais integrada e eficaz.

- ❖ Realizar a admissão, de forma sistemática do RN/criança/jovem e família;
- ❖ Preparar o regresso a casa do RN/criança/jovem e sua família, de forma sistemática, adequando as estratégias utilizadas caso-a-caso com criatividade;
- ❖ Orientar os Pais sobre a adaptação de dinâmicas familiares, se adequado.

De forma a atenuar a ansiedade inerente à admissão de um RN/criança/jovem numa instituição de saúde e a otimizar a assistência, sobretudo em casos urgentes, cada serviço deve definir claramente a forma como se processa a admissão; no caso do serviço de Neonatologia, pude constatar a articulação imediata da equipa, em prestar cuidados sistematizados (que incluem, por exemplo, a avaliação dos sinais vitais), mas orientados de acordo com as necessidades do RN – esta organização sequencial otimiza indubitavelmente a nossa atuação. Além disso, e após a admissão do RN, é realizada a “admissão dos Pais”; tive oportunidade de realizar duas admissões em que, após a estabilização do RN, foi realizado o acolhimento aos Pais, tendo sido notória a relevância desta intervenção no estabelecimento mais célere da relação terapêutica pretendida e na tranquilização dos Pais, que assim percecionam a implicação dos profissionais de saúde no processo de recuperação do(a) seu/sua filho(a). Além disso, nesse momento, foi também fornecido material de apoio (Anexo 16), onde se encontram resumidas algumas informações relevantes para posterior consulta uma vez que, no momento da admissão, a preocupação e angústia experienciado pelos Pais, prejudica a sua atenção e capacidade de assimilação de informação.

Terminado o processo de admissão, procurei logo que possível iniciar a preparação para a alta, sendo para tal essencial um envolvimento pleno dos Pais nas decisões e prestação de cuidados ao seu filho. Assim, no contexto do SUP impliquei desde logo os Pais, nesta situação habitualmente motivados, na prestação de cuidados, ensinando e instruindo acerca das intervenções relacionadas com o tratamento, prevenção de complicações e promoção de saúde. No caso do serviço de Neonatologia, a sistematização num documento (Anexo 17) de todas as intervenções de ensino/instrução relacionadas com a assistência do RN, orienta a atuação de enfermagem durante o internamento, indicando quais as temáticas que ainda carecem de intervenção e as que já foram abordadas com os Pais; apesar da mais-valia que este documento representa, sugeri que fosse adicionado ao processo do RN imediatamente após a admissão (pude verificar que este documento apenas

era incorporado no processo quando o Neonatologista comunicava a data prevista de alta), permitindo à equipa e aos Pais uma maior margem de tempo para a abordagem das temáticas. Uma maior segurança será certamente sentida por todos os elementos envolvidos, como pude comprovar nos 3 processos de preparação para o regresso a casa de RN's, que realizei.

10. Promover a transição e/ou a experiência da Parentalidade, otimizando as competências dos Pais/Cuidadores para o cuidar ao RN/criança/jovem.

- ❖ Integrar os Pais em todas as fases do processo de cuidados de enfermagem (avaliação inicial, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados), sempre que possível, encarando-os como parceiros nos cuidados;
- ❖ Encarar cada contacto como uma oportunidade privilegiada para a promoção do desenvolvimento infantil, prevenção de doença e promoção de saúde, sempre que se revele oportuno e adequado;
- ❖ Apoiar nos processos de transição da pessoa ao longo do ciclo vital;
- ❖ Demonstrar disponibilidade para esclarecer as dúvidas expressas pelos Pais;

O cuidar em Pediatria é atualmente indissociável da presença dos Pais, também eles já entendidos como um alvo dos cuidados do profissional de enfermagem da área pediátrica, cuja participação ativa abrange todo o processo de cuidados: desde a avaliação inicial das necessidades que identificam e das expectativas que mantêm, a um planeamento conjunto com a equipa de saúde acerca da forma de atuação até à implementação desse plano e avaliação da sua eficácia. Apesar das especificidades inerentes a cada contexto de estágio, procurei ser persistente na inclusão dos Pais em todas as etapas do processo de cuidados de enfermagem, tendo sido notório que, no contexto da USF e UCC, as intervenções centram-se na resposta às necessidades apresentadas pelos Pais, que nos procuram com objetivos definidos (por exemplo, com dificuldade na amamentação), sendo posteriormente fulcral usar de perspicácia para orientação do discurso no sentido do diagnóstico de outras dificuldades, como a gestão das dinâmicas familiares ou integração do novo elemento na família, bastante frequentes; no caso dos contextos hospitalares, em que os Pais experienciam sensações como o medo, perda de controlo e a impotência, crendo que não são as melhores pessoas para cuidar do seu filho, torna-se essencial promover a dissipação destas sensações, através da valorização da sua opinião nas decisões sobre os cuidados à criança/jovem e no apoio e estímulo à prestação de cuidados diretos.

Foi precisamente esta atuação diferenciada que procurei refletir na minha prática, munindo-me de conhecimentos teóricos e competências comunicacionais especializadas, como será expectável a um EESIP.

De todos os contextos onde decorreu o estágio, foi no SUP que senti maior necessidade em alertar a equipa para o envolvimento dos Pais, pois as contingências temporais, necessidade de atuação urgente e o próprio estado psicoemocional dos Pais, que nem sempre lhes permitir decidir e participar adequadamente, condicionam com frequência a sua presença, sobretudo num momento inicial; *a posteriori*, a avaliação dessa intencionalidade fica, por vezes, esquecida ou negligenciada. Contudo, e sempre que possível, é determinante que se vá questionando os Pais acerca da sua intenção/capacidade para estar presente durante a execução de procedimentos, demonstrando compreensão e apoiando-os, sobretudo quando não se sentem capazes de presenciar situações mais complexas.

No caso específico da Neonatologia, em que os Pais se encontram num momento de transição significativo, com um “processo de luto do filho imaginado” em curso, nem sempre o envolvimento dos Pais pode, nem deve ser ativamente fomentado; creio que é preciso dar tempo aos Pais para assimilarem todos os acontecimentos, compreender em que fase do processo de luto se encontram e qual o grau de envolvimento que pretendem nesse momento, mantendo sempre ligeiras alusões de incentivo à participação. O que se pretende é o estabelecimento do vínculo Pais-bebé e por isso, referências repetidas e muito estimuladoras à participação dos Pais podem fazê-los sentir-se pressionados e sugerir que não estão a corresponder às expectativas dos profissionais de saúde, num momento em que ainda não se sentem preparados, nem têm obrigatoriamente que o fazer.

Em suma, é indiscutível a necessidade de incluir e promover a participação ativa dos pais nos cuidados ao seu filho, contudo é também necessária uma avaliação cuidadosa dos Pais, da sua situação e das necessidades da criança/jovem que nos permita definir, em cada momento, qual o nível de participação que será mais proveitosa para ambos.

Sendo o apoio nas transições do ciclo de vida um dos focos de atuação dos profissionais de enfermagem e considerando o evento *major* que o nascimento de um filho significa, pode considerar-se que na atuação em contexto de Neonatologia e dos cuidados de saúde primários, onde estes pais e RN's são assistidos, é indissociável do domínio de competências nesta área do saber. “*A transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e autoredefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida*” (Bridges, 2003, Cit. por Magalhães, 2011, p. 14). Foi precisamente no apoio,

aconselhamento e orientação dos Pais, relativamente aos comportamentos esperados, redefinição de papéis e reorganização da dinâmica familiar que procurei intervir.

É ainda de salientar que a relação terapêutica criada, sobretudo pelos momentos críticos e de transição que partilhei com alguns pais, nos diversos contextos, serviu de base a uma atuação num outro sentido – usufruindo desta proximidade e contacto privilegiado, compreendi que as minhas intervenções, ao nível do ensino/instrução sobre vigilância e promoção do desenvolvimento infantil foram bem sucedidas, por os Pais valorizaram a minha opinião e recomendações; o parecer de alguém que os apoiou e cuidou do seu filho, num momento crítico, assumirá sempre uma especial atenção.

- ❖ Observar a atuação da EESIP no âmbito do projeto Bem-me-quer;
- ❖ Colaborar com a EESIP nas sessões de Educação Parental;
- ❖ Realizar 2 sessões do Curso de Educação Parental, inserido no Projeto Bem-me-Quer;
- ❖ Sugerir aos Pais estratégias de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e de prevenção da doença, usufruindo das oportunidades de contacto que surjam;

Face às exigências da atualidade, torna-se fulcral o investimento e a orientação da nossa atuação para o *empowerment* dos indivíduos, famílias e grupos, que planeiam, em conjunto com a equipa de saúde, os cuidados prestados. Sendo esta a realidade com que cada vez mais nos deparamos nos contextos da prática, a formação dos clientes parece-me representar hoje um dos maiores desafios para os profissionais de Enfermagem.

É neste âmbito que surge o Projeto Bem-me-quer que, entre outras atividades, integra o curso de Educação Parental. Este curso destina-se aos Pais do Concelho de Matosinhos, com filhos com idades compreendidas entre os 1-12 meses de vida, e integra um conjunto de 8 sessões, cujas temáticas abordadas são variadas e adequadas às necessidades de cada grupo de Pais/bebés, garantindo assim a sua eficácia e promovendo a adesão dos intervenientes. Durante o período de estágio tive oportunidade de colaborar com a EESIP na apresentação de duas sessões, cujos temas abordados foram a “Amamentação e regresso ao trabalho” e “Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida”. A observação da forma de atuação da EESIP, assim como a possibilidade de colaboração sob supervisão facilitaram a minha integração nas dinâmicas preconizadas e o estabelecimento da relação terapêutica com os pais, fundamental para o sucesso das minhas intervenções futuras.

Para além disso, tive ainda oportunidade de planear e realizar duas sessões de formação a Pais, o que se revelou também bastante construtivo. A primeira sessão foi dedicada à abordagem do tema “Vigilância de Saúde: Lidar com problemas comuns”, contando com uma taxa de adesão de 87,5% (Anexos 18 e 19). Durante a sessão foram abordados os diferentes conteúdos programados e, paralelamente, foram esclarecidas as dúvidas e solicitada a participação aos Pais, que interagiram de uma forma produtiva, tanto comigo, enquanto formadora, como entre eles. No final da sessão, com o intuito de avaliar o seu impacto e resultados obtidos, foi criado um momento de diálogo, de acordo com as dúvidas apresentadas e com as considerações tecidas pelos Pais, que referiram sentir-se mais seguros e preparados para reagir nas situações concretas abordadas, pelo que se pôde concluir que a sessão cumpriu os objetivos propostos. Creio que a angústia e a preocupação inerentes às situações de doença de um filho, ainda que ligeira, além de perturbarem toda a dinâmica familiar, exigem aos Pais novas competências de resolução de problemas; foi notória a atenção dedicada pelos Pais, sobretudo nas formas de atuação, em cada uma das situações abordadas. A realização desta intervenção implicou não só uma revisão da bibliografia atual, de forma a responder adequadamente às solicitações dos Pais, mas sobretudo um investimento na capacidade de transmitir informação aos Pais, de uma forma simples e prática.

Apesar dos esforços desenvolvidos nos últimos anos, as lesões não intencionais continuam a ser uma das principais causas de morte, hospitalização e incapacidade em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde, 2008). Em Portugal os dados são também muito alarmantes, sendo os traumatismos e lesões resultantes de acidentes rodoviários a maior causa de morte e incapacidade em crianças e jovens (Associação para a Promoção da Segurança Infantil). Tendo em consideração estes dados, creio que o investimento na formação aos Pais, acerca das estratégias de prevenção de acidentes é fundamental. Foi com esse objetivo que elaborei uma sessão para os Pais intitulada “Prevenção de Acidentes no 1º ano de vida” (Anexo 20 e 21), que contou com uma taxa de adesão de 28,5%. As estratégias sugeridas, bem como os exemplos para adaptação das suas casas e os cuidados a ter na eleição do equipamento de retenção foram referidas como muito úteis pelos Pais; a avaliação da sessão consistiu num diálogo proporcionado no final da sessão, em que os Pais salientaram a objetividade e adequação dos conteúdos abordados, que responderam às suas necessidades. Tendo em consideração que esta informação será aplicável ao longo de toda a infância da criança, no final da sessão foram disponibilizados aos Pais dois panfletos, que sintetizam os principais conteúdos abordados (Anexo 22).

❖ Participar em visitas domiciliárias à criança/família;

A visita domiciliar constitui uma oportunidade única de intervenção, aproximando os cuidados de saúde até ao quotidiano dos clientes. Este tipo de intervenção assume em situações de risco ou de transição do ciclo vital uma ferramenta ainda mais eficaz na avaliação da família no seu contexto real, assim como o meio físico-social em que está inserida (Ordem dos Enfermeiros, 2005). O Enfermeiro, e em particular o EE com competências específicas na sua área de atuação, constituem elementos fundamentais neste tipo de intervenção, onde a oportunidade para a promoção e vigilância de saúde se maximiza, como acontece nos casos de visitas nos dias seguintes após a alta hospitalar de um RN/criança/jovem, nas situações de doença crónica e nos casos de “famílias de risco” (Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2002).

A ULSM, reconhecendo a importância deste instrumento, promove ativamente a realização da visita domiciliar, tanto ao nível das USF como das UCC. Procurando responder a este objetivo, foi criado um protocolo que apoia os Pais de RN's prematuros ou com doença que estiveram internados na Neonatologia do Hospital Pedro Hispano, na transição para o quotidiano no domicílio, após a alta; este programa possibilita o contacto com o(a) Enfermeiro(a) de família ao RN/Pais ainda durante o internamento (pré-alta) e garante uma primeira visita domiciliar a esta família, realizada pelo(a) Enfermeiro(a) da neonatologia e pelo(a) Enfermeiro (a) de família. Como pude comprovar, esta estratégia facilita a transição do contexto hospitalar para o domiciliar, envolve em grande *stress* para os Pais, facilita o estabelecimento da relação terapêutica com o(a) Enfermeiro(a) de família, caso ainda não se conheçam e permite avaliar *in loco* a prestação de cuidados ao RN, orientando assim adequadamente as nossas intervenções, face às reais necessidades do RN/família.

Durante o estágio tive oportunidade de realizar uma visita domiciliar a um RN no domicílio, sendo esta uma segunda visita, realizada pela EESIP da UCC; apesar da procura ativa de outras oportunidades de visita junto das EESIP e dos restantes colegas dos serviços, não se proporcionou mais nenhuma oportunidade. A visita domiciliar destinou-se a uma família com um RN prematuro (nascido às 28 semanas de gestação), que tinha tido alta hospitalar há uma semana, sendo o segundo filho de uma jovem sem apoio por parte do Pai da criança. Para além da vigilância da adaptação da Mãe e dos avós desta (que desempenham a figura parental para a Mãe do RN) à integração do novo elemento na

família, através de questões orientadas à satisfação resultante da prestação de cuidados ao RN, dificuldades sentidas e superadas, procurei ainda esclarecer/abordar alguns aspetos relacionados com a alimentação do RN (esterilização dos materiais, horários das mamadas, reconhecer os sinais de fome), comportamento de sono-repouso e eliminação intestinal (instruir acerca das técnicas de massagem abdominal e estimulação retal). Apesar desta experiência isolada, durante a visita pude comprovar o estreitamento da relação e a intimidade que ocorre quando o contacto decorre num ambiente natural – o lar da família – , favorecedores do estabelecimento da relação de confiança preconizada e da mais-valia que constituiu a possibilidade de adaptação das atividades a realizar ao efetivo contexto de vida dos Pais. Sem dúvida que os conhecimentos específicos que a EESIP possui lhe permitem adequar caso-a-caso e com segurança, as práticas ao contexto, disfrutando assim de forma mais plena, das oportunidades disponibilizadas pela abordagem no contexto domiciliar.

- ❖ Incentivar o aleitamento materno;
- ❖ Ensinar sobre amamentação;
- ❖ Instruir sobre técnica de amamentação;
- ❖ Participar na dinamização do Cantinho da Amamentação (CA);
- ❖ Orientar os Pais para o CA, elucidando-os acerca do seu funcionamento e apoio disponibilizado, sempre que se revele oportuno;

A prática do aleitamento materno é das poucas práticas que reúne o consenso geral dos vários profissionais de saúde, enquanto forma mais adequada de alimentar o RN e o lactente, em exclusivo até aos seis meses de vida, e em complementaridade com outros alimentos, dos seis meses aos dois anos. Pelas inúmeras vantagens para a Mãe, para a criança e para a Sociedade, a amamentação deve ser ativamente incentivada pelos profissionais, em qualquer contexto de assistência (Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos bebés, 2008). Foi neste sentido que surgiram os CA's que proporcionam não só um local apropriado para amamentar fora de casa (tranquilo e confortável), mas também um precioso recurso para os Pais, que aqui encontram pessoas com formação específica, que poderão esclarecer as suas dúvidas e apaziguar as angústias, tão frequentes sobretudo nos primeiros dias de vida do RN. Creio que o conhecimento da possibilidade de recurso a estes locais tranquiliza os Pais, que verbalizam precisamente a segurança apaziguadora transmitida pelos profissionais, que os

apoiam através do esclarecimento de todas as dúvidas que vão surgindo, motivando-os assim a prosseguir com a experiência da amamentação.

Para o EESIP o apoio à amamentação deve constituir uma preocupação quotidiana contínua, incentivando e apoiando ao estabelecimento/manutenção do aleitamento materno, podendo ser considerado para si mesmo, um indicador pessoal da qualidade do seu desempenho.

Ao longo do estágio pude comprovar a relevância que os CA's já assumem nas realidades da prática, sendo que todos os serviços onde estagiei possuem um CA.

No contexto dos cuidados de saúde primários, o CA localiza-se na UCC e conta com o apoio permanente de duas EE's; a divulgação deste espaço é realizada pelos Enfermeiros de família, mas também durante o curso de preparação para o parto e Parentalidade. Após ter constatado o desconhecimento deste espaço por parte de alguns pais (que não frequentaram o referido curso) e as dúvidas apresentadas por outros pais relativas ao método de atendimento, procurei elaborar um cartaz de identificação e divulgação do CA, que fosse atrativo e que, simultaneamente informasse acerca dos horários de funcionamento, agendamento de consulta individual com as EE's e contactos telefónicos (Anexo 23); desta forma, promovi a divulgação e dinamização do CA, tendo sido notória a anotação do contacto telefónico pelos Pais, aquando da passagem pelo corredor. Durante o estágio tive ainda oportunidade de assistir 8 Casais/Mães e seus RN's que recorreram ao CA, sendo as intervenções desenvolvidas sobretudo no âmbito de diagnósticos de enfermagem como *Oportunidade para o Papel Parental* (“*Ensinar sobre crescimento do RN/lactente*”, é um exemplo das intervenções realizadas) e *Oportunidade para a Amamentação* (“*Instruir sobre técnica de amamentação*”, “*Ensinar sobre sinais de fome/saciedade do RN*” ou “*Ensinar sobre mamadas [horários e duração]*”). Porém, procurei ainda maximizar estas “janelas de atuação” através da abordagem a outros aspetos, relacionados com os cuidados ao RN, prevenção de acidentes e comportamento de sono-reposo.

No que respeita ao SUP, a amamentação não constitui uma das prioridades de intervenção para os profissionais, por não constituir um frequente motivo de recurso, nem para os Pais, cuja preocupação com a condição clínica da criança não lhes permite ter disponibilidade psicológica para receberem informação acerca deste tema. Contudo, sempre que se proporcionam oportunidades de intervenção, é fundamental que os profissionais de enfermagem intervenham, contribuindo para a manutenção da

amamentação. Foi com este intuito que procurei, ao longo do estágio, conversar com as Mães neste espaço, cuja privacidade proporcionada, facilita o diálogo e promove o estabelecimento da relação terapêutica. Ao constatar que os CA's são frequentemente utilizados pelos profissionais para "isolar" os RN's e lactentes da confusão das salas de espera, enquanto aguardam, além de cumprirem também o seu objetivo inicial de proporcionar um local mais calmo para a amamentação, optei por dinamizar este espaço, elaborando um cartaz alusivo aos benefícios da amamentação (Anexo 24); rentabilizando o tempo que os Pais aí esperam, pretendo motivá-los a manter a amamentação.

No serviço de Neonatologia, existe uma preocupação assídua dos profissionais em incentivar o estabelecimento da amamentação, contrapondo às barreiras impostas pelo internamento do RN. Os constrangimentos físicos deste serviço colocam o CA num espaço muito contíguo e de passagem dos Pais, impossibilitando a privacidade, que apenas é assegurada por um biombo. Efetivamente, na minha opinião, este CA apenas constituiu um local para a extração de leite materno, pelo que a minha sugestão consistiu na passagem da realização deste procedimento junto à incubadora/berço do RN com o biombo, onde a privacidade proporcionada será maior (a Mãe permanecerá resguardada entre a incubadora/berço e o biombo, mais afastada de corredores de passagem do serviço) e onde a Mãe poderá beneficiar do estímulo visual e tátil de estar ao pé do bebé que, como está comprovado, aumenta a produção e facilita a extração de leite materno; os ensinamentos/instruções acerca da amamentação por parte dos Profissionais, encontram também aqui um ambiente mais tranquilo, o que facilita o processo de comunicação.

- ❖ Incentivar a participação dos Pais no curso de massagem infantil;
- ❖ Participar nas sessões de Massagem Infantil;

A utilização da massagem infantil em RN e lactentes reúne dois requisitos essenciais, que tornam esta experiência única e prazerosa, para as crianças mas também para os Pais: por um lado, o efeito do toque terapêutico na reorganização dos sistemas do bebé, na indução de relaxamento e o alívio/prevenção da cólica tão frequente nesta faixa etária, e por outro lado, os Pais que experienciam sensações de autorrealização, competência para o cuidar do seu filho, comunicadas através do *facis* e de todo o corpo do bebé. Contudo, na minha opinião, é o estreitamento do vínculo Pais-bebé que representa o maior benefício da massagem infantil, possibilitando-lhes momentos íntimos únicos de partilha de afetos, essencial nesta fase de desenvolvimento em que por vezes, o cansaço

associado ao cuidado contínuo do bebé prejudica o fortalecimento de laços afetivos; a massagem representa, na minha opinião, uma oportunidade única para a vinculação.

O serviço de Neonatologia possibilita a todos os RN's e Pais internados, a participação no curso de massagem infantil, lecionado por duas EE's do serviço, reconhecendo assim os benefícios associados à aplicação destas técnicas, não só ao nível da interação com o RN e estabelecimento da vinculação Pais/RN (que assume especial importância nestes casos de internamento e ameaça de vida do RN), mas também na indução de estimulação, relaxamento ou alívio do desconforto; como material de apoio é fornecido aos Pais um panfleto, que se disponibiliza em anexo (Anexo 25). Durante o estágio não foi possível assistir a nenhuma sessão por o curso se encontrar num período de pausa, motivado por limitações de recursos humanos do próprio serviço.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, o curso de massagem infantil insere-se no Projeto Bem-me-quer da UCC, sendo também realizado por uma EESIP; durante o estágio tive oportunidade de participar em 5 sessões, podendo constatar os benefícios que lhe são associados como a promoção do bem-estar e conforto, o fortalecimento de laços afetivos e ainda, de acordo com a avaliação dos Pais, o alívio das cólicas.

Sem dúvida que esta experiência aumentou a minha motivação para a realização deste curso, que constitui uma oportunidade única e privilegiada para a intervenção diferenciada num dos focos mais ativos no exercício profissional da EESIP – a *Parentalidade*. Para além disso, como pude constatar a rentabilização destes contactos incluem momentos de ensino/instrução e esclarecimento de dúvidas, favorecidos pelo ambiente tranquilo criado, após a massagem, que apelam às competências diferenciadas do EESIP.

11. Demonstrar capacidade para utilizar linguagem classificada, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), no discurso oral e escrito sobre a prática clínica.

- ❖ Utilizar a linguagem CIPE no discurso oral sobre a prática;
- ❖ Documentar a assistência de enfermagem realizada, nos diferentes programas informáticos dos serviços, recorrendo à linguagem CIPE;
- ❖ Analisar criticamente os registos realizados, sugerindo alterações, se oportuno;
- ❖ Colaborar no desenvolvimento da parametrização do processo de cuidados de enfermagem do SUP, em suporte informático (em curso).

Com o desenvolvimento da profissão de enfermagem cresceu a necessidade da utilização de uma linguagem classificada, tendo então surgido a CIPE que pretende, além da uniformização da comunicação entre profissionais e entre estes e os decisores políticos, a obtenção e tratamento de dados e informações fidedignos para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados das intervenções planeadas e desenvolvimento de políticas de saúde (International Council of Nurses, 2009).

O longo período de utilização do SAPE na ULSM reflete-se na adequação da parametrização existente, contemplando aspetos específicos inerentes a cada contexto da prática, como pude constatar aquando da realização de registos na consulta de SIJ, das intervenções desenvolvidas no âmbito do Projeto Bem-me-quer (associadas ao foco *Papel Parental*) e do Programa de Saúde Escolar (neste caso, relativas aos focos *Comportamento de Procura de saúde [saúde oral]*). A minha intervenção a este nível incluiu uma proposta de alternativas que otimizem o rigor e agilizem os registos de enfermagem nomeadamente, ao nível da USF e durante a sessão de formação a pares, em que foi aceite a classificação do conjunto de intervenções apresentadas associadas ao(s) diagnóstico(s) *Conhecimento Não Demonstrado/Aprendizagem de Habilidades sobre rituais de preparação para o sono*, como proposto. Apesar do carácter contínuo que o processo de otimização da parametrização assume, durante o estágio pude testar a celeridade e rigor com que já é possível documentar a assistência realizada e ainda a mais-valia que as intervenções *standard* constituem na orientação da consulta de SIJ, sobretudo para profissionais menos treinados (como eu própria experienciei nos primeiros dias em estágio). Para além disso, o nível de rigor no registo já possibilita o estudo do impacto da intervenção de enfermagem, através da leitura dos indicadores de saúde, sendo esta informação essencial no planeamento futuro da atuação.

No caso do CHSJ, durante o meu estágio, em ambos os serviços se encontravam na transição para a modalidade de registo informático (JOne[®] no SUP e o SAPE na Neonatologia) e, apesar da relutância demonstrada das equipas, creio que associadas ao processo de mudança, esta evolução tem potencialidades para agilizar e aprimorar o rigor nos registos da assistência de enfermagem; por se encontrar numa fase inicial de implementação, as lacunas e inadequação de alguns aspetos específicos de cada serviço são mais frequentes, mas fazem parte deste processo, que será também contínuo, acompanhando a atualização das nossas práticas.

Além de procurar comunicar com a equipa, sobretudo nas passagens de turno, recorrendo ao uso de linguagem classificada, optei também por debater o rigor na formulação de alguns diagnósticos (como foi o caso da *Oportunidade para o Papel Parental* na Neonatologia, que creio que se adequará melhor à realidade destes Pais, interessados em descobrir a melhor forma de cuidar do seu filho). No caso do SUP, por o programa se encontrar em fase de parametrização, relativamente às intervenções autónomas de enfermagem, procurei colaborar com a equipa, apresentando uma proposta de parametrização relativa a um foco que considerei subvalorizado pela equipa e que, coincidentemente, constituiu o foco central em que me procurei debruçar ao longo deste estágio – *Papel Parental* (Anexo 26).

4. Conclusão

A possibilidade de transposição dos conceitos teóricos até à realidade da prática, configurada na realização deste estágio, permitiu-me uma franca consolidação dos conhecimentos desenvolvidos na primeira fase, mais teórica, do presente curso de MESIP; a preocupação com a atualização das práticas face à evidência científica atual, procurando ativamente disponibilizar aos clientes a abordagem recomendada, traduz a postura a adotar pelo EE, que tentei refletir na minha prática e que visa a excelência dos cuidados.

Face aos constantes avanços científicos e tecnológicos, e às exigências crescentes de uma população cada vez mais informada, os profissionais de enfermagem procuram continuamente apresentar respostas eficazes, tendo por isso ampliado as suas formas e âmbitos de atuação; para alcançar essa conceção avançada do cuidar, é necessário refletir acerca dos objetivos ambicionados e das estratégias a implementar.

Este relatório pretende precisamente ilustrar o caminho percorrido ao longo do estágio, descrevendo os objetivos delineados e o processo de reflexão crítica sistemática acerca das oportunidades de aprendizagem, que se destacaram no meu percurso formativo como EESIP.

Este estágio, que se revelou uma frutuosa experiência de aprendizagem, impulsionou um amadurecimento profissional através do aprimoramento de algumas competências já anteriormente trabalhadas, mas sobretudo apresentou-me uma nova interpretação, sob um outro prisma, da conceção de cuidados que até então realizava. Para além disso, as experiências em contextos mais afastados da realidade do meu quotidiano profissional proporcionaram-me o desenvolvimento de outras competências, cuja oportunidade de exploração, até então, não se tinha proporcionado. Em suma, este estágio permitiu-me o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades relativas à investigação, gestão e prestação de cuidados diferenciados, em contexto hospitalar e na comunidade, de cariz autónomo ou interdependente, com vista ao tratamento/recuperação, prevenção da doença e promoção da saúde das crianças/jovens e suas famílias.

Assim, desenvolvi habilidades especializadas na assistência ao RN/criança/jovem em situação crítica e/ou de elevada complexidade, procurando definir claramente as prioridades de intervenção em cada momento/situação, atuando em conformidade, e

envolvendo logo que possível, os Pais em todo o processo de cuidados, sublinhando assim o *empowerment* que, creio, lhes deverá ser sempre atribuído. Porém, foi ao nível dos cuidados de saúde primários que senti maior evolução, alargando as minhas possibilidades de intervenção aos contextos familiar e comunitário; neste âmbito o desenvolvimento de competências relacionadas com a assistência à criança saudável e o ensino aos Pais sobre promoção do desenvolvimento infantil constituíram as maiores “aquisições”.

Para além disso foi determinante a observação do papel desempenhado pelo EESIP dentro das equipas, encarado como elemento de referência, assumindo frequentemente a função de Responsável de turno e com um papel fulcral nas decisões acerca da gestão dos recursos e dos cuidados a prestar.

Concluída esta etapa, considero que este percurso, preenchido por exigentes e variados desafios, sobretudo relacionados com o exercício profissional em contextos muito distintos da realidade da minha prática, me proporcionou ricas oportunidades de desenvolvimento profissional, a diversos níveis: técnico, reflexivo e relacional. Além disso, a superação da constante dificuldade de gestão do tempo disponível, revelou-se também essencial e refletiu-se num desenvolvimento das minhas capacidades de organização, pesquisa e seleção de prioridades, em cada momento. Em virtude do progresso alcançado, creio ter atingido os objetivos delineados e conseqüentemente, as competências preconizadas, concluindo assim o meu processo formativo enquanto EESIP.

Somente na etapa final deste percurso me foi possível compreender a magnitude da atuação expectável a um EESIP, cujas competências diferenciadas inculcam à sua atuação um carácter mais atento, perspicaz, específico e direcionado às necessidades da criança/jovem e da sua família.

5. Referências Bibliográficas

- ✓ **Abreu, Wilson. 2007.** *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Coimbra : Formasau, 2007. p. 13;
- ✓ **Agência para a Modernização Administrativa. 2008.** UPIP - Urgência Pediátrica Integrada do Porto. *rede comum de conhecimentos.* [Online] 2008. <http://www.rcc.gov.pt/Directorio/Temas/MA/Paginas/UPIP---Urg%C3%A2ncia-Pedi%C3%A1trica-Integrada-do-Porto.aspx>;
- ✓ **Als, Heidelise. 1986.** A Synactive Model of Neonatal Behavioural Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Unit. [autor do livro] J. K. Sweeney. *Physical and Occupational Therapy in Paediatrics.* 1986, Vol. 6;
- ✓ **Associação para a Promoção da Segurança Infantil.** Segurança Rodoviária. *Sitebysite.* [Online] <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,2410111211,1952,2032>;
- ✓ **Barros, Luísa. 1998.** As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica.* 1998, Vol. XVI, pp. 11-28;
- ✓ **Bowlby, J. 1973.** *Attachment and loss.* New York : Basic Books, 1973;
- ✓ **Câmara Municipal de Matosinhos.** Projetos de Apoio ao Jovem. *Netmunicípio.* [Online] <http://www.cm-matosinhos.pt/pages/292>;
- ✓ **Canadian Association of Emergency Physicians. 2001.** *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines for Emergency Departments.* 2001, Canadian Journal of Emergency Medicine;
- ✓ **Casey, A. 1993.** Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. [autor do livro] E. A. Glasper e A. Tucher. *Advances in Child Health Nursing.* London : Scutari, 1993, p. 193;
- ✓ **Casey, Anne. 1995.** Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advancing Nursing.* 1995, Vol. 2, pp. 1058-1062;
- ✓ **Centro Hospitalar de São João. 2012.** *Relatório & Contas 2011.* Porto : Gabinete de Comunicação e Marca, 2012;

- ✓ **Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. 2012.** *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU.* 2012;

- ✓ **Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos bebés. 2008.** *Manual de Aleitamento Materno.* 2008, pp. 8-9;

- ✓ **Dal Sasso Mendes, K., Silveira, R. e Galvão, C. 2008.** Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2008, Vol. 17, pp. 758-764;

- ✓ **Decreto-Lei nº 21/81 de 19 de Agosto.** Diário da República nº 189/81 – I Série A. Assembleia da República. Lisboa;

- ✓ **Decreto-Lei n.º 26/87 de 13 de Janeiro.** Diário da República nº 10/87 – I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa;

- ✓ **Direção Geral de Saúde. 2011.** *Plano Nacional de Vacinação 2012.* Portugal : s.n., 2011;

- ✓ **Direção Geral de Saúde. 2011.** *Plano Nacional de Vacinação 2012.* Lisboa : s.n., 2011;

- ✓ **Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 2002.** *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação.* Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2002;

- ✓ **Estevinho, I. 2007.** Enfermeiros e mães a caminho... da parceria ao empowerment no cuidado! *Servir.* 2007, Vol. 55, pp. 151-156;

- ✓ **Fernandes, A. 1988.** A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. *Saúde Infantil.* 1988, Vol. 2, pp. 117-128;

- ✓ **Gravel, J., Manzano, S. e Arsenault, M. 2009.** Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. *CJEM.* Janeiro de 2009, pp. 23-28;

- ✓ **Hockenberry, M. J. e Winkelstein, W. 2011.** *Wong: Fundamentos da Enfermagem Pediátrica.* 8ª. s.l. : Elsevier Editora Lda, 2011;

- ✓ **Instituto de Apoio à Criança. 1998.** *Carta da Criança Hospitalizada.* s.l., Lisboa : IAC, 1998;

- ✓ **Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2007.** Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. *LV Engine.* [Online] 2007. <http://www.diagnosticoprecoce.org/>;

- ✓ **International Council of Nurses. 2011.** CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda, 2011;
- ✓ **International Council of Nurses. 2009.** *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue.* Genebra : Ordem dos Enfermeiros, 2009;
- ✓ **Jorge, Ana M^a. 2004.** *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem.* Loures : Lusociência, 2004;
- ✓ **Karp, Harvey. 2010.** Help your baby...the Happiest Baby way! *Attention Interactive, Inc.* [Online] 2010. <http://www.happiestbaby.com/learn-about-your-baby-toddler/the-happiest-baby-on-the-block/>;
- ✓ **Magalhães, S. 2011.** Dissertação de Mestrado. 2^a *A vivência de transições na Parentalidade face ao evento da hospitalização da criança.* Porto : s.n., 2011. p. 14;
- ✓ **McAnulty, G. [et al]. 2009.** Individualized developmental care for a large sample of very preterm infants: health, neurobehavior and neurophysiology. *Acta Paediatrica.* 2009, pp. 1-7;
- ✓ **Ministério da Saúde. 2008.** Cuidados de Saúde Primários: Modelos Organizacionais. *Web site de LV Engine.* [Online] 2008. <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=45>;
- ✓ **Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde. 2006.** Plano Nacional de Saúde Escolar. *Despacho n.º12.045.* Lisboa : s.n., 2006;
- ✓ **Oliveira, Ana M. [et al]. 2005.** Preparação da criança e família para a cirurgia - a importância do papel do enfermeiro. *Servir.* Julho/Agosto de 2005, Vol. 53, pp. 202-205;
- ✓ **Oliveira, Gisela. 2005.** Comunicar numa situação de emergência ou crise. [autor do livro] Prevenção e Segurança Associação Portuguesa de Riscos. *Riscos.* 2005, pp. 114-120;
- ✓ **Oliveira, H. e Gonçalves, M. 2004.** Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Revista Brasileira de Enfermagem.* Nov/Dez de 2004, Vol. 6, pp. 761-3;
- ✓ **Ordem dos Enfermeiros. 2010.** *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa : s.n., 2010. pp. 1-10;
- ✓ **Ordem dos Enfermeiros. 2011.** *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume II.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2011;

- ✓ **Ordem dos Enfermeiros. 2005.** Proposta: Implementação e Consolidação do Enfermeiro de Família em Portugal. [Online] 2005. <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/3/3.pdf>;
- ✓ **Organização Mundial de Saúde. 2008.** *World report on child injury prevention*. Geneva : World Health Organization, 2008;
- ✓ **Reis, Gina M^a. 2007.** Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. *Expectativas dos Pais durante a hospitalização da criança*. Porto : s.n., 2007;
- ✓ **Riley, J. B. 2004.** *Empatia: Comunicação em Enfermagem*. 4^a. Loures : Lusociência, 2004. pp. 131-154;
- ✓ **Teixeira, E. e Figueiredo, M. 2009.** A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Referência*. II Serie, Março de 2009, Vol. 9, pp. 7-14;
- ✓ **Unidade Local de Saúde de Matosinhos. 2011.** *Manual de Integração: USF Horizonte*. 2011;
- ✓ **Unidade Local de Saúde de Matosinhos. 2009.** *Plano de Ação 2010-2012: UCC de Matosinhos*. Matosinhos : s.n., 2009;
- ✓ **Vargas, Maria do Carmo. 2010.** *Gestão de conflitos e Desgaste Profissional no bloco operatório: o caso dos Enfermeiros*. Lisboa : s.n., 2010;
- ✓ **Zavaschi, M, Lima, D e Palma, R. 2000.** Interconsulta psiquiátrica na pediatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22, 2000, Vol. II, pp. 48-51.

ANEXOS

ANEXO 1

Cronograma de estágio

Cronograma de Estágio

Ano	2012		2013
	1º Semestre	2º Semestre	
Semestre	1º Semestre	2º Semestre	3º Semestre
Datas	De 23 de Abril a 23 de Junho	De 1 a 27 de Outubro	De 26 de Novembro a 2 de Fevereiro
Módulo de estágio	Módulo I - Saúde Infantil	Módulo III - Serviço de Urgência Pediátrica	Módulo II - Serviços de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica
Locais de estágio	Unidade Local de Saúde de Matosinhos: Unidade de Saúde Familiar Horizonte e Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos	Centro Hospitalar de São João: Serviço de Urgência Pediátrica	Creditação Módulo II por experiência profissional

ANEXO 2

Certificados de Formação



Ilustre Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid

D^a. Sara Gasco González, Secretaria del Ilustre Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid, del que es Presidente El Ilmo. Sr. D. Pedro Domingo Bejarano Soletto.

CERTIFICA

Que D^a. LILIANE FILIPA ARAUJO FERREIRA ha realizado el curso "URGENCIAS EN PEDIATRÍA" celebrado en el HOSPITAL QUIRÓN del 20 al 24 de octubre de 2008, con una duración de 25 horas lectivas.

Esta actividad docente (con nº de expediente 08/3629), está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid - Sistema Nacional de Salud, con 3,4 créditos de formación continuada.

Y para que así conste a los efectos oportunos, expido el presente que firmo en la ciudad de Madrid a 24 de octubre de 2008

V^o.B^o.
EL PRESIDENTE.



LA SECRETARIA.



Certificado




Certifica-se que **Liliane Filipa Araujo Ferreira** participou no **Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico** realizado em 4 de Junho de 2011, no “Hospital Cuf Porto”, com a duração de 4h, tendo como formadores o Dr. Emídio Carreiro - Pediatra (CAP- EDF 439767/2007 DN) e o Dr. Francisco Cunha - Pediatra (CAP- EDF 419498/2006 DN).

São Mamede de Infesta, 4 de Junho de 2011



(Dr. Emídio Carreiro)



(Dr. Francisco Cunha)

Forped - Formação em Pediatria, Lda
R. Eduardo Martins Quelhas Lima, 205
4465 - 331 S. Mamede de Infesta

www.forped.pt
forped@sapo.pt



DECLARAÇÃO

LILIANE FERREIRA, esteve presente no 17º Curso de Emergência Neonatal para Enfermeiros, da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência, realizado na CESPÚ – FAMALICÃO, no dia 07 de Outubro de 2011.


Este curso tem a duração de 7 horas (teóricas e práticas) abordando os seguintes temas:

- Características do recém-nascido de termo
- Características do recém-nascido pré termo
- Reanimação do recém-nascido / neonatal
- Ventilação do recém-nascido
- CPAP Nasal
- Cateterismo umbilical e periférico
- Medicação de emergência
- Malformações congénitas
- Cardiopatias congénitas
- Patologias cirúrgicas
- Transporte do recém-nascido de alto risco
- Promoção do aleitamento materno no recém-nascido de alto risco

Famalicão, 07 de Outubro de 2011

A Coordenação

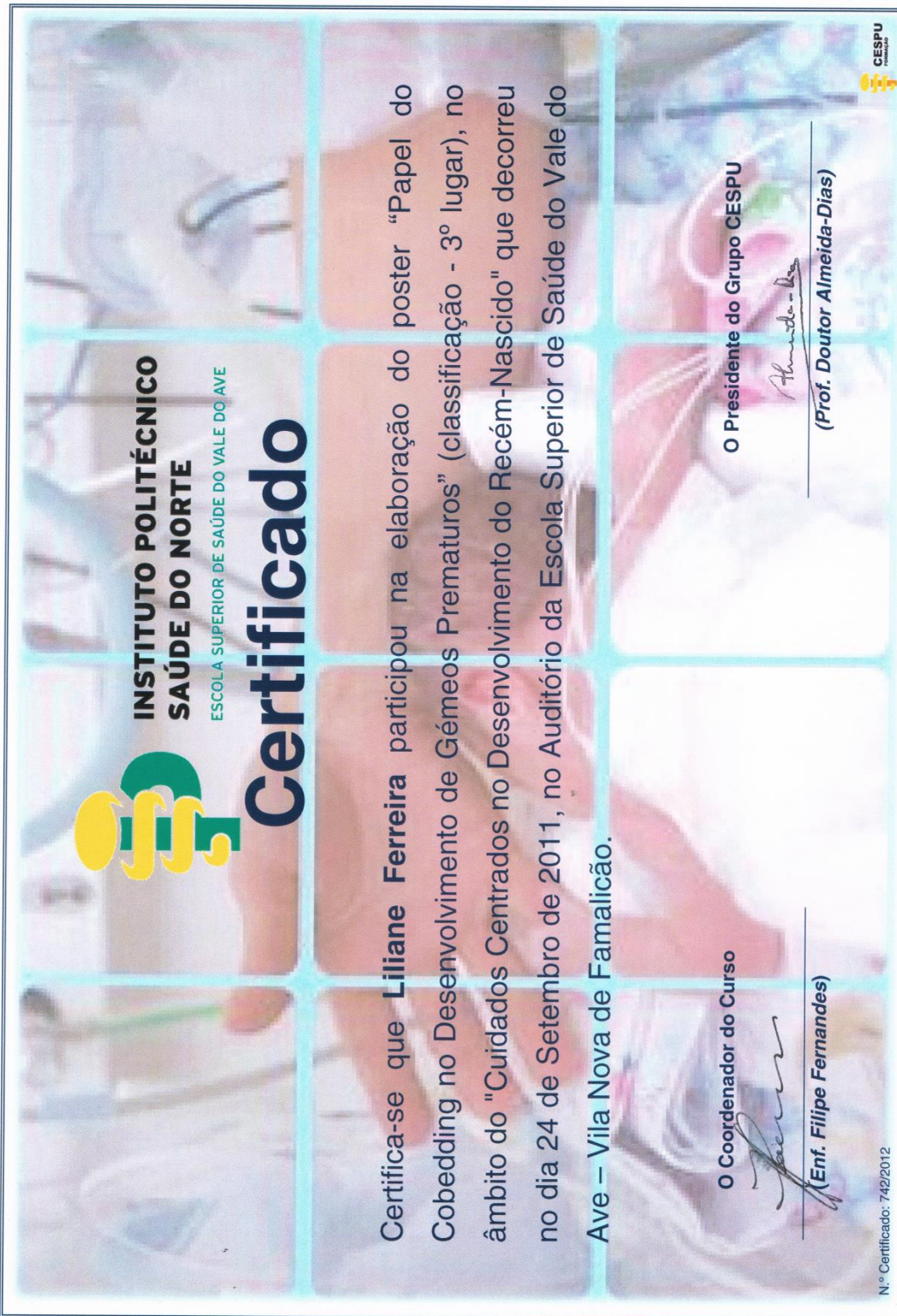

Florbela Neto



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
ENFERMEIROS DE URGÊNCIA

NOTA: Esta declaração não serve de comprovativo de aprovação e certificação CENE.

Rua João das Regras, 68 - 1º Frente • 4000-290 Porto
Tel: 222 022 028 • Tlm: 965 622 325 • geral@apeu.pt • www.apeu.pt







**INSTITUTO POLITÉCNICO
SAÚDE DO NORTE**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE


Certificado

Certifica-se que **Liliane Ferreira** participou na elaboração do poster “Papel do Cobreeding no Desenvolvimento de Gémeos Prematuros” (classificação - 3º lugar), no âmbito do “Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido” que decorreu no dia 24 de Setembro de 2011, no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave – Vila Nova de Famalicão.

O Coordenador do Curso

(Enf. Filipe Fernandes)

O Presidente do Grupo CESPU

(Prof. Doutor Almeida-Dias)

N.º Certificado: 742/2012



ANEXO 3

Programa das “XLI Jornadas Nacionais de Neonatologia”

XLI Jornadas Nacionais de Neonatologia

Cirurgia e Cardiologia Neonatal

Escola de Ciências da Saúde, Universidade Minho - Braga
9 a 12 de maio de 2012



Centro Histórico de Braga – António Manoel 2011



Comissão Organizadora Local:

Albina Silva
Almerinda Barroso Pereira
António Matos
Carla Sá
Eduarda Abreu
Isabel Cunha

Comissão Científica:

Maria Ana Sampaio
Maria João Baptista
Jorge Correia Pinto
Daniel Virella
Paula Guerra
Almerinda Barroso Pereira
Rosalina Barroso
Gustavo Rocha
José Luis Nunes

ENVIAR FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O SECRETARIADO

Morada: Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Seção de Neonatologia
Teresa Ribeiro
Rua Viriato
1090-089 Lisboa

Mail: seccao.neonatalogia@gmail.com
Tel: 21 318 41 01

Caros Colegas e Amigos:

As inovações em cirurgia e cardiologia neonatal justificam que organizemos as XLI Jornadas Nacionais de Neonatologia em colaboração com a Sociedade de Cardiologia Pediátrica e a Sociedade de Cirurgia Pediátrica.

Vamos abordar o que há de novo em cirurgia neonatal e cardiologia neonatal numa reunião multidisciplinar, desde o diagnóstico até ao tratamento do RN. Teremos oportunidade de ouvir e debater ideias com peritos nacionais e convidados estrangeiros.

No programa constam dois cursos teórico – práticos de muito interesse. Um workshop sobre cuidados ao RN com ostomias intestinais e um curso sobre nutrição do RN.

As XLI Jornadas Nacionais de Neonatologia vão realizar-se em Braga, em 2012 Capital Europeia da Juventude, e muito perto da cidade de Guimarães este ano Capital Europeia da Cultura.

A todos os congressistas desejamos que aproveitem as Jornadas para atualização de conhecimentos em temas importantes no diagnóstico e tratamento dos RN, mas também que usufruam das cidades de Braga e Guimarães, que no ano 2012 têm uma oferta cultural diversificada e de qualidade.

Bem-vindos a Braga.

A Presidente da Seção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Almerinda Barroso Pereira

Organização:
Seção de Neonatologia da SPP
Sociedade de Cardiologia Pediátrica
Sociedade de Cirurgia Pediátrica



**XLJ Jornadas Nacionais de Neonatologia
Cirurgia e Cardiologia Neonatal
Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho - Braga**

Quinta-feira – 10 de maio de 2012

- 08.30 Abertura do secretariado
- Cardiopatias Congénitas
- 09.00 Diagnóstico pré natal
- 09.20 Triagem, terapêutica e transporte
- 09.40 Discussão
- Aspectos Importantes no RN com Cardiopatias
- 10.00 Interação coração - pulmão
- 10.20 Monitorização do doente cardíaco
- 10.40 Discussão
- 11.00 ☕ Café
- 11.30 Conferência
O contributo da ecocardiografia funcional na prática clínica diária
- 12.00 Sessão de abertura
- 12.30 Almoço
- 14.00 Comunicações orais e posters em sala
- Arritmias Neonatais
- 15.00 Diagnóstico
- 15.20 Terapêutica
- 15.40 Discussão
- 16.00 ☕ Café
- Canal Arterial no RN pré termo
- 16.30 Acetilar a hipótese nula?
- 17.00 Discussão
- 17.30 Assembleia Geral
- 20.30 Jantar Social



**XLJ Jornadas Nacionais de Neonatologia
Cirurgia e Cardiologia Neonatal
Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho - Braga**

Sexta-feira – 11 de maio de 2012

- 08.30 Comunicações orais e posters em sala
- O Passado e o Presente da Cirurgia Neonatal
- 09.30 O passado
- 09.50 Novas técnicas cirúrgicas
- 10.10 Discussão
- 10.30 Conferência
Hérnia diafragmática congénita
- 11.00 ☕ Café
- Lábio Leporino e Fenda Palatina
- 11.30 Diagnóstico Pré Natal
- 11.50 Tratamento Cirúrgico
- 12.10 Tratamento Médico
- 12.30 Discussão
- 13.00 Almoço
- 14.30 Comunicações orais e posters em sala
- Enterocolite Necrosante
- 15.30 Fisiopatologia
- 15.50 Probióticos na prevenção da NEC
- 16.10 Tratamento
- 16.30 Discussão
- 17.00 ☕ Café
- Conferência
- 17.30 Leite materno na nutrição do RN pré termo
- Conferência
- 18.00 Tipo de parto e microbiota
- 18.30 Encerramento
- Atribuição de Bolsas e Prémios

Quarta-feira – 9 de maio de 2012

14.30 Workshop: Cuidados a RN com ostomias intestinais

Sábado – 12 maio de 2012

9.00 Curso Pós – Congresso: Nutrição do Recém-nascido

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

MORADA: _____

CÓD. POSTAL: ____ TELEF: _____

TELEMÓVEL: _____

MAIL: _____

ESPECIALIDADE: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____

INSTITUIÇÃO _____

NOME: _____

MORADA: _____

CÓD. POSTAL: ____ TELEF: _____

FAX: _____

Inscrição :
Especialistas – 10€
Internos – 8€
Curso – 4€

Modalidades de pagamento Cheque
 Transferência Bancária para conta nº

0033 0000 00480288656 80

* A inscrição inclui almoço de trabalho, café e apoio bibliográfico

ANEXO 4

*Primeiro Capítulo do trabalho realizado no âmbito do Módulo III –
Urgência Pediátrica, intitulado “Papel Parental: uma breve
contextualização*

Papel Parental: uma breve contextualização

Ao longo de todo o ciclo vital do Ser Humano, a tarefa de “tornar-se” e “ser-se” pais representa um dos maiores desafios a experienciar, mas também um dos mais recompensadores; o conhecimento atual permite-nos afirmar que esta experiência introduz profundas e irreversíveis alterações no psiquismo e no próprio cotidiano dos Pais e da família (Zornig, 2010).

O conceito de Parentalidade é relativamente recente, tendo surgido por volta dos anos 60, quando foi notório algum interesse em compreender o processo que origina a relação entre Pais e filhos e a sua evolução (Zornig, 2010). Atualmente e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2005), a Parentalidade é entendida como uma *“Acção de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*. Desta forma, e em primeiro lugar, o exercício da Parentalidade pretende garantir a sobrevivência da criança. Para além disso, tem como propósito promover o desenvolvimento das habilidades e capacidades necessárias para que aquela criança cresça e se torne num adulto autossustentado; por fim, os Pais ainda pretendem desenvolver na criança comportamentos que maximizem os valores e as crenças culturais da sociedade em que vivem (Hockenberry & Wilson, 2005).

De facto, a integração de um novo elemento na família pode desencadear mudanças desenvolvimentais mais profundas do que qualquer outra alteração no ciclo vital da família; há necessidade de aprender novas competências, desenvolvem-se novas relações e as relações previamente existentes, reajustam-se (Nyström & Öhring, 2004). Considerando que a Enfermagem é uma ciência que centra o seu estudo na resposta humana à doença e aos processos de vida, a transição e vivência da Parentalidade constitui um dos seus focos de atenção; este fenómeno assume particular importância para o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, que lida continuamente com implicações associadas ao desempenho do Papel Parental.

Será ainda importante realçar que a vivência de cada experiência de Parentalidade, inclusive pela mesma pessoa, é única pois esta carece da influência de diversos fatores, relacionados com a criança (como o temperamento ou o peso à nascença), com os Pais (como as recordações da

educação da infância ou o nível de formação) e com a própria situação (como os sistemas de apoio parental disponíveis ou o *stress*). Estes fatores determinam a natureza da Parentalidade e a competência para o desempenho do papel parental (Secco & Moffatt, 2003).

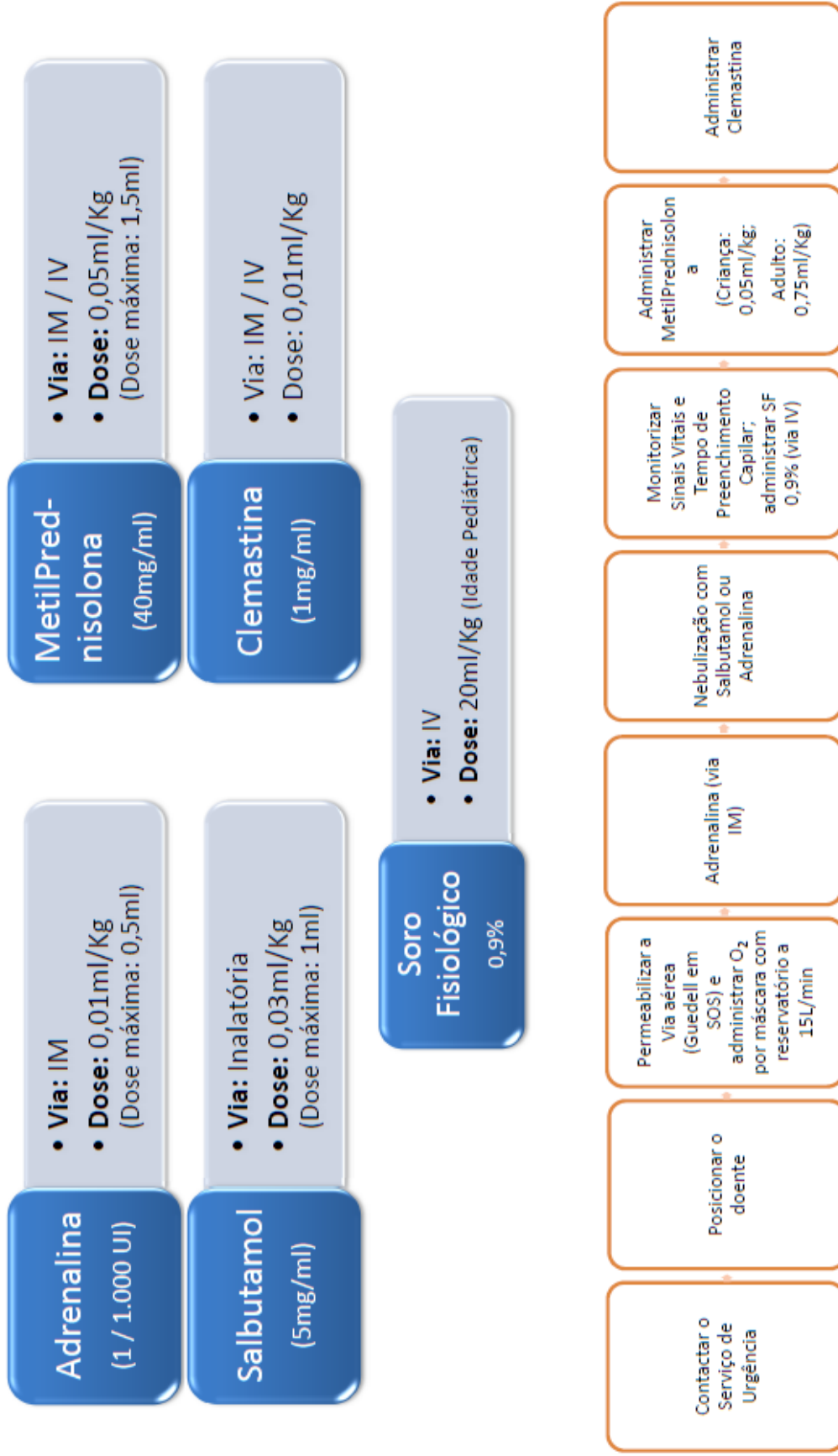
Em suma, o processo de transição e vivência da Parentalidade exige um compromisso constante e exigente por parte dos Pais, no qual a intervenção dos profissionais de Enfermagem, e em particular do Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, poderá ser determinante, favorecendo o *empowerment* dos Pais; deste modo, é-lhes dada a possibilidade de concretizarem o processo de Parentalidade que planearam para si próprios e para o seu filho (Nyström & Öhrling, 2004).

No contexto específico do serviço de urgência pediátrica, a brevidade do contacto com a criança e pais, bem como a multiplicidade de intervenções solicitadas a cada profissional de enfermagem limitam significativamente o tempo para a atuação no âmbito do Ensinar/Informar. Contudo, e sempre que oportuno, o Enfermeiro não deve negligenciar o potencial da oportunidade que lhe é dada num contacto com uma criança e seus Pais pois, o carácter de *stress*, e muitas vezes de risco de vida, associadas a uma ida ao serviço de urgência, alertam a criança e/ou pais para uma necessidade, estando por isso nesse momento mais predispostos a adotarem comportamentos preventivos ou promotores de saúde.

ANEXO 5

*Cartaz elaborado para a sala de emergência da USF Horizonte:
“Medicação de Emergência e Protocolo de Atuação”*

Reação Anafilática: Medicação de Emergência



(Plano Nacional de Vacinação - 2017)

ANEXO 6

*Plano da Sessão de Formação a Pares: “Comportamento Sono-
Repouso em Idade Pediátrica”*

PLANO DA SESSÃO	
PROJETO: Formação Contínua em Serviço	NOME: Comportamento Sono-Repouso em Idade Pediátrica
FORMADOR: Enf.ª Estagiária MESIP Liliane Ferreira	LOCAL: Sala de Reuniões da USF Horizonte
PÚBLICO-ALVO: Enfermeiros e alunos de Enfermagem da USF Horizonte	HORA DA SESSÃO: 13H30
DATA: 31 de Maio de 2012	TEMPO PREVISTO: 60 minutos
OBJETIVOS GERAIS DA SESSÃO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar os Enfermeiros sobre a evolução e características do sono, em cada fase de desenvolvimento da infância e adolescência; ▪ Alertar os Enfermeiros para a importância do foco de atenção Sono. 	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA SESSÃO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre a fisiologia e desenvolvimento do sono, desde a vida intrauterina até à idade adulta; ▪ Informar sobre os critérios de avaliação e a construção do processo de cuidados de enfermagem, relativamente ao Foco de atenção Sono; ▪ Instruir sobre intervenções de enfermagem a adotar, de acordo com a idade da criança/jovem; ▪ Informar sobre documentos auxiliares na consulta de enfermagem.

Sessão: Comportamento Sono-Repouso em Idade Pediátrica						
FASE	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	METODOLOGIAS	OBSERVAÇÕES	RECURSOS
INTRODUÇÃO	2 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do tema a abordar na sessão; ▪ Avaliação da motivação e dúvidas dos Enfermeiros para a temática. 		Expositiva / Participação Ativa		
DESENVOLVIMENTO	50 Min.	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem sobre a fisiologia do sono: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importância do sono; ▪ Tipos de sono; ▪ Organização estrutural do sono; ▪ Evolução do sono; ▪ Fisiologia do sono; ▪ Fatores que influenciam o sono; • Processo de cuidados de enfermagem (avaliação, diagnósticos e intervenções); • Medidas de higiene do sono; • Necessidades de sono da criança/jovem; • O Método de Estivill. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitação da opinião e parecer dos Enfermeiros acerca de cada temática, antes de proceder à sua abordagem. 	Expositiva / Participação Ativa		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador; ▪ Projetor.
CONCLUSÃO	8 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço das ideias centrais acerca do tema abordado; ▪ Avaliação das dúvidas existentes; ▪ Implementação do questionário de avaliação da sessão; ▪ Contributos para próximas intervenções. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitação da participação dos Enfermeiros. 	Participação Ativa		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionários de avaliação da sessão de formação.

ANEXO 7

*Diapositivos apresentados na Sessão de Formação a Pares:
“Comportamento Sono-Repouso em Idade Pediátrica”*

Unidade Local de Saúde de Matosinhos
Unidade de Saúde Familiar Horizonte

Matosinhos, 31 de Maio de 2012

Comportamento de Sono-Repouso em Idade Pediátrica

Atuação do Profissional de Enfermagem



USF Horizonte
Unidade de Saúde Familiar Horizonte

Temas a abordar

- Sono
 - Importância do sono
 - Tipos de sono
 - Organização estrutural do sono
 - Evolução do sono
 - Fisiologia do sono
 - Fatores que influenciam o sono
- Avaliação de Enfermagem
- Diagnósticos de Enfermagem
 - Intervenções de Enfermagem por faixa etária
- Medidas de Higiene do Sono
- Necessidades de Sono da criança / jovem
- O Método de Estivill

Sono: um foco de atenção em Enfermagem

“Repouso: Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos” (CIPE versão 2, 2011)

“O facto de o RN passar grande parte do dia adormecida faz pensar que o sono tenha um papel importante no desenvolvimento orgânico e mental no início da vida” (Tenenbojm et al, 2010)

O Sono

No humor, na memória, na atenção, nos registos sensoriais, no raciocínio, no sono, nas competências cognitivas (Valle et al, 2009)

Decorre o crescimento do cérebro, a preparação para a aprendizagem do dia seguinte, a memorização e a capacidade de atenção (Dinizilton, 2010)

Produção de hormonas que interferem no bem-estar (Valle et al, 2009)

A secreção de várias hormonas (GH, renina, TSH) depende do relógio biológico interno (Geib, 2007)

Reabastecimento de reservas energéticas e reparação celular, substituindo as enzimas alteradas e radicais livres por outras recém-sintetizadas (Geib, 2007)

Síntese de proteínas implicadas na manutenção/expansão das redes neuronais ligadas à memória e à aprendizagem (Valle et al, 2009)

Tipos de Sono

O desenvolvimento de estruturas do sono nos primeiros 6 meses de vida reflete as mudanças de tempo de sono em cada estado (Geib, 2007)

Sono Ativo:	Sono quieto:	Sono indeterminado:
<p>Percursor do sono REM (<i>rapid movement eye</i>), observam-se movimentos de sucção, sorrisos, tremores, franzimento de sobrancelhas, respiração irregular e movimentos dos membros</p> 	<p>Percursor do sono NREM: observam-se movimentos musculares e ciclos respiratórios rítmicos</p> 	<p>Estado transitório entre os outros dois tipos de sono e que, por isso, podem observar-se movimentos de ambos</p> 
<ul style="list-style-type: none"> ✓ O neonato adormece neste sono, ocupando cerca de 50-60% do tempo total de sono (TTS) ✓ Diminui progressivamente (aos 3 meses representa 34% do TTS, e aos 6 meses 31%) ✓ A partir dos 9 meses, o lactente deixa de adormecer em REM 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumenta progressivamente (aos 3 meses representa 49% do TTS e aos 6 meses é 55%) ✓ Pelos 6 meses, o sono quieto assemelha-se aos padrões de sono NREM do adulto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ À medida que os outros estados se organizam, diminui a sua proporção ✓ Aos 3 meses este tipo de sono representa cerca de 25% do TTS

Organização estrutural do Sono: RN

- Adormece em sono REM
- Maior proporção de sono REM
- Cada ciclo REM / NREM dura 50-60min; habitualmente o bebé realiza um ciclo REM / NREM / REM e acorda para ser alimentado
- Maior tempo total de sono em 24 horas (Geib, 2007; Tenenbojm et al, 2010)

Estas características específicas e o seu ajuste gradual indicam, segundo a teoria precursora do sono, que:

- O decréscimo de sono REM é maior entre os 3 e os 6 meses e no período diurno
- O crescimento e maturação do SNC dependem da estimulação endógena do sono REM (assim, a necessidade de sono REM diminui gradualmente até à completa maturação do SNC – padrão de adulto)

A maturação do sono reflete as mudanças neurofisiológicas e desenvolvimentais nas estruturas do SNC (Geib, 2007, p.324)

Organização estrutural do Sono: 6 Meses à idade adulta

- Aos 6 meses, o início do sono ocorre em sono NREM
- A propensão ao movimento, durante o sono REM, é substituída pela típica paralisia muscular que caracteriza esse estágio de sono no adulto (Tenenbojm et al, 2010)



- Até por volta dos 6 anos a proporção de sono REM continua a diminuir, estabilizando numa proporção de 20% por noite; é neste sono que surgem os sonhos... (Klein e Gonçalves, 2008)
- No adulto o REM ocupa os mesmos 20% do tempo total de sono (Valle, 2009)

Evolução do padrão de Sono com a idade

RN

- *In utero*, o bebé dorme enquanto a mãe está ativa e acordada quando a mãe se deita (Brazelton, 2010)
- O desenvolvimento dos estados de sono e vigília começa na vida fetal e prolonga-se no período pós-natal, em estreita vinculação com a maturação do SNC (Gab, 2007)

1ª Mês

- Às 3 semanas de vida, o EEG revela um surto de maturidade e os registos de sono são significativamente mais amadurecidos (Brazelton, 2010)

- ✓ As crianças respondem mais frequentemente às variações de luz / escuridão, associando ao dia / noite
- ✓ O ritmo da casa e as rotinas noturnas passam a funcionar como sinais sociais ou ambientais

Diminuição do sono diurno e consolidação das horas de sono à noite

(Tenenbojm et al, 2010)

Fisiologia do Sono e Ritmos Biológicos


NOTA: A evidência demonstra que o leite materno é facilitador do sono do bebé e da sua ritmicidade (Tenenbojm et al, 2010)

Relógio biológico que regula o ciclo circadiano, recebendo informação direta relativa à luminosidade

Núcleo Supraquiasmático do Hipotálamo

Melatonina


- A integração desse sistema é mediada pela melatonina, cuja produção indica ao cérebro o conceito de noite (escuridão)



- O ciclo circadiano desenvolve-se progressivamente desde o período neonatal, estabelecendo-se até aos 2-3 meses
- Por volta dos 4 meses deteta-se já o ritmo dia / noite de produção de melatonina
- Aos 4 meses é possível detetar ciclos de sono de 3-4 horas, em que durante 1 a 1,5h não é possível despertar o bebé e ele move-se muito pouco (sono profundo) e na primeira e última horas do ciclo, o sono é mais leve (sono ligeiro), podendo ocorrer sonhos (Brazelton, 2010)

Ritmo ultradiano


- Ativo desde os últimos meses de vida fetal
- Cada ciclo biológico dura aproximadamente 3-4 horas (coincide com o horário das mamadas), pelo que também se possa denominar padrão polifásico
- De forma a preparar a transição gradual para o ritmo de adulto, por volta 3-4 meses, o lactante começa a alargar o sono noturno (6 horas)



Ritmo circadiano

(Gab, 2007)

- Cada ciclo biológico dura 24 horas (um dia completo); é o ritmo do adulto
- As fases REM e NREM alternam-se ciclicamente influenciadas por marcadores de tempo, em que o mais conhecido é o ciclo claro-escuro. No sono infantil existem muitos mais, como as mudanças de temperatura, ruídos ambientais, as rotinas sociais e sinais orgânicos (como a fome ou a dor)
- A partir dos 6 meses há uma diminuição progressiva do sono diurno, as sesta diminuem de 3-4 para duas aos 12 meses, desaparecendo totalmente entre os 2 e os 7 anos



Estádios de sono (Brazelton, 2010)

<p>Estádio 1: Sono Profundo</p> <p>Alheado de estímulos perturbadores vindos do exterior; "fechado para o mundo".</p>	<p>Estádio 2: Sono ligeiro</p> <p>Respiração superficial e irregular, estremeça, realizar movimentos de sucção; encontra-se mais vulnerável a influências exteriores.</p>	<p>Estádio 3: Estado indeterminado</p> <p>Acontece quando está a despertar ou a adormecer de novo (curta duração); movimentos bruscos.</p>
<p>Estádio 4: Estado de alerta</p> <p>Completamente acordado, vigília total, fácil espalhar reatividade, ideal para a comunicação / interação.</p>	<p>Estádio 5: Estado de agitação</p> <p>Vigil, evita os estímulos, "choraminga", difícil de confortar.</p>	<p>Estádio 6: Choro</p> <p>Movimentos bruscos mas organizados; exige atenção para o suprimento de necessidades; "fechado para o mundo".</p>

- ✓ Temperamento do bebé (transição de estado)
- ✓ Previsão das necessidades do bebé

Comportamento Sono-Repouso Não Adequado

A insónia consiste na "dificuldade repetida em iniciar e/ou manter o sono, sendo caracterizada por um grande número de despertares durante a noite, ocasionalmente com dificuldade em reiniciar o sono (...)" (Klein, Gonçalves, 2008)

Idade Pré-escolar	Idade Escolar	Adolescência
sobretudo de cariz comportamental (Klein, Gonçalves, 2008)	despertares noturnos, terrores noturnos	sonambulismo e insónia (Valle, 2009)

Apesar destas variações, a insónia parece ser a perturbação mais comum em todas as faixas etárias (Klein, Gonçalves, 2008)



Fatores que prejudicam o Sono

17% dos bebês com seis meses e 10% ao ano de vida não dormem a noite toda, provavelmente devido a uma combinação de fatores...

- RN prematuros
- Crianças com problemas de desenvolvimento
- Pais que se recordam de uma sensação de abandono na sua infância relacionada com a hora de deitar, têm tendência para retardar a autonomia da criança para se auto-confortar e adormecer sozinha
- Pais que se sentem culpabilizados pelo pouco tempo que passam com os filhos
- Mães solteiras com sentimento de solidão

(Brazilton, 2010)

Crianças difíceis de adormecer...

Todos estes tipos de bebês são igualmente exigentes, no momento de os acalmar... (Brazilton, 2010)

Bebê muito ativos e extensamente irrequietos:
querem sempre aprender, normalmente aquisições motoras, é complicado deitá-los e confortá-los

Bebês que "despendem poucas energias durante o dia":
são observadores e atentos, aprendem tudo e pensam profundamente nas coisas, mas não se cansam...

Bebês sensíveis, facilmente despertáveis:
face a novas situações regride nos comportamentos diurnos e noturnos

(Brazilton, 2010)

Tratamento

Farmacológico

- A eficácia foi considerada nula pelos Pais em 95% dos casos, sendo eficaz nos 5% restante nos primeiros dias de uso
- O uso de fármacos demanda futuramente maiores investigações, que assegurem a sua eficácia e segurança. (Tenenbaum et al., 2010)

Comportamental

- Consiste na tentativa de restabelecimento do ritmo de sono através do treino com os pais, de medidas comportamentais sincronizadoras do sono
- Estudos realizados concluem que a terapia comportamental produz mudanças duráveis e confiáveis (Tenenbaum et al., 2010)

Avaliação de Enfermagem

Como dorme o seu filho?

Os pais concordam que a criança durma convosco?

Quantas horas dorme o seu filho?

Onde dorme o seu filho?

A forma como o seu filho dorme interfere com as rotinas da família?

Como é que faço para que o meu filho durma a noite toda?

Como posso ajudá-lo a adormecer sozinho?

Se ele acordar a meio da noite, posso levá-lo para a minha cama?

Comportamento Sono-Repouso Não Adequado

As queixas relacionadas com o sono estão em quinto lugar no que respeita à preocupação dos Pais, a seguir às doenças físicas, alimentação, problemas comportamentais e deficiências físicas (Ikein, Gonçalves, 2008)


Na maioria das vezes, manifesta-se após ter provocado repercussões e dificuldades nos pais e na rotina familiar relativas à privação de sono" (Tenenbaum et al., 2010)

O impacto dos problemas de sono na criança é intensificado pelo seu efeito no sono dos pais resultando em fadiga diária, perturbações de humor e afetando o desempenho parental (Mendes et al., 2004)

Diagnósticos de Enfermagem

Comportamento Sono-reposo Não Adequado


- Incentivar autocuidado: comportamento sono-reposo
- Aconselhar eliminação urinária antes do sono
- Limitar a ingestão de líquidos antes do sono
- Planejar o sono
- Planejar períodos de sono-reposo
- Restringir o sono durante o dia
- Identificar padrão habitual de sono
- Vigiar o sono



Diagnósticos de Enfermagem

Conhecimento sobre hábitos de sono Não Demonstrado
Conhecimento dos Pais sobre hábitos de sono Não Demonstrado

- Ensinar sobre hábitos de sono
- Ensinar Pais sobre hábitos de sono
- Ensinar Prestador de Cuidados (PC) sobre hábitos de sono
- Ensinar os Pais sobre padrão de sono-reposo
- Ensinar sobre hábitos de sono
- Ensinar Pais sobre hábitos de sono
- Ensinar PC sobre importância do sono
- Ensinar PC sobre organização do sono-reposo



Diagnósticos de Enfermagem

Conhecimento sobre técnica de relaxamento Demonstrado/Não Demonstrado
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de relaxamento Demonstrado/Não Demonstrado

- Ensinar sobre técnica de relaxamento
- Executar técnica de relaxamento
- Instruir técnica de relaxamento
- Treinar técnica de relaxamento
- Verificar conhecimentos sobre técnica de relaxamento
- Ensinar PC sobre estratégias de promoção de sono e repouso
- Instruir PC sobre estratégias de promoção de sono-reposo
- Treinar PC sobre estratégias de promoção de sono-reposo

Sugestão: Substituir "técnica de relaxamento" por "rituais de preparação do sono"

Objetivo: Adaptar a criança à vida em sociedade, de forma a que o seu ritmo biológico se vá progressivamente harmonizando.

Antes de mais, os Pais...

Os pais devem estar cientes e seguros sobre os seus próprios sentimentos no que respeita à promoção da **autonomia e independência** do filho porque é uma tarefa que exige dedicação e empenho, e que vai implicar que se apoiem mutuamente

É um duplo insulto a criança sair da cama/quarto dos pais apenas quando nasce um irmão

Os pais devem avaliar estas decisões de forma a adaptarem-nas às suas vidas, às tradições da sua cultura e às necessidades do seu bebé

Cada casal deve decidir o que pretende e caso tentem que o filho durma com eles, por considerarem a tarefa de dormir só num quarto demasiado exigente para a criança, devem ser respeitados

Os pais que decidem que o filho dorme com eles, devem conversar periodicamente sobre o assunto, de forma a avaliar se esta continua a ser uma necessidade/vantagem para eles e para o filho

(Brazelton, 2010)



Como acalmar um bebé?

Até por volta dos três meses, a imaturidade do SNC do bebé limita a sua capacidade para se auto-confortar.

Técnica dos cinco "S"	
Swaddling	envolver o bebé numa manta (bem apertadinho)
Side/Stomach	colocar o bebé em decúbito lateral
Swaying	embalar o bebé suavemente
Shushing	emitir um ruído "ssshhh" (secador)
Sucção	ajudá-lo a levar o dedo à boca para chuchar

Para além das anteriores, Brazelton (2011) recomenda ainda:

- ✓ Dar-lhe um objeto de conforto para chuchar
- ✓ Pegar-lhe ao colo, aninhando-o no peito da mãe/pai


Primeiro mês de vida

- ✓ Posição para dormir: decúbito dorsal (iniciar precocemente pois, sobretudo bebés mais ativos, podem observar-se dificuldades em controlar os estremecimentos do sono ligeiro)
- ✓ Deixar as mãos livres (para poder sucionar) e tapá-lo, aconchegando-o da cintura para baixo
- ✓ A partir das três semanas começa a organizar-se a alternância entre sono/alimentação
- ✓ O bebé permanece acordado cerca de 3-4 horas entre as refeições e faz um sono longo durante a noite (a qualidade do leite materno melhora com este tipo de intervalos, além de diminuir as lesões nos mamilos)


Em caso de sonos trocados:

- ✓ Acordar o bebé uma hora antes da hora de 1-2 das mamadas do dia (o bebé ficará desperto por períodos cada vez mais longos ao final do dia e fará sonos mais prolongados à noite)
- ✓ Manter o bebé acordado no final de cada ciclo de sono ligeiro
- ✓ Acordar o bebé à noite para um período de brincadeira e, gradualmente, ir-lhe dando a última mamada, cada vez mais cedo

(Brazelton, 2010)



6-8 Semanas




Ponto de Referência

✓ Por volta desta idade a regulação alimentação/sono está mais regularizada, e de noite para noite, os sonos começam a ser cada vez mais longos

- ✓ Quando a criança começa a chorar á noite, os pais devem evitar: pegar-lhe ao colo, embalá-la, alimentá-la, contar-lhe histórias... sob pena de a criança integrar esse hábito como uma necessidade sua para adormecer (Brazelton, 2010)
- ✓ A alimentação da criança deverá ser feita sempre com ela no colo
- ✓ Os pais devem deitar o bebé no berço ainda acordado e permanecer junto ao berço (podem cantar-lhe, dar-lhe palmadinhas, mas ele irá autoconfortar-se para adormecer sozinho)
- ✓ Não deixar o biberão no berço
- ✓ Acordar a criança quando os pais já estão prontos e dar-lhe a última refeição da noite antes de se deitarem – as rotinas ajudam a criança a adaptar-se (ajustar caso a caso)

(Brazelton, 2010)

4 Meses



Ponto de Referência


O aumento do interesse por imagens e ruídos externos, assim como da sua capacidade para os processar, fazem o bebé parecer menos "organizado" (alimentação e sono)

↻ Aproximadamente numa semana o lactente consegue adaptar-se... Manter a firmeza dos rituais!!

- O amadurecimento do SNC permite ao lactente dormir durante 8 horas seguidas, sem necessidade de ser alimentado nem de ter a atenção dos pais
- ↳ "Mergulha" no sono profundo 3 vezes
- Deixar o bebé aprender a autoconfortar-se ou confortá-lo é uma decisão de cada pai
- Entre os 4-6meses, os bebés dormem em média 10-11horas, podendo acordar 1-2 vezes durante a noite; de dia dormem 4-5 horas, repartidas em 2-3 sestas
- Quando se desperta, o lactente vai procurar autoconfortar-se, amanhando-se ou procurando o objeto de conforto; caso não consiga, acordará e reclamará a atenção;
- Os momentos de despertar coincidem com as habituais horas das mamadas (22h/2h/6h)

(Brazelton, 2010)


4 Meses



- Instituir um ritual para dormir, terno e carinhoso, ajuda as crianças e os pais a perceberem que se amam e que é hora de dormir; repetir o ritual sempre que a criança acorda
- Reforçar o ritual de embalar, cantar, ler e oferecer objeto de conforto
- Os Pais devem procurar confortar e adormecer o lactente sem lhe pegar ao colo para que aprendam a se autoconfortar e a adormecer sós, sem lhes transmitir a sensação de abandono
- Alargar os períodos de vigília durante o dia, o que é mais fácil porque a criança tem mais interesse por o meio envolvente (palar, brincar com objetos...)
- Acordar o bebé antes dos pais irem dormir e alimentá-lo pode ser uma boa estratégia
- Quando a criança acorda, os Pais deverão ajudá-la a encontrar o objeto de conforto; utilizar palavras e um tom de voz dócil para adormecer
- Durante o dia, disponibilizar-lhe o objeto de conforto em momentos de frustração, dor ou angústia

(Brazelton, 2010)

6-7 Meses




Ponto de Referência

A capacidade de gatinhar e o medo por estranhos (locais e pessoas)

- Aos 6 meses os bebés já podem dormir 12 horas por noite, acordando apenas algumas vezes
- Ainda precisa de duas sestas (manhã e tarde); deve ir para o quarto/berço em todos os sonos, mesmo que não durma, e realizar-se o ritual de dormir
- Se o bebé não fica em casa durante o dia, estas sestas deverão manter-se (ou a sua tentativa) pois o bebé acabará por ceder ao cansaço
- Mostrar firmeza e manter a rotina, sem condescendências
- Os lactentes podem acordar às 2h/6h choramingando, apoiando-se nos braços e joelhos, autoembalando-se, ainda semi-adormecidos; não devem ser retirados do berço nem confortados (sono REM)

(Brazelton, 2010)

9 Meses




Ponto de Referência

Sempre que o bebé chega ao sono ligeiro, o seu novo objetivo motor vai emergir, e por isso, vai pôr-se de pé; o desenvolvimento da preensão fina vai tornar muito interessante a tarefa de apanhar os objetos e pô-los na boca

- Deixá-lo balançar-se, mesmo que o faça vigorosamente, pois é uma forma de se autoconfortarem (depois de conseguirem andar, isto costuma atenuar/desaparecer)
- Cada salto no desenvolvimento demonstrará uma nova oportunidade para aprender a adormecer, diversificará as estratégias para adormecer a hora de dormir – mas isto só lhe permitirá adquirir mais e melhores técnicas de autoconforto e aprenderá os novos limites para si própria
- Sempre que os pais se aproximam, deitá-lo e aconchegá-lo firmemente; à 2ª-3ªvez, fiquem lá segurando-o com firmeza até se acalmar
- Sugestão de alimentar o bebé ao colo, sem o deixar adormecer, antes de o deitar no berço (ainda acordado), e imediatamente de seguida, oferecer o objeto de conforto

(Brazelton, 2010)

12 Meses



- Pode ser que as duas sestas já não sejam necessárias, contudo convém continuar a deitar o lactente as duas vezes por dia, mesmo que não durma; as sestas devem iniciar-se por volta das 13horas e durar apenas 1-2horas
- Pode levantar-se à noite, meio a dormir, e gritar enquanto anda no berço de pé (sono REM)
- Nesta idade, normalmente quando acordam já conseguem entreter-se sozinhos (se os pais não acorrerem imediatamente poderão ouvi-los palar...)
- Depois de dias agitados ou com rotinas diferentes, é expectável que acordem mais vezes
- Manter o ritual de sono: deitar o lactente, tapá-lo e esperar que adormeça, sem ceder (não brincar durante a noite!)
- Se a criança acorda sempre de madrugada, os Pais podem antecipar-se e acordar a criança às 22-23h para a alimentar, por exemplo, mimá-la e voltar a adormecê-la outra vez

(Brazelton, 2010)

15-18 Meses



- Provavelmente a criança só precisa de uma sesta durante o dia, que deve ser logo ao início da tarde para não interferir com o sono da noite
- Apoiá-lo quando consegue confortar-se durante o dia pode ajudar a que ele demonstre essa independência à noite

- A estratégia de acordar a criança antes de os pais se deitarem pode continuar a ser uma boa estratégia
- Redobrar a determinação e firmeza nos rituais e horários de dormir
- Não realizar atividades excitantes antes de dormir; a estratégia de utilizar a cadeira de baloiço e o conto poderão ajudar
- Privilegiar o objeto de conforto (mesmo que degradado), que revela o carinho, dedicação e preocupação dos pais em relação à criança

(Brazellon, 2010)

2 Anos



- No segundo ano, os Pais devem contar que a criança apenas faça uma sesta
- No sono ligeiro, é possível ouvir a criança a verbalizar as novas palavras que aprendeu
- Podem fazer "narrativas de berço", contando as peripécias do dia ao boneco, e só depois adormecem (isto é o resultado do empenho dos Pais em fazê-los adormecer só)
- Podem surgir os terrores noturnos durante o sono profundo, que fazem com que a criança e os pais se assustem

Terrores noturnos
(períodos de gritos e agitação descontrolada) e acontecem depois de 2 horas de sono)

- ✓ Se a criança está a dormir, os Pais não a devem acordar nem tentar lembrar-lhe o episódio na manhã seguinte;
- ✓ caso acorde, a presença calma dos pais pode ser suficiente
- ✓ Normalmente isto está relacionado com um período de tensão

(Brazellon, 2010)

Idade Pré-escolar



- A partir dos três anos, as crianças podem deixar de dormir a sesta (outras precisam até aos 5 anos); caso queiram dormir, nunca deverá ser depois das 15 horas
- A maioria das crianças com 4-5 anos precisa regularmente de um tempo para "brincadeiras calmas"
- A maior parte das crianças precisam de 12 horas de sono noturno
- Nestas idades começam a reconhecer os seus próprios sentimentos de agressividade e têm medo quando quebram as regras
- É nesta idade que surgem os pesadelos e a consequente sensação de perda de controlo, trazendo-lhe a consciência das suas limitações
- A enurese noturna é ainda frequente por volta dos 5 anos e contribui para uma diminuição da auto-estima e auto-imagem
- Os terrores noturnos desaparecem pelos 6 anos mas os pesadelos surge e podem manter-se até à idade adulta (sobretudo em momentos de tensão)

Idade Pré-escolar



- Restringir os líquidos depois do jantar
- Colocar um despertador e explicar à criança que serve para a lembrar das suas necessidades
- A sesta não deve ser imposta como forma de castigo

- A disciplina dá-lhes segurança porque lhes mostra que "alguém sabe onde estão os limites"; por isso é necessário estabelecê-los e ser rigorosos na sua aplicação (tentativa de adiar a separação na hora de dormir)
- Reforçar os rituais de dormir e repeti-los quando a criança acorda e mostrando-lhe que se espera que ela consiga lidar com a situação
- O medo das bruxas e dos monstros é assustador! Espreitar para debaixo da cama e para dentro do armário com a criança, perguntando-lhe se vê algum; deixar uma luz ténue acesa, a porta entreaberta e oferecer-lhe um boneco pode ajudar
- Deve ser transmitida compreensão e dado apoio à criança para que realize esta transição

Idade Escolar



- Por volta dos 6 anos, surgem mais frequentemente as situações de sonambulismo
- Entre os 5-10 anos ocorre uma diminuição gradativa do tempo total de sono noturno
- As causas mais frequentes de insónia estão relacionadas com a falta de estabelecimento de limites, o medo e os pesadelos

- Garantir a segurança da criança (instalar uma luz no corredor, fechar as janelas, colocar uma cancela na porta do quarto...)
- Utilização de melatonina exógena poderá ser útil

Adolescência



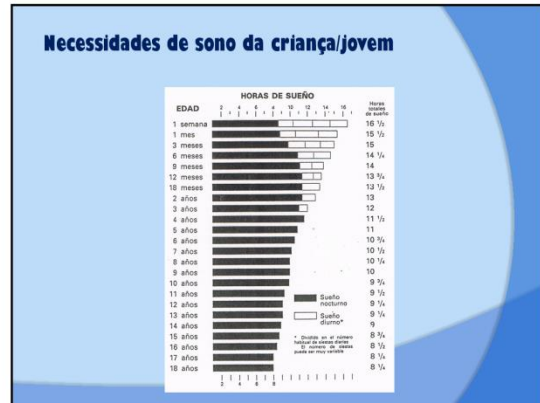
- Na pré-adolescência (11-13anos) a duração do sono noturno ronda as 9 horas
- Na adolescência a redução é para cerca de 7 horas por noite, sendo que no fim-de-semana tendem a dormir mais como forma de recuperar a privação do sono durante os dias letivos
- A insónia nesta idade pode estar relacionada como um atraso de fase, distúrbios emocionais, mas as causas mais frequentes são a ansiedade e a depressão
- A enurese noturna ainda pode ocorrer e devem solicitar o apoio desejado

- Atraso de fase: o adolescente deve dormir 15 minutos mais cedo cada noite, até atingir o horário pretendido; pela manhã o horário deve ser o mais estável possível;
- Segundo Estivill, pode utilizar-se o tratamento das 26 horas
- A melatonina pode ajudar...

Medidas de higiene do sono

Servem para promover o estabelecimento e manutenção das condições adequadas a um sono saudável e efetivo (Nunes e Cavalcante, 2005)

- ✓ Estabelecer horário, rotinas e rituais consistentes para o sono desde a infância precoce
- ✓ Evitar a estimulação física, mental ou emocional perto da hora de dormir (evitar atividades escolares ou lúdicas – Klein e Gonçalves, 2009)
- ✓ Evitar oferecer alimentos durante a noite
- ✓ Evitar dormir com alguma fonte luminosa durante toda a noite
- ✓ É desejável que a criança se habitue a adormecer sozinha, sem a presença dos pais
- ✓ Dormir o número adequado de horas por noite, adequado à sua idade (Tenenbojm et al, 2010)



o Método de Estivill

A forma como se comunica com a criança e se aguarda as repetidas visitas ao quarto, a seu chamamento, são criteriosamente explicitadas

Estivill considera a atividade de dormir como um hábito, cujo ensino depende de dois fatores: os elementos externos e a atitude dos Pais

A forma de aplicação do método é igual, independentemente da idade da criança, sendo apenas necessário o prévio acordo dos Pais

É um método para ajudar os Pais a ensinar as crianças a conciliar o sono; estudos revelam que a aplicação rigorosa e sistemática das normas deste método obtêm uma taxa de sucesso acima dos 96%

Baseia-se num conceito de regulação/otimização dos ritmos biológicos das crianças

(Estivill, 2011)

Bibliografia

BRAZELTON, T. Berry. – *O grande livro da criança*. 12ªed. Lisboa: Editorial Presença, 2010. ISBN 978-972-23-1930-0;

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. – *O método Brazelton: a criança e o sono*. Lisboa: Editorial Presença, 2011. ISBN 978-972-23-3187-6;

ESTIVILL, Eduard – *Método Estivill: um guia rápido para os pais ensinarem os filhos a dormir*. 3ª ed. Alfragide: Livros d'hoje, 2011. ISBN 978-972-20-3089-2;

CEIB, Lorena T. C. (2007). *Desenvolvimento dos estádios de sono na infância*. "Revista Brasileira de Enfermagem", 60(3): 323-6. ISSN 0034-7167;

KLEIN, John M.; GONÇALVES, Alda (2008) – *Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo da prevalência*. "Diko-USF", 13(1): 51-58;

NUNES, Magda L. (2002) – *Distúrbios do Sono*. "Jornal de Pediatria", 78 (Supl 1): 563-572;

NUNES, Magda; CAVALCANTE, Verônica (2005) – *Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricas*. "Jornal de Pediatria", 81(4): 277-86;

Ordem dos Enfermeiros. 2010. Browser CIPE. WEB site de Ordem dos Enfermeiros. [Online] 2010. [Citação: 18 de Janeiro de 2012.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>;

SIMON AND SHUSTER INC. 1985. Solve your child's problems. New York: Ferber, 1985;

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO NEURODESENVOLVIMENTO; GOUVEIA, Rosa – *O Sono da criança*. [Online] 2012. [Citação: 20 de Maio de 2012] <http://www.spnd-spp.com/sitegest.asp?b=1&galleryID=34&languageID=1>;

TENENBOJM, Eduardine et al (2010) – *Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização*. "Revista Paulista de Pediatria", 28(2): 221-6;


VALLE, Luiza E.L.R. [et al] (2009) – *Sono e aprendizagem*. "Revista Psicopedagogia", 26(80): 286-90.

Obrigada pela atenção!

ANEXO 8

*Questionário de avaliação da Sessão de Formação a Pares:
“Comportamento Sono-Repouso em Idade Pediátrica”*



	<p>AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO</p> <p>Formação em serviço</p>
---	--

1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO/ACÇÃO/MÓDULO

Designação: _____

Início _____ Fim _____ Duração _____ horas

Instruções de Preenchimento do Questionário

- Apreciação da escala de 1 a 4, correspondendo os valores à seguinte escala: 4 "concordo em absoluto"; 3 "concordo parcialmente"; 2 "discordo em parte"; 1 "discordo em absoluto"

- Marcação com X do quadrado escolhido

<u>1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO</u>	1	2	3	4
1.1 Os objectivos da acção são perceptíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 O conteúdo da acção é adequado às necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Os temas abordados são actuals e úteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 A acção/módulo correspondeu às expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Existiu motivação para participar na acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 As actividades realizadas são adaptadas à sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 As instalações são adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Os meios audiovisuais são os necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 A documentação é apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 9

Instrumento de Avaliação das Competências Parentais

Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP)

C.S.: _____ N.º proc.: _____ Ent. família: _____ ID: _____

Mãe: _____	Idade: _____ anos	Escolaridade: _____ anos	Profissão: _____
Pai: _____	Idade: _____ anos	Escolaridade: _____ anos	Profissão: _____
Bebé: _____	Estado civil: _____	Telefone: _____	

GRAVIDEZ

Local de vigilância da gravidez Centro de Saúde Médico privado Consulta no hospital Outro _____

Idade gestacional: _____ semanas _____ dias DPP: _____/_____/_____ Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____

Gravidez planeada: não sim | Gravidez desejada: não sim | Complicações: não sim: (especificar) _____

Parto(s) anterior(es): eutócico (____) ventosa/ fórceps (____) cesariana (____) | Experiência do parto(s) e 1.º dia: positiva negativa

SUPOORTE SOCIAL previsão

Quem cuidará do bebé: mãe pai outro _____

Vai ter ajuda para cuidar do bebé: não sim: mãe/ sogra outros familiares amigos outros _____

Tipo de ajuda: tomar conta do bebé ajuda nos cuidados ao bebé ajuda nas tarefas domésticas outras _____

ATTITUDE FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO PARA APRENDER SOBRE OS CUIDADOS AO FILHO:

Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o bebé necessita e como os realizar, o que costuma fazer? (ex. saber como se dá banho, porque chora, como se amamenta, como prevenir acidentes...)

Mãe: procura a informação (por antecipação) quando a situação surgir se verá não tem dúvidas não responde

Pai: procura a informação (por antecipação) quando a situação surgir se verá não tem dúvidas não responde

FONTES DE INFORMAÇÃO, procura ajuda/informação junto de:

Mãe: Livros Internet Enfermeiro Médico Familiares Outras mães Outros _____

Pai: Livros Internet Enfermeiro Médico Familiares Outras mães Outros _____

Acompanhamento de enfermagem na consulta: não sim

Frequenta sessões de: preparação para o parto: não sim | preparação para a parentalidade: não sim

Se NÃO (especificar o motivo): _____

<28 semanas de gestação

Em relação ao **PREPARAR A CASA PARA RECEBER O RECÉM-NASCIDO**,

n.º consulta e data: _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____

Local de contacto: CS D CT CE | CS D CT CE | CS D CT CE

tem **conhecimento** sobre: Idade gestacional: _____ s _____ d | _____ s _____ d | _____ s _____ d

- | | | | | |
|---|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | ▪ Características do <u>quarto</u> do recém-nascido | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 2 | ▪ Características do <u>berço/cama</u> | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 3 | ▪ Características do equipamento a adquirir/adaptar: para <u>dar banho</u> | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 4 | ▪ Características do equipamento a adquirir: <u>cadeira de transporte</u> | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 5 | ▪ Características do equipamento a adquirir: <u>carrinho de passeio</u> | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |

Em relação ao **PREPARAR O ENXOVAL**, tem **conhecimento** sobre:

- | | | | | |
|---|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| 6 | ▪ Critérios de <u>escolha da roupa</u> para o bebé | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 7 | ▪ Cuidados gerais no <u>tratamento da roupa</u> do bebé | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 8 | ▪ Critérios de escolha e de uso de <u>chupeta</u> | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 9 | ▪ Critérios de escolha das <u>fraldas e toalhetes</u> | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |

Em relação ao **PREPARAR A INTEGRAÇÃO DO NOVO ELEMENTO NA FAMÍLIA**, não se aplica

Idade dos irmãos (anos): _____ | _____ | _____

tem **conhecimento** sobre:

- | | | | | |
|----|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| 10 | ▪ Estratégias para <u>gerir o ciúme do irmão</u> : durante a gravidez | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
|----|---|-------------------|-------------------|-------------------|

Relatório de Estágio

28-33 semanas de gestação

Em relação a **AMAMENTAR**:

Experiência anterior de amamentar não sim | Se sim: Duração _____ (meses, último filho) | Apreciação da experiência: positiva negativa

Motivo para deixar de amamentar: _____ | Episódio(s) de: Ingurgitamento mamário: não sim | Fissura: não sim

Expectativa actual: Intenção de amamentar Impossibilidade de amamentar (especificar motivo: _____)

Previsão de ajuda no amamentar: pai da criança n.º consulta e data: ____/____/____
 mãe sogra _____ Local do contacto: CS D CT CE CS D CT CE CS D CT CE
 Idade gestacional: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

tem **conhecimento** sobre: Aula sobre amamentação: não sim não sim não sim

- 11. Benefícios da amamentação _____/_____/_____
- 12. Características do colostr e do leite _____/_____/_____
- 13. Critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas _____/_____/_____
- 14. Critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas _____/_____/_____
- 15. Sinais de ingestão nutricional suficiente _____/_____/_____
- 16. Sinais de fome _____/_____/_____
- 17. Sinais de saciedade _____/_____/_____
- 18. Posição da mãe e do filho _____/_____/_____
- 19. Sinais de pega adequada _____/_____/_____
- 20. Estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada _____/_____/_____
- 21. Sinais de produção e libertação de leite _____/_____/_____
- 22. Medidas que estimulam/comprometem a lactação _____/_____/_____
- 23. Diferença entre a subida de leite vs ingurgitamento mamário _____/_____/_____
- 24. Factores de risco de ingurgitamento mamário _____/_____/_____
- 25. Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário _____/_____/_____
- 26. Factores de risco de fissura do mamilo _____/_____/_____
- 27. Medidas de prevenção de fissura do mamilo _____/_____/_____
- 28. Influência da alimentação da mãe no leite (composição) _____/_____/_____
- 29. Efeitos da ingestão de cafeína na criança não se aplica _____/_____/_____
- 30. Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança não se aplica _____/_____/_____
- 31. Efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança não se aplica _____/_____/_____

Em relação a **COLOCAR A ERUCTAR**, tem **conhecimento** sobre:

Experiência anterior: Colocar a eructar: MÃE não sim | PAI não sim

- 32. Benefícios da eructação _____/_____/_____
- 33. Posicionar a criança para eructar _____/_____/_____

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA COM LEITE ADAPTADO**, tem **conhecimento** sobre: (avaliar só se impossibilidade de amamentar)

Experiência anterior: Alimentar por biberão: MÃE não sim | PAI não sim

- 34. Material: biberões e tetinas e critérios de escolha _____/_____/_____
- 35. Métodos de lavagem e esterilização _____/_____/_____
- 36. Como preparar o leite adaptado _____/_____/_____
- 37. Como alimentar a criança por biberão _____/_____/_____

> 33 semanas de gestação

Em relação a **ASSEGURAR HIGIENE**:

Experiência anterior: Dar banho: MÃE não sim | PAI não sim | Trocar a fralda: MÃE não sim | PAI não sim

Já adquiriu equipamento: não sim Fonte de informação: _____ | Já decidiu onde vai dar banho: não sim

Já comprou produtos: não sim Higiene Pele | Fonte de informação: _____

n.º consulta e data: ____/____/____

Local do contacto: CS D CT CE CS D CT CE CS D CT CE

Idade gestacional: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

Aula sobre tema: não sim não sim não sim

- 39. Material necessário e condições prévias para o banho _____/_____/_____
- 40. Critérios para escolher os produtos de higiene a usar _____/_____/_____
- 41. Frequência e horário do banho _____/_____/_____
- 42. Lavar os olhos (pálpebras) / ouvidos _____/_____/_____
- 43. Como dar banho _____/_____/_____
- 44. Como e quando cutar as unhas _____/_____/_____
- 45. Material necessário para a troca da fralda _____/_____/_____
- 46. Critérios de uso sobre os produtos de higiene perineal _____/_____/_____
- 47. Lavar o períneo (se menino/se menina) _____/_____/_____
- 48. Sinais de eritema pela fralda _____/_____/_____
- 49. Factores de risco/medidas de prevenção do eritema da fralda _____/_____/_____

Em relação ao **TRATAR DO COTO UMBILICAL**.

Experiência anterior: Tratar coto umbilical: MÃE não sim | PAI não sim | Já ter observado: MÃE não sim | PAI não sim

n.º consulta e data : ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
 Local do contacto: CS D CT CE | CS D CT CE | CS D CT CE
 Idade gestacional: _____ s _____ d | _____ s _____ d | _____ s _____ d
 Aula sobre tema: não sim | não sim | não sim

tem **conhecimento** sobre:

50. Material necessário para a desinfeção do coto umbilical _____/_____/_____
 51. Quando é esperado a queda do coto umbilical _____/_____/_____
 52. Como e com que frequência desinfectar o coto umbilical _____/_____/_____
 53. Estratégias para promover a mumificação e cicatrização _____/_____/_____
 54. Sinais de infecção do coto umbilical _____/_____/_____

Em relação ao **LIDAR COM O CHORO DA CRIANÇA**.

Experiência anterior: Lidar com bebés a chorar: MÃE não sim | PAI não sim

Obs. n.º consulta e data : ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
 Idade gestacional: _____ s _____ d | _____ s _____ d | _____ s _____ d

tem **conhecimento** sobre:

Aula sobre tema: não sim | não sim | não sim

55. Padrão esperado de choro e tipos de choro _____/_____/_____
 56. Estratégias de consolo _____/_____/_____
 57. Sinais de cólica/ síndrome de cólica _____/_____/_____
 58. Factores de risco de cólica/ síndrome de cólicas _____/_____/_____
 59. Medidas de alívio da dor abdominal _____/_____/_____

Em relação ao **RECONHECER O PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAIS e PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE**

Experiência anterior: Já viu um recém-nascido: MÃE não sim | PAI não sim

n.º consulta e data : ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
 Idade gestacional: _____ s _____ d | _____ s _____ d | _____ s _____ d

tem **conhecimento** sobre:

Aula sobre tema: não sim | não sim | não sim

60. Aparência esperada do recém-nascido e achados normais na pele _____/_____/_____
 61. Capacidades dos órgãos dos sentidos _____/_____/_____
 62. Reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido _____/_____/_____
 63. Regurgitação e medidas de prevenção _____/_____/_____
 64. Características iniciais da eliminação intestinal _____/_____/_____
 65. Quando deve ser realizado o diagnóstico precoce _____/_____/_____
 66. Quando deve ser iniciado o esquema de vacinação _____/_____/_____

Em relação ao **GARANTIR A SEGURANÇA E PREVENIR ACIDENTES**.

n.º consulta e data : ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____
 Idade gestacional: _____ s _____ d | _____ s _____ d | _____ s _____ d

tem **conhecimento** sobre:

Aula sobre tema: não sim | não sim | não sim

74. Modo adequado de segurar / manipular a criança _____/_____/_____
 67. Medidas de prevenção de queimaduras _____/_____/_____
 69. Medidas de prevenção de quedas _____/_____/_____
 68. Medidas de prevenção de asfixia/sufocação/aspiração _____/_____/_____
 70. Medidas de prevenção e factores de risco de SMSL _____/_____/_____
 71. Medidas segurança para transporte no automóvel _____/_____/_____
 72. Critérios de escolha de brinquedos (recém-nascido) _____/_____/_____
 73. Cuidados com animais domésticos não se aplica _____/_____/_____

Em relação ao **PREPARAR A INTEGRAÇÃO DO NOVO ELEMENTO NA FAMÍLIA**, não se aplica

tem **conhecimento** sobre:

75. Estratégias para gerir o ciúme do irmão: durante internamento _____/_____/_____
 76. Estratégias para gerir o ciúme do irmão: quando regresso a casa _____/_____/_____

Em relação ao **PREPARAR O ENXOVAL**, tem **conhecimento** sobre:

38. O que é necessário preparar para levar para o hospital _____/_____/_____

Onde pretende levar o bebé para a vigilância da saúde: CS: _____ Pediatra particular Outro _____

Gostaria que lhe fosse proporcionado apoio de enfermagem após o nascimento do filho?

não, especificar a razão: _____

se precisar, procuro

sim, preferia: visita domiciliária consulta no CS contacto telefónico outro _____

PARTO E NASCIMENTO - Data do parto: ____/____/____

Local de parto: _____ | Tipo de parto: eutócico ventosa fórceps cesariana

PAI: assistiu ao parto: não sim Considerou a experiência: positiva negativa (especificar) _____

Complicações: durante o parto: não sim: (especificar) _____ pós-parto: não sim: (especificar) _____

CRIANÇA: Idade gestacional ao nascimento: ____ sem. Sexo: feminino masculino Apgar: 1.º min ____ / 5.º min ____ Peso: ____ g

Complicações neonatais: não sim: (especificar) _____

SUORTE SOCIAL efectivo

Quem tem cuidado do bebé: mãe pai mãe/ sogra _____

Quem tem ajudado a cuidar do bebé: mãe/ sogra outros familiares amigos _____ não tem tido ajuda

Tipo de ajuda: tomar conta do bebé ajuda nos cuidados ao bebé ajuda nas tarefas domésticas outras _____

ATTITUDE FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO PARA APRENDER SOBRE OS CUIDADOS AO FILHO:
Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o bebé necessita e como os realizar, o que costuma fazer? (ex. saber como se dá banho, porque chora, como se amamenta, como prevenir acidentes...)

Mãe: procura a informação (por antecipação) quando a situação surgir se verá não tem dúvidas não responde

Pai: procura a informação (por antecipação) quando a situação surgir se verá não tem dúvidas não responde

FONTES DE INFORMAÇÃO, procura ajuda/informação junto de:

Mãe: Livros Internet Enfermeiro Médico Familiares Outras mães Outros _____

Pai: Livros Internet Enfermeiro Médico Familiares Outras mães Outros _____

Local de **vigilância da saúde da criança:** Centro de Saúde _____ Médico privado Consulta no hospital Outro _____

Acompanhamento por enfermagem: sim não

1.º/2.ª semana após o nascimento

Em relação ao **ASSEGURAR HIGIENE DA CRIANÇA e VESTIR E DESPIR/VESTUÁRIO**

Quem tem dado banho: mãe pai outro _____ n.º consulta e data: ____/____/____

Local do contacto: CS D CT _____ CS D CT _____ CS D CT _____

Idade da criança: ____ s ____ d _____ s ____ d _____ s ____ d _____

é **capaz** de: Relativamente à higiene e conforto do seu filho, sente que consegue/acha-se capaz de...¹

77	Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, a água e testar temperatura e aquecer o ambiente	1. ...dar-lhe o banho, sem dificuldade ou receio, tomando as devidas precauções para que não haja acidentes.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
78	Dar banho		____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
79	Adoptar medidas para prevenir acidentes durante o banho		____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
80	Cortar as unhas	2. ...cortar-lhe as unhas sem dificuldade e, sem produzir qualquer lesão.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
87	Escolher vestuário adequado à temperatura	3. ...vestir e despir sem dificuldade.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
88	Vestir e despir a criança		____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
			Pele da zona coberta pela fralda: <input type="checkbox"/> íntegra <input type="checkbox"/> macerada <input type="checkbox"/> íntegra <input type="checkbox"/> macerada <input type="checkbox"/> íntegra <input type="checkbox"/> macerada					
81	Reunir o material para a higiene perineal e troca da fralda	4. ...manter saudável a pele da zona coberta pela fralda.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
82	Lavar e secar zona coberta pela fralda		____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
83	Adoptar medidas de prevenção do eritema pela fralda		____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
Em relação ao eritema pela fralda			Eritema pela fralda <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> PRESENTE					
é capaz de:								
138	Reconhecer sinais de eritema pela fralda	5. ...saber se a pele coberta pela fralda tem sinais de eritema pela fralda.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
139	Manter medidas de prevenção do eritema pela fralda	6. ...saber o que fazer se eritema pela fralda presente.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
140	Tratar o eritema pela fralda (<input type="checkbox"/> não se aplica)		____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
Em relação a descamação da pele			Descamação <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> PRESENTE					
tem conhecimento sobre:								
143	Medidas de tratamento da descamação fisiológica da pele		____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____
Em relação ao TRATAR DO COTO UMBILICAL:								
Caiu ao: ____ dia Onfalite: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			Se presente, aspecto <input type="checkbox"/> húmido <input type="checkbox"/> seco, cor 'preta' <input type="checkbox"/> húmido <input type="checkbox"/> seco, cor 'preta' <input type="checkbox"/> húmido <input type="checkbox"/> seco, cor 'preta'					
é capaz de:			Relativamente ao coto umbilical, sente que consegue/acha-se capaz de...					
84	Reunir o material necessário para a desinfeção do coto umbilical	7. ...desinfectar correctamente o coto umbilical.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
85	Desinfectar coto umbilical		____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
86	Manter coto umbilical seco	8. ...promover a mumificação do coto e a cicatrização da ferida após a queda.	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	____/____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

¹ Mãe (M): 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Concordo; 4- Concordo totalmente.

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA: AMAMENTAR** e/ou **ALIMENTAR COM BIBERÃO**

Percepção experiência amamentar: positiva negativa n.º consulta e data : ____/____/____

Se **NÃO** amamenta, motivo/duração: Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Idade da criança: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

Peso: _____ g _____ g _____ g

tem **conhecimento** sobre:

89. **Frequência** das refeições _____/_____/_____

90. **Necessidades nutricionais e hídricas** _____/_____/_____

é **capaz** de: Relativamente ao alimentar a criança, sente que consegue/acha-se capaz de...

91. Identificar sinais de **ingestão nutricional suficiente** 9. ...perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as necessidades nutricionais. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

92. Identificar sinais de **fome** 10. ...reconhecer quando tem fome. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Se **AMAMENTA** (não se aplica) Amamenta exclusivo misto NÃO exclusivo misto NÃO exclusivo misto NÃO

é **capaz** de: Relativamente ao amamentar, sente que consegue/acha-se capaz de...

93. Identificar sinais de **ejeção de leite** 11. ...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

94. Adotar **posição** confortável e posicionar a criança 12. ...adotar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da areola. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

95. Assegurar **pega adequada** _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

96. Estimular a **criança** durante a mamada, mantendo-a acordada 13. ...mantê-lo acordado durante a mamada. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

97. Interromper a **sucção** antes de retirar a criança da mama 14. ...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção (quando necessário). _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

98. Adotar medidas adequadas de **higiene das mamas** _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

99. Reconhecer o **efeito na criança dos alimentos** que a mãe ingere 15. ...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação a **fissura** (não se aplica) Fissura do mamilo não risco de PRESENTE não risco de PRESENTE não risco de PRESENTE

n.º consulta e data : ____/____/____

é **capaz** de: Relativamente à fissura, sente que consegue/acha-se capaz de...

100. Reconhecer sinais de **fissura do mamilo** 16. ...identificar se o mamilo tem fissura. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

101. Implementar medidas de **tratamento** 17. ...saber o que fazer para promover a cicatrização e monitorizar a evolução. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

102. Reconhecer sinais de **cicatrização** _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação a **ingurgitamento mamário** (não se aplica) IM não risco de PRESENTE não risco de PRESENTE não risco de PRESENTE

n.º consulta e data : ____/____/____

é **capaz** de: Relativamente ao ingurgitamento mamário, sente que consegue/acha-se capaz de...

103. Reconhecer sinais de **IM** 18. ...identificar sinais de ingurgitamento mamário e saber o que fazer. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

104. Implementar medidas de **alívio** do IM _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

105. Extrair **leite** manualmente/com bomba 19. ...extrair leite da mama manualmente/atraves de bomba. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Se **ALIMENTA COM BIBERÃO** (não se aplica) Alimenta com biberão LM LA LM LA LM LA

LA foi recomendado por: méd. enf. opção méd. enf. opção méd. enf. opção

tem **conhecimento** sobre:

106. **Material**: biberões e tetinas e critérios de escolha _____/_____/_____

107. Métodos de **lavagem e esterilização** _____/_____/_____

108. Como **preparar o leite** adaptado (não se aplica) _____/_____/_____

109. Como **alimentar a criança por biberão** _____/_____/_____

é **capaz** de: Relativamente ao alimentar por biberão, sente que consegue/acha-se capaz de...

110. Garantir a **limpeza e a esterilização** adequada do material 20. ...alimentar correctamente e na quantidade de leite apropriada através de biberão e manter o material limpo. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

111. Preparar o **leite** de acordo com as indicações (não se aplica) _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

112. Alimentar a **criança**, com técnica correcta _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação a **COLOCAR A ERUCTAR**:

113. Posicionar a criança para promover a eructação 21. ...fazer com que a criança eructe. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação a **regurgitação** (não se aplica) Episódios frequentes não sim não sim não sim

n.º consulta e data : ____/____/____

é **capaz** de: Relativamente à regurgitação, sente que consegue/acha-se capaz de...

133. Adotar medidas de **prevenção** de regurgitação 22. ...adotar medidas adequadas para evitar que a criança regurgite. _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

134. Reconhecer a **diferença** entre regurgitação e vômito _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____/_____/_____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação ao **obstrução nasal**, Obstrução nasal não PRESENTE não PRESENTE não PRESENTE

tem **conhecimento** sobre:

141. Sinais de obstrução nasal _____/_____/_____

142. Medidas de **alívio** de obstrução nasal _____/_____/_____

Em relação ao **ATENDER AO CHORO**,

Percepção do choro: excessivo moderado pouco

n.º consulta e data : _____/_____/_____/_____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Idade da criança: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

Peso _____ g _____ g _____ g

Amamenta exclusivo misto não exclusivo misto não exclusivo misto não

Relativamente ao choro do seu filho, sente que consegue/acha-se capaz de...²

114	é capaz de:	23. ... identificar porque chora e decidir pela medida apropriada.	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
115	Confortar o bebé, quando chora	24. ... perceber se a estratégia está surtir efeito.	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação a **cólicas/síndrome de cólicas**, cólicas síndrome não cólicas síndrome não cólicas síndrome não

é capaz de:

Relativamente ao lidar com cólicas, sente que consegue/acha-se capaz de...

135	Reconhecer <u>sinais</u> de cólica/distinguir de síndrome de cólicas	25. ... saber quando tem cólica e adoptar medidas de alívio.	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
136	Adoptar <u>estratégias para reduzir choro</u> excessivo	26. ... reconhecer síndrome de cólicas e adoptar medidas de consolo.	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
137	Implementar medidas de <u>alívio da dor</u> abdominal		_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação a **GARANTIR A SEGURANÇA/PREVENIR ACIDENTES**,

Já teve algum acidente: não sim

Especificar: _____

n.º consulta e data : _____/_____/_____/_____

Local de contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Idade da criança: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

é capaz de:

Relativamente à segurança e prevenção de acidentes, sente que consegue/acha-se capaz de...

120	Segurar e manipular a criança de modo adequado	27. ... adoptar as medidas necessárias para manter ambiente seguro e prevenir acidentes, aos diversos níveis:	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
116	Adoptar medidas de prevenção de <u>queimaduras</u>	Queimaduras	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
118	Adoptar medidas de prevenção de <u>quedas</u>	Quedas	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
117	Adoptar medidas de prevenção de <u>asfixia/sufocação/aspiração</u>	Asfixia/sufocação/aspiração	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
119	Adoptar medidas de prevenção do <u>SMSL</u>	SMSL	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4	_____/_____/_____	M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
121	Afastar a criança de <u>animais domésticos</u>	[] não se aplica	_____/_____/_____		_____/_____/_____		_____/_____/_____	

Em relação a **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO FILHO** e **RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL**

Local vigilância da saúde do bebé: _____

n.º consulta e data : _____/_____/_____/_____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Idade da criança: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

Peso _____ g _____ g _____ g

Amamenta exclusivo misto não exclusivo misto não exclusivo misto não

Procura de serviços de saúde: não sim (motivo) não sim (motivo) não sim (motivo)

tem **conhecimento** sobre: (especificar motivo)

122	Capacidade de interação e <u>competências do recém-nascido</u>	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
123	<u>Achados normais na pele</u> da criança	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
124	Medidas de protecção contra <u>infecções</u>	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
125	Explicação para a <u>perda fisiológica de peso</u>	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
126	Padrão de <u>aumento de peso esperado</u>	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
127	Padrão de <u>eliminação intestinal</u>	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
128	Padrão de <u>sono</u>	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
129	<u>Reacções às vacinas</u> (BCG, VHB)	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
130	<u>Coloração icterica</u> e icterícia	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
131	Como avaliar a <u>temperatura corporal</u> e valor da temperatura corporal normal	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
132	<u>Sinais</u> que justifiquem recorrer ao profissional de saúde	_____/_____/_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____

Sinais de alerta abordados: _____

Caracterizar LIGAÇÃO MÃE-FILHO:

Comportamentos de ligação	Idade da criança		Comportamentos de ligação	Idade da criança	
	Observado	Verbalizado		Observado	Verbalizado
Estabelece contacto visual, usando a posição face a face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Refere-se à criança pelo nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beija e acaricia a criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Refere semelhanças com familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fala, canta e murmura para a criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verbaliza características positivas da criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procura proximidade e contacto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verbaliza sentimentos positivos em relação à criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantém a criança confortável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procura esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consola a criança/usa técnicas de conforto quando a criança se encontra aborrecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demonstra interesse em aprender os cuidados à criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Mãe (M): 1-Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Concordo; 4- Concordo totalmente.

1.º/2.º mês

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Idade da criança: ____ s ____ d ____ s ____ d ____ s ____ d

Peso: ____ g ____ g ____ g

Amamenta exclusivo misto | não exclusivo misto | não exclusivo misto | não

Alimenta com biberão LM LA ____ ml LM LA ____ ml LM LA ____ ml

Recomendado por: méd. enf. opção própria méd. enf. opção própria méd. enf. opção própria

Se **alimenta por biberão** não se aplica]

é **capaz** de: Relativamente ao alimentar a criança com LA, sente que consegue/acha-se capaz de...

144 Preparar o leite de acordo com as indicações, na quantidade adequada às necessidades nutricionais

28. ...preparar leite na quantidade adequada às necessidades e idade da criança.

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Se **intenção de manter lactação** não se aplica]

tem **conhecimento** sobre:

145 Estratégias para **manter a lactação**/amamentação

146 Como **extrair leite** para armazenar

147 **Condições e material** para armazenar leite materno

148 Como **descongelar** o leite materno

Em relação ao **CRIAR HÁBITOS: DORMIR,**

tem **conhecimento** sobre:

149 Alterações ao **padrão de sono e vigília**, ao longo do tempo

150 Estratégias para **criar hábitos** para dormir

Em relação ao **RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL,**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Percepção do temperamento: fácil difícil não sabe fácil difícil não sabe fácil difícil não sabe

151 **Temperamento** da criança ao 1.º/2.º mês

152 **Capacidade motora** ao 1.º/2.º mês

153 **Capacidade sensorial** ao 1.º/2.º mês

154 **Capacidade para comunicar** ao 1.º/2.º mês

155 **Marcos de desenvolvimento** ao 1.º/2.º mês

Em relação ao **ESTIMULAR DESENVOLVIMENTO,** tem **conhecimento** sobre:

156 Quando o bebé está **receptivo à estimulação**

157 Estratégias de **estimulação sensorial** ao 1.º/2.º mês

158 Estratégias para desenvolver **sentimentos de confiança** na criança

159 Benefícios da **massagem**

160 Escolha de **brinquedos** adequados à estimulação

161 Estratégias de **estimulação da linguagem**

Em relação ao **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE, GARANTIR A SEGURANÇA/PREVENIR ACIDENTES, e LIDAR COM PROBLEMAS COMUNS**

n.º consulta e data : ____/____/____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Procura de serviços de saúde: não sim (motivo) não sim (motivo) não sim (motivo)

(especificar motivo, desde o último contacto)

tem **conhecimento** sobre:

162 **Reacções às vacinas** (DTP, VAP, VHB, Hib)

163 **Sinais** que justifiquem recorrer ao profissional de saúde

165 Medidas de protecção contra **queimaduras solares**

é **capaz** de: Relativamente à necessidade de avaliar a temperatura, sente que consegue/acha-se capaz de...

166 Transportar a criança com segurança

29. ...transportar a criança, garantindo as condições de segurança (carrinho de passeio, automóvel, ao colo, ...).

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

164 Avaliar **temperatura corporal**

30. ...usar o termómetro correctamente e interpretar o valor obtido.

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

Em relação a **obstrução nasal,** não se aplica]

Obstrução nasal ausente PRESENTE ausente PRESENTE ausente PRESENTE

Relativamente à obstrução nasal, sente que consegue/acha-se capaz de...

167 Reconhecer **presença** de obstrução nasal

31. ...aliviar a obstrução nasal quando presente.

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

168 Implementar **medidas de alívio** da obstrução nasal

Em relação a **obstipação,** tem **conhecimento** sobre:

Obstipação ausente presente ausente presente ausente presente

169 **Sinais** de obstipação

170 **Medidas de estimulação** da eliminação intestinal

Em relação a **diarreia,** tem **conhecimento** sobre:

Episódios de Diarreia sim não sim não sim não

171 **Sinais** de diarreia

172 **Medidas de prevenção da desidratação**

Em relação a **febre,** tem **conhecimento** sobre:

Episódios de Febre sim não sim não sim não

173 **Medidas de diminuição da temperatura corporal**

Relatório de Estágio

3.º/4.º mês

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA,**

n.º consulta e data : _____ / _____ / _____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Idade da criança: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

Peso _____ g _____ g _____ g

Amamenta exclusivo misto | NÃO exclusivo misto | NÃO exclusivo misto | NÃO

tem **conhecimento** sobre:

- 176 • Estratégias para o **desmame** (não se aplica) _____ / _____ / _____
- 174 • Sinais de desenvolvimento que indiciam que a criança está **apta para iniciar outros alimentos** _____ / _____ / _____
- 175 • Critérios de **introdução de novos alimentos** na dieta da criança _____ / _____ / _____
- 177 • Possíveis **reacções gastrointestinais** ao alimento _____ / _____ / _____
- 178 • Modo de **preparar os alimentos** _____ / _____ / _____
- 179 • Critérios de **escolha do equipamento** para alimentar a criança _____ / _____ / _____

Em relação ao **RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL,**

n.º consulta e data : _____ / _____ / _____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

tem **conhecimento** sobre:

- 180 • **Capacidade motora** ao 3.º/4.º mês _____ / _____ / _____
- 181 • **Capacidade para comunicar** ao 3.º/4.º mês _____ / _____ / _____
- 182 • **Capacidade sensorial** ao 3.º/4.º mês _____ / _____ / _____
- 183 • **Marcos de desenvolvimento** ao 3.º/4.º mês _____ / _____ / _____

Em relação ao **ESTIMULAR DESENVOLVIMENTO,**

n.º consulta e data : _____ / _____ / _____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

tem **conhecimento** sobre:

- 184 • Estratégias de **estimulação sensorial** ao 3.º/4.º mês _____ / _____ / _____

Em relação ao **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO FILHO,**

n.º consulta e data : _____ / _____ / _____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Procura de serviços de saúde: não sim (motivo) não sim (motivo) não sim (motivo)

tem **conhecimento** sobre:

(especificar motivo, desde o último contacto)

- 185 • Quando surgem os **primeiros dentes** e os sinais que o evidenciam _____ / _____ / _____
- 186 • Medidas de **alívio** do desconforto causado pela erupção dos dentes _____ / _____ / _____
- 187 • Medidas de **higiene oral** _____ / _____ / _____
- 188 • **Sinais** que justifiquem recorrer ao profissional de saúde _____ / _____ / _____

5.º/6.º mês

Em relação ao **RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL,**

n.º consulta e data : _____ / _____ / _____

Local do contacto: CS D CT CS D CT CS D CT

Idade da criança: _____ s _____ d _____ s _____ d _____ s _____ d

Peso _____ g _____ g _____ g

Amamenta exclusivo misto | NÃO exclusivo misto | NÃO exclusivo misto | NÃO

Introdução de novos alimentos sim não sim não sim não

Procura de serviços de saúde: não sim (motivo) não sim (motivo) não sim (motivo)

(especificar motivo, desde o último contacto)

tem **conhecimento** sobre:

- 189 • **Capacidade motora** ao 5.º/6.º mês _____ / _____ / _____
- 190 • **Marcos de desenvolvimento** ao 5.º/6.º mês _____ / _____ / _____
- 191 • **Reacção a estranhos** como etapa normal do desenvolvimento _____ / _____ / _____

Em relação ao **PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO FILHO,**

Dentes não sim _____ não sim _____ não sim _____

é **capaz** de:

Relativamente aos dentes do seu filho, sente que consegue/acha-se capaz de...³

- 192 • Adoptar medidas de **alívio** do desconforto causado pela erupção dos primeiros dentes 32. ...aliviar o desconforto provocado pela erupção dos dentes. _____ / _____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____ / _____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____ / _____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4
- 193 • Adoptar medidas de **higiene oral** 33. ...assegurar a higienização dos dentes e gengivas. _____ / _____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____ / _____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4 _____ / _____ M: 1-2-3-4 P: 1-2-3-4

³ Mãe (M): 1-Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Concordo; 4- Concordo totalmente.

ANEXO 10

Documento elaborado para o armário da Sala de Preparação para o Parto: “Tipos de Leites Adaptados e Datas de Validade”

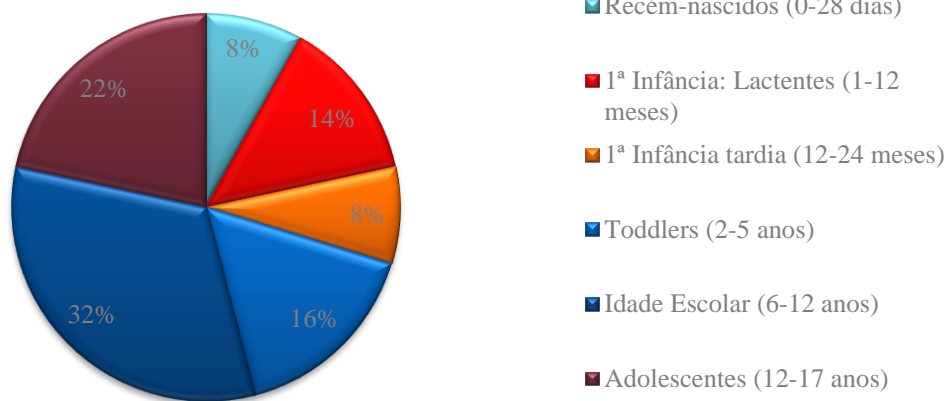


Tipo de leite	Data de validade
Nidina HA 1 (MONODOSE)	Jun-12
NAN 1 (MONODOSE)	Jul-12
Papa Nestlé SINLAC	Nov-12
Papa Nestlé (doses individuais) SINLAC	Dez-12
Papa Nutriben Maçã L.A.	Ago-12
Nutribén 2	Jan-14
Papa Nestlé "8cereais e mel"	Out-12
Papa Nutriben "primeira papa"	Dez-2012 e Jan-2013
Aptamil 1	Jun-12
Aptamil 2	Ago-2012 e Out-2012
NAN 2	Out-12
NAN 1 (pacote individual)	Nov-13
Nidina 1	Nov-13
Aptamil HA 1	Mai-13
Aptamil AR 1	Set-12
Aptamil 1 Confort	Dez-12

ANEXO 11

Gráfico Circular da Distribuição das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil realizadas, por faixas etárias

Distribuição das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil realizadas, por faixas etárias



ANEXO 12

Extrato do “Projeto Sorrisos” e “Projeto Passezinho”, no âmbito da Saúde Escolar

III. Saúde Oral



No que concerne à saúde oral trata-se de um conjunto de actividades organizadas de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Saúde Oral relativamente a estas idades. Adoptamos a metodologia até aqui seguida. O alinhamento de conteúdos foi elaborado com a colaboração científica da Dr.^a Alexandra Queirós, higienista oral do ACES Porto Ocidental.

Como escovar os dentes?

Objectivo PASSE: promoção de comportamentos salutogénicos na área da saúde oral.

1ª fase: a educadora promove discussão sobre o número de vezes diárias que as crianças devem lavar os dentes.

2ª fase: após breve diálogo, a que a educadora não dá resposta, nomeiam-se quatro ou cinco alunos que ficam com folhas numeradas de uma a cinco. Pede-se então que as crianças vão para trás do aluno que tiver o número que acham que corresponde à resposta certa para a questão sobre o número de vezes diárias que se deve lavar os dentes.

3ª fase: a educadora dá a resposta certa: pelo menos duas a três vezes por dia. Toda a turma deve então reunir-se em torno do aluno que tenha o número dois (dois ou três). Ressalva-se ainda que uma das escovagens deve ser realizada antes de deitar.

4ª fase: sistematização das aprendizagens junto da personagem fictícia (ou mascote). As crianças, uma a uma, dizem a aprendizagem que querem dar à mascote. Se todos concordarem, ela levanta-se e vai até a mascote fazer a sua contribuição.

Como escovar os dentes? (II)

Objectivo PASSE: promoção de comportamentos salutogénicos na área da saúde oral.

1ª fase: no seguimento da actividade anterior volta-se ao contexto de roda e pergunta-se: como é que se deve escovar os dentes? É a mãe que escova? Devem ser as crianças? (A escovagem deve ser efectuada pelos próprios com supervisão de um adulto).

2ª fase: E em relação à pasta dentífrica? A pasta tem que ter flúor e a quantidade de pasta deve ser igual ao tamanho da unha do dedo mindinho da criança.

Outros dados importantes:

- a percentagem aconselhada de flúor deve encontrar-se no intervalo de ppm 1000 a 1500;
- nas crianças entre os 0-3 deve-se usar escova macia, gaze ou apenas dedeira ou pano

3ª fase: experimentar os conselhos. Os alunos põem a quantidade de pasta numa escova de dentes e fingem escovar os dentes a uma boneca. Deve-se ainda fazer escovagem no Jardim-de-infância. (Nota: é prática recomendada fazer-se escovagem no estabelecimento de ensino). Pode-se ainda pintar, num desenho de uma mão, a unha do dedo mindinho e afixar na sala.

4ª fase: recapitulação das aprendizagens efectuada nesta e na actividade anterior. Sublinha-se ainda a importância de usar uma escova adequada à idade da criança (macia, pequena e só se usar a quantidade de pasta recomendada. Recordamos que o uso de fio dentário não é recomendado antes dos 8-9 anos, assim como a utilização de fluoretos

Promoção de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)

59

extra). Sistematização das aprendizagens junto da personagem fictícia (ou mascote). As crianças, uma a uma, dizem a aprendizagem que querem dar à mascote. Se todos concordarem, ela levanta-se e vai até a mascote fazer a sua contribuição.

A escova é minha e só minha

Objectivo PASSE: promoção de comportamentos salutogénicos

1ª fase: conversa em grupo sobre como deve ser a escova de dentes da personagem fictícia. A conversa pode abordar assuntos não importantes como a cor ou outra característica secundária, deve ainda explorar a importância de ser MACIA e PEQUENA. Deve ser só de uma pessoa ou de várias? Devemos usá-la quantas vezes?

2ª fase: a educadora pode promover uma sessão de lavagem dos dentes, que, de acordo com o Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral deve acontecer no II uma vez por dia.

3ª fase: sistematização das aprendizagens em forma de diálogo, que depois pode dar origem à construção de cartazes ou outro género de material. As crianças, uma a uma, dizem a aprendizagem que querem dar à mascote. Se todos concordarem, ela levanta-se e vai até a mascote fazer a sua contribuição.

ANEXO 13

Plano da Sessão de Educação para a Saúde, no âmbito da Saúde Escolar, intitulada “Promover a Saúde Oral”

PLANO DA SESSÃO	
<p>PROJETO: “Sorrisos” e “Passezinho” – UCC Matosinhos</p> <p>EQUIPA DE INTERVENÇÃO: Enf.^a Marta Valadar e Enf.^a Estagiária MESIP Liliane Ferreira</p> <p>PÚBLICO-ALVO: Alunos do Jardim de Infância de Cruz de Pau (Sala C)</p> <p>DATA: 5 de Junho de 2012</p>	<p>NOME: Promover a Saúde Oral</p> <p>LOCAL: Jl Cruz de Pau (Sala C)</p> <p>HORA DA SESSÃO: 9H30</p> <p>TEMPO PREVISTO: 55 minutos (+ 15min.)</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA SESSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que as crianças demonstrem motivação para a adoção de comportamentos saudáveis no que respeita à área da higiene oral; ▪ Que as crianças adquiram conhecimentos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas para uma adequada higiene oral; ▪ Alimentos cariogénicos e cariostáticos; ▪ A frequência, momentos e recursos (caraterísticas da escova e da pasta dentífrica) inerentes à técnica de escovagem dos dentes; ▪ A importância da visita regular ao dentista. ▪ Que as crianças de 5-6 anos demonstrem aprendizagem de capacidades sobre a técnica de escovagem dos dentes.
<p>OBJETIVOS GERAIS DA SESSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivar as crianças em idade pré-escolar para adoção de comportamentos salutogénicos na área da saúde oral; ▪ Instruir sobre técnica de escovagem dos dentes; ▪ Treinar técnica de lavagem dos dentes com os alunos de 5-6 anos. 	

SESSÃO: SAÚDE ORAL						
FASE	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	METODOLOGIAS	OBSERVAÇÕES	RECURSOS
INTRODUÇÃO	3 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação da equipe de intervenção e dos temas a abordar na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os elementos da equipa verbalizam o seu nome e motivação para a realização da sessão e solicitam que cada criança diga o seu nome. 	Expositiva / Participação Ativa		
DESENVOLVIMENTO	20 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência da escovagem dos dentes; ▪ Alimentos cariogênicos e cariostáticos; ▪ Material necessário para a escovagem dos dentes; ▪ Características e cuidados a ter com a escova dos dentes; ▪ Quantidade de pasta dentífrica; ▪ Importância da pasta dentífrica com flúor; ▪ Importância da visita regular ao dentista; ▪ Técnica da escovagem dos dentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visualização do filme "Dr. Dentolas: A lenda do Reino dos Dentes". 	Expositiva		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador; ▪ Colunas de som; ▪ Projetor.
	7 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência da escovagem dos dentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Implementação de atividade proposta pelo Programa "Passezinhos": "Como escovar os dentes?" 	Demonstrativa / Participação Ativa	São escolhidas 4 crianças e cada uma fica com um cartão com um número (de 1 a 4). Os restantes alunos da turma	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folhas numeradas de 1 a 4.

		<ul style="list-style-type: none"> Alimentos cariogênicos e cariostáticos. 	<p>3. Implementação do jogo: "Alimentos Amigos e Inimigos dos Dentes".</p>	<p>Participação Ativa</p>	<p>deverão colocar-se em fila atrás da criança que tem o número correspondente à quantidade de vezes que lava os dentes por dia. No final, a Enfermeira refere qual o número correto e as crianças reúnem-se à volta desse número/criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2 cestos com as faces; Cartões com desenho de alimentos; Saco de cartões.
--	--	---	--	---------------------------	---	---

ANEXO 14

Check-list de verificação da Técnica de escovagem dos dentes

AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE ESCOVAGEM DOS DENTES

Aluno: _____ Idade: _____ Professora: _____

	Critérios a avaliar		Adequado	Não adequado	
Material	Escova de dentes	Tamanho			
		Textura dos filamentos			
	Pasta dentífrica	Flúor (1000 a 1500 p.p.m.)			
		Quantidade utilizada (tamanho aproximado da unha do dedo mindinho)			
Técnica da escovagem	Escovagem da parte externa dos dentes	Lava dois dentes de cada vez			
		Executa 5 movimentos de cada vez			
		Realiza movimentos circulatorios ou de "vai e vem"			
		Inicia a escovagem no último dente e continua até ao último dente do lado oposto.			
	Escovagem da parte interna dos dentes	Lava dois dentes de cada vez			
		Executa 5 movimentos de cada vez			
		Realiza movimentos circulatorios ou de "vai e vem"			
		Inicia a escovagem no último dente e continua até ao último dente do lado oposto.			
	Escovagem das Superfícies Mastigatórias e Língua	Escova a superfície mastigatória superior com movimentos de "vai e vem".	Escova a superfície mastigatória inferior com movimentos de "vai e vem".		
			Executa lavagem da língua		
		Após a escovagem, não bochecha com água	Executa lavagem da língua até 2 movimentos "vai e vem".		
Material	Lava a escova de dentes após a sua utilização e acondiciona-a adequadamente				

ANEXO 15

EDIN (Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)

Échelle Douleur Inconfort Nouveau-né

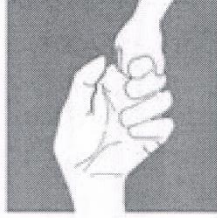
Indicador	Descrição
Rosto	<p>0 – Rosto calmo</p> <p>1 – Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo</p> <p>2 – Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas</p> <p>3 – Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada</p>
Corpo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

ANEXO 16

*Panfleto fornecido aos Pais aquando da integração no serviço de
Neonatologia*

Hospital Pediátrico Integrado

Serviço de Neonatologia



Cuidar para o desenvolvimento...

Nós preocupamo-nos!



SAO JOAO

Método Canguru



O Método Canguru (MC) está largamente difundido nas Unidades de Neonatologia, pelos benefícios afectivos e neurosensoriais comprovados para o recém-nascido/família.

O bebé é colocado, despido (só com fralda e gorro), na posição vertical, sobre o peito da mãe/pai, em contacto pele com pele, durante um período de tempo, que seja agradável para os dois (recomenda-se períodos superiores a 90 minutos). Este método, não substitui as intervenções clínicas, mas contribui para o processo de recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida do Bebê e da sua família.



Programa NIDCAP®
Newborn Developmental Care and Assessment Program

Os bebés que nascem antes do tempo ou doentes, precisam de cuidados especiais no hospital durante algum tempo.

Estes bebés, pela sua fragilidade, são muito sensíveis aos estímulos do ambiente que os rodeia. São facilmente perturbados por tudo o que se passa à sua volta.

Comunicam através de sinais que indicam se estão confortáveis ou desconfortáveis. Para entender esta linguagem, desenvolveu-se um programa destinado a perceber e interpretar esses sinais¹.

O NIDCAP® (Newborn Developmental Care and Assessment Program) é um programa centrado no desenvolvimento do recém-nascido e na família, que ajuda os profissionais e os pais a cuidar destes bebés, de forma adequada, garantindo a individualidade e as competências do bebé, de acordo com o seu grau de estabilidade, numa perspectiva do desenvolvimento.

Este programa iniciou-se neste serviço em 1 de Junho de 2011.

1. Página do Facebook: <https://www.facebook.com/pedifsa.joao> ID:1000112752686
2. NIDCAP® Newborn Developmental Care and Assessment Program: <http://www.nidcap.org>

Preparar a ida para casa...

A alta do vosso filho será programada, pela equipa de saúde.

Ao longo do internamento, foram recebendo informações sobre os cuidados a ter com o vosso bebé; antes da alta: esclareçam as vossas dúvidas.

Se necessitarem de documento comprovativo do internamento do seu filho, solicitem-no. A mãe pode suspender a licença de maternidade, durante todo o internamento: informe-se!

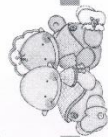
À saída do hospital deverão estar na posse dos seguintes documentos:

- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;
- Boletim Individual de Saúde (se fez vacinas);
- Receitas médicas;
- Marcação de consultas, se necessário;
- Carta de alta, com o resumo do internamento, destinada ao médico assistente e à consulta externa do Centro Hospitalar S. João;
- Carta de alta de enfermagem, dirigida ao Centro de Saúde;
- Mesmo depois da alta, podem telefonar para o serviço para esclarecerem algumas dúvidas.

Contactos:

Telefone: 22 55 12 190 (directo); através da telefonista: 22 55 12 100; 22 55 12 200

Linha Saúde 24 é uma iniciativa do Ministério da Saúde. Todos os dias, 24 horas por dia, basta ligar o nº de telefone: 808 24 24 e entrará em contacto com Profissionais de Saúde qualificados, que lhe darão os melhores conselhos sobre a forma de lidar com a sua situação de saúde em particular.



Pais,

O vosso bebé acaba de ser entregue aos cuidados do nosso Serviço. Neste folheto, desejamos oferecer informações que vos ajudarão durante o tempo em que o vosso filho estiver conosco.

Estamos disponíveis para vos acompanhar e esclarecer sobre todas as dúvidas que forem surgindo durante a sua estadia neste serviço.

Sejam bem-vindos!

"A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família."
Carta do Serviço Hospitalizado VIII

Somos a equipa de saúde que estará a cuidar do seu filho e que é constituída por: Enfermeiras; Médicos; Técnicos de Saúde; Assistentes operacionais; Assistente Social; Psicóloga; ...

Esta equipa, acompanha o vosso bebé ao longo das 24h. Em todos os turnos há uma enfermeira, responsável pelo vosso bebé, com quem podem falar e esclarecer dúvidas,

As informações clínicas relativas à saúde do seu bebé são reservadas exclusivamente aos pais ou seus substitutos legais e serão prestadas diariamente pelo médico de serviço (preferencialmente entre as 11 e as 12h).

A vossa presença é muito importante!

Por isso desejamos que permaneçam, junto do vosso filho, tanto tempo quanto vos seja possível, tendo em consideração a organização e o funcionamento do serviço. Nos seguintes períodos realiza-se a passagem de turno: 8:00-8:30; 15:00-15:30; 22:00-22:30. Ser-vos-á entregue um livre-trânsito, para a entrada no hospital.

A visita de outros familiares, é feita com autorização da direção do serviço: fale com a enfermeira chefe.

No serviço - orientações:

Para proteger o vosso bebé, existem normas que é obrigatório respeitar. Na primeira visita serão informados destas orientações.

- Os objetos pessoais são guardados num armário aberto. Evite trazer objetos de valor;
- Removam todos os adereços (anéis, pulseiras, relógios); arrégacem as mangas até ao cotovelo e lavem cuidadosamente as mãos e os antebraços;
- As unhas devem estar curtas e não devem usar verniz e unhas artificiais;
- Antes e depois, de tocarem no vosso bebé, passem as mãos pelos antissépticos existentes perto dos lavatórios e junto das unidades;
- Não toquem nos outros bebés e nas outras incubadoras ou berços;
- Respeitem a privacidade dos outros bebés/pais;
- Falem num tom de voz baixo e evitem conversar junto dos bebés;
- Cumpram escrupulosamente as normas básicas de higiene e asseio pessoal;
- Quando estiverem doentes, não entrem sem o comunicar. Serão adotadas as medidas adequadas;
- Devem manter o telemóvel em silêncio dentro da unidade e saiam quando tiverem de o atender;
- Podem fotografar (sem flash) e filmar o vosso bebé, mas não os profissionais ou os outros bebés.

As informações contidas neste folheto, não respondem a todas as vossas dúvidas, por isso não hesitem em procurar ajuda ou informações junto dos profissionais do serviço.

Outras informações:

O hospital dispõe de vários recursos que podem utilizar:

- **Refeições:** existem vários espaços, onde podem fazer refeições: refeitório (piso 2) e tem ainda acesso ao *shopping* pelas consultas (traseiras do hospital).
- **Serviço social:** informações sobre apoio social. Localização: à entrada do serviço de Neonatologia.
- **Gabinete do utente:** informações sobre direitos e deveres dos utilizadores dos serviços de saúde e apresentar sugestões ou reclamações e elogios. Localização: piso 1, perto do *Atrium* Hospitalidade.
- **Serviço religioso,** (católico: assistência a outras confissões religiosas, por solicitação). **Capela e secretariado** - piso 9, corredor central, elevador nº4, Telefone: 225512350.

Aleitamento materno

O seu leite é o melhor alimento para o seu bebé e mesmo em pequena quantidade, é importante para iniciar a alimentação. No serviço dispomos de bombas eléctricas para extração de leite materno: informe-se junto das enfermeiras do serviço.

ANEXO 17

Documento de registo dos “Ensinos efetuados aos Pais durante o internamento”, no Serviço de Neonatologia

UAG DA MULHER E DA CRIANÇA

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

ENSINOS EFECTUADOS AOS PAIS DURANTE O INTERNAMENTO



IDENTIFICAÇÃO

data/n.º mecan.

LEGENDA

Requer orientação/incentivo 1

Requer ajuda 2

Autonomia 3

	ENSINO	OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO																																										
CUIDADOS DE HIGIENE																																																
Temperatura da água e ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Técnica do banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Produtos de higiene/fraldas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Cuidados à pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
ALIMENTAÇÃO																																																
Horários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Preparação do leite/esterilização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Conservação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Amamentação: técnicas e cuidados à pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
SONO E REPOUSO																																																
Ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Padrão de sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Posicionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
VIGILÂNCIA DE SAÚDE																																																
Boletim de Saúde / Vacinação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Temperatura corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Consulta de enfermagem/Diag. precoce/peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Medicação: vitaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Visitas: contactos; locais a evitar; saídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
SEGURANÇA																																																
Prevenção de acidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Transporte no automóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Avaliação das SapO ₂ antes da alta (pré-termo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Parâmetros observados	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bebé no berço</th> <th colspan="6">Criança colocada na cadeira num ângulo de 45°</th> </tr> <tr> <td></td> <th>0'</th> <th>5'</th> <th>15'</th> <th>30'</th> <th>45'</th> <th>60'</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fi O₂</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SapO₂</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F. Cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Marca da Cadeira</td> <td>Chicco</td> <td>Bebeconfort</td> <td>Pré-natal</td> <td>Bebecar</td> <td colspan="2">Outra:</td> </tr> </tbody> </table>						Bebé no berço	Criança colocada na cadeira num ângulo de 45°							0'	5'	15'	30'	45'	60'	Fi O ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SapO ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca da Cadeira	Chicco	Bebeconfort	Pré-natal	Bebecar	Outra:	
Bebé no berço	Criança colocada na cadeira num ângulo de 45°																																															
	0'	5'	15'	30'	45'	60'																																										
Fi O ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
SapO ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
F. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Marca da Cadeira	Chicco	Bebeconfort	Pré-natal	Bebecar	Outra:																																											
OUTROS																																																
O ₂ no domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Alimentação por SNG/SOG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Terapêutica - manipulados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										

CHECK-LIST

Setembro 2010

ANEXO 18

Plano da Sessão de Educação Parental, intitulada “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”

PLANO DA SESSÃO	
PROJETO: Curso de Educação Parental	NOME: Vigilância de saúde: lidar com os problemas comuns
EQUIPA DE INTERVENÇÃO: Enf. ^a Fiama Marques e Enf. ^a Estagiária MESIP Liliane Ferreira	LOCAL: Sala de Preparação para o Parto – UCC de Matosinhos
PÚBLICO-ALVO: Pais a frequentar o Curso de Educação Parental da UCC de Matosinhos	HORA DA SESSÃO: 14H30
DATA: 17 de Maio de 2012	TEMPO PREVISTO: 60 minutos
<p>OBJETIVOS GERAIS DA SESSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar os Pais sobre os problemas mais comuns nos primeiros anos de vida da criança; ▪ Informar os Pais sobre os sinais de alarme e forma de atuação, perante os problemas mais comuns na infância. 	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA SESSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que os Pais demonstrem conhecimentos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doenças e problemas mais comuns na infância; ▪ Sinais de alarme; ▪ Formas de atuação. ▪ Que os Pais demonstrem conhecimentos sobre situações em que devem recorrer à ajuda de um profissional de saúde; ▪ Que os Pais demonstrem conhecimentos sobre locais de atendimento da criança com doença aguda.

Sessão: Vigilância de saúde: lidar com os problemas comuns						
FASE	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	METODOLOGIAS	OBSERVAÇÕES	RECURSOS
INTRODUÇÃO	2 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do tema a abordar na sessão; ▪ Avaliação das dúvidas e conhecimentos dos Pais acerca dos problemas mais comuns na infância. 		Expositiva / Participação Ativa		
DESENVOLVIMENTO	50 Min.	<p>Abordagem sobre os principais problemas de saúde durante a infância, formas de prevenção e atuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Febre; ▪ Diarreia; ▪ Vômitos; ▪ Obstipação; ▪ Congestão Nasal; ▪ Os primeiros dentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitação da opinião e parecer dos Pais acerca de cada temática, antes de proceder à sua abordagem. 	Expositiva / Participação Ativa		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador; ▪ Projetor.
CONCLUSÃO	8 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço das ideias centrais acerca do tema abordado; ▪ Avaliação das dúvidas existentes; ▪ Avaliação da sessão através de diálogo informal com os Pais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitação da participação dos Pais. 	Participação Ativa		

ANEXO 19

*Diapositivos apresentados na Sessão de Educação Parental,
intitulada “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”*

Unidade Local de Saúde de Matosinhos – UCC de Matosinhos
 Projeto Bem-me-quer
 Curso de Parentalidade



Vigilância de saúde: lidar com problemas comuns

UCC matosinhos
 UNIDADE DE CUIDADO NA CRIANÇA
 Unidade de Apoio Social de Matosinhos

Porto, 17 de Maio de 2012

Febre



Aumento da temperatura corporal acima da normal
 variação diurna (36-37°C de manhã e perto dos 38°C à tarde)

(DGS, 2004)

Lidar com problemas comuns: **Febre**

Febre



Resposta complexa do corpo a agentes externos (vírus, bactérias, entre outros) e disfunções internas



É um mecanismo importante na defesa contra a infeção (processos fisiológicos de defesa têm maior eficácia a temperaturas mais altas)




É um sinal de doença (e não a própria doença), pelo que se deve tentar **identificar e tratar** a causa dessa febre


(DGS, 2004)

Lidar com problemas comuns: **Febre**

Febre: em idade pediátrica



Pode afirmar-se que quase todas as crianças irão padecer de febre (37,8-40°C) em algum momento das suas vidas (Schmitt)



A maior parte dos casos de febre é de curta duração, com consequências limitadas e de origem viral

As atitudes a desenvolver têm como objetivos:

- ✓ Prevenção de complicações (convulsões febris e desidratação)
- ✓ Diminuir o desconforto da criança (DGS, 2004)

Lidar com problemas comuns: **Febre**

Febre... a partir de quanto?

Segundo a DGS (2004) considera-se que uma criança tem febre quando a **temperatura axilar é superior a 38 – 38,5°C.**



Para além da variação individual, a temperatura varia com a idade, a atividade física e ao longo do dia.

Lidar com problemas comuns: **Febre**

Febre: como avaliar?

- Oral 
- Axilar 
- Retal 
- Com sensor timpânico (canal auditivo externo) 
- Com sensor cutâneo (na pele) 

Lidar com problemas comuns: **Febre**

7

Febre: como avaliar?



A temperatura axilar apresenta valores mais baixos, de cerca de 1°C em relação à temperatura retal (DGS, 2004)



A temperatura timpânica pode não refletir com precisão a temperatura central, pelo que deve ser usada com cautela (DGS, 2004)

O termómetro eletrónico, a nível axilar, parece ser o método mais fiável (Freitas, 2011)

Lidar com problemas comuns: Febre

8

Febre: o que fazer?

1. Na subida da temperatura, em que a criança apresenta calafrios e mãos/pés frios (imediatamente após administração do antipirético) → Manter a criança vestida
2. Na fase de descida da temperatura (suor, rubor facial) → Despir a criança

Lidar com problemas comuns: Febre

9

Febre: medidas gerais

- Arrefecimento: banho com água à temperatura de menos 1°C em relação à temperatura corporal da criança (DGS, 2004)
- Para evitar a desidratação, devem oferecer-se bebidas à criança, de acordo com a sua preferência (DGS, 2004)
- É normal que a criança tenha menos apetite, portanto não forçar alimentação
- Manter vestuário ligeiro
- Assegurar ambiente fresco
- Administrar antipirético, conforme prescrição médica

Lidar com problemas comuns: Febre

10

Febre: fármacos

- **Paracetamol:** antipirético de eleição pela sua segurança e eficácia

Dose (segundo peso), cada 4-6 horas

Ibuprofeno: também seguro e eficaz

Sempre que possível, deve optar-se por utilizar apenas um antipirético para tratar a febre, e não fazer alternância! (DGS, 2004)

Lidar com problemas comuns: Febre

11

Febre: situações especiais

- Bebê com menos de 3 meses de idade
- Febre com mais de 5 dias de evolução
- Crianças com histórico de convulsão febril
- Sinais de alerta: mau estado geral, prostrado, dificuldade respiratória, vômitos incoercíveis...

(DGS, 2004)

Lidar com problemas comuns: Febre

12

Diarreia

Aumento da frequência das dejeções e diminuição da consistência das fezes (OMS, 2004)


Lidar com problemas comuns: Diarreia

13

Diarreia

Início súbito, entre 3-5 dias

- Uma das principais causas de internamento hospitalar em idade pediátrica
- É causada pelo aumento da excreção intestinal de água e de solutos
- Na maior parte dos casos, a diarreia é causada por vírus; também pode dever-se a infeção bacteriana (como no caso de ingestão de alimentos com toxinas)
- Pode ser acompanhada de vómitos, dores abdominais ou febre



Lidar com problemas comuns: **Diarreia**

14

Diarreia

A principal complicação está relacionada com o risco de **Desidratação**

Fatores de Risco para a Desidratação:

- Bebés com menos de 12 meses
- Mais de 8 dejeções por dia
- Mais de 2 vómitos por dia
- Crianças desnutridas
- Com aleitamento artificial



(DGS, 2004)



Lidar com problemas comuns: **Diarreia**

15

Diarreia: sinais de desidratação

- Perda de peso observável
- Facilmente irritável ou, numa fase mais avançada, muito prostrado
- Com muita sede e, numa fase mais avançada, com dificuldade em beber
- Olhos encovados
- Mucosas secas
- Urina de cor mais escura e com cheiro diferente
- Fontanela deprimida



(DGS, 2004)



Lidar com problemas comuns: **Diarreia**

16

Diarreia: como tratar?

Os pais devem iniciar o tratamento assim que detetem os primeiros sinais de diarreia, de forma a prevenir a desidratação.

1. **Corrigir as perdas de líquidos com Solução de Reidratação oral (SRO)**
 - ✓ Eficácia fundamentada, que assegura a correção e previne a desidratação (líquidos e eletrólitos); mas não reduz a frequência das dejeções!
2. Nunca suspender o aleitamento materno
3. Reiniciar a alimentação habitual da criança, após 4 horas de reidratação com sucesso





Lidar com problemas comuns: **Diarreia**

17

Diarreia: como tratar?

4. Prevenir a recorrência de desidratação, oferecendo SRO após cada dejeção diarreica (10ml/kg)
5. Não administrar medicação sem prescrição (antieméticos, antidiarreicos, pro-bióticos, antibióticos)
 - ✓ Em caso de necessidade de antipirético, elege o paracetamol.



(DGS, 2004)



Lidar com problemas comuns: **Diarreia**

18



Diarreia: quando recorrer à urgência?

- Idade inferior a 3 meses
- Mau estado geral
- Doença crónica
- Sinais de desidratação moderados a graves
- Em caso de dúvida dos Pais

(DGS, 2004)

NOTA:

- ✓ Estão disponíveis duas vacinas no mercado contra o Rotavírus, um dos vírus que mais frequentemente causa diarreias
- ✓ Solicitar aconselhamento com Médico de Família/Pediatra.

Lidar com problemas comuns: **Diarreia**

19

Vômitos



O vômito define-se como a expulsão, voluntária ou involuntária, do conteúdo gastrointestinal, pela boca, acompanhado pela contração dos músculos (DGS, 2004).


Lidar com problemas comuns: **Vômitos**

20

Sintomas:

- Febre
- Diarreia
- Rash cutâneo
- Dor abdominal
- Mal estar geral ou alteração do comportamento.

IMPORTANTE Contabilizar o número de vômitos, quantidade e suas características; Despistar sinais de desidratação, e traumatismos (ex.:bater com a cabeça).



Lidar com problemas comuns: **Vômitos**

21

Vômitos: o que fazer?

Após um episódio de vômito, aguardar uma hora até reiniciar hidratação.

A reidratação deve ser feita com líquidos transparentes e de forma fracionada.

Avaliar a tolerância e, introduzir gradualmente a dieta habitual, caso tolere.

Não utilizar antieméticos sem prescrição médica! (DGS, 2004)





Lidar com problemas comuns: **Vômitos**

22

Recorrer à urgência:

- Vômitos incoercíveis após tentativa de reidratação oral
- Crianças com menos de 3 meses
- Sinais de alerta: mau estado geral, prostrado, dificuldade respiratória, vômitos incoercíveis...

(DGS, 2004)




Lidar com problemas comuns: **Vômitos**

23

Vômitos: os Pais...

- Vigiar frequentemente os sinais de desidratação
- Retomar a alimentação habitual da criança, assim que possível
- Ser paciente...

(DGS, 2004)



Lidar com problemas comuns: **Vômitos**

24

Obstipação



Consiste na alteração da frequência, da consistência ou do trânsito intestinal das fezes (Hockenberry, 2006).


Lidar com problemas comuns: **Obstipação**

25

Obstipação: sinais

- Diminuição da frequência habitual das dejeções
- Barriga distendida e/ou dolorosa à palpação
- Irritabilidade
- Podem ocorrer episódios de cólicas e de diminuição do apetite

O sinal mais frequente está mesmo relacionado com a alteração relativamente ao que é o padrão habitual de cada criança!



Lidar com problemas comuns: **Obstipação**

26

Obstipação: medidas gerais

- Fornecer líquidos à criança, em abundante quantidade
- Se já iniciou a diversificação alimentar, favorecer a ingestão de alimentos ricos em fibras e diminuir o consumo de alimentos obstipantes
- Manter o aleitamento materno





Lidar com problemas comuns: **Obstipação**

27

Obstipação: outras medidas

- Executar técnica de massagem abdominal
- Executar técnica de estimulação retal
- Administrar enema ("bebegel")



Lidar com problemas comuns: **Obstipação**

28

Congestão nasal



Presença de secreções nas fossas nasais, que dificultam a passagem do ar.


Lidar com problemas comuns: **Congestão Nasal**

29

Congestão nasal

- As crianças, e particularmente os bebés mais pequenos têm maior tendência a apresentar congestão nasal
- Até aos 6 meses de vida, os bebés respiram exclusivamente pelo nariz

Assim, a presença de secreções nas fossas nasais, ainda que em pequena quantidade, pode dificultar a respiração.



(DGS, 2005)

Lidar com problemas comuns: **Congestão Nasal**

30

Congestão nasal: sinais

- Ruído respiratório (ao nível do nariz)
- Rinorreia ("pingo no nariz")
- Irritabilidade
- Perda de apetite
- Sono agitado



(SPP, 2011)

Sinais de dificuldade respiratória:

- Respiração mais rápida e/ou ofegante
- Coloração azulada ao redor dos lábios



Lidar com problemas comuns: **Congestão Nasal**

31

Congestão nasal: medidas gerais

- Não manter o bebé deitado muitas horas seguidas
- Levantar ligeiramente a cabeceira do colchão do berço
- Alimentar o bebé na posição de semi-sentado
- Não utilizar ar condicionado no quarto (evitar ambientes secos e quentes)

(SPP, 2011)



Lidar com problemas comuns: **Congestão Nasal**

32

Lavagem das fossas nasais

Usar solução salina, soro ou spray nasal

Segurar e pôr o bebé de lado

Aspiração permite retirar muco acumulado



Lidar com problemas comuns: **Congestão Nasal**

33

Os Primeiros Dentes



Lidar com problemas comuns: **Os primeiros dentes**

34

Quando Surgem os Primeiros Dentes?

- Cerca de **20 dentes de leite** entre os cinco/seis meses e os três anos de idade.
- Os primeiros dentes costumam aparecer por volta dos **6/10 meses**.
- O rompimento dos dentes pode ser um acontecimento discreto, que não causa qualquer dor ao bebé.



Lidar com problemas comuns: **Os primeiros dentes**

35

Os primeiros dentes: sinais

- Mau estar do bebé
- Choro de desconforto
- Irritabilidade
- Gengivas inflamadas e sensíveis
- Face quente e vermelha
- Salivação abundante
- Padrões de sono e da alimentação alteram-se
- Vontade de morder objectos



Lidar com problemas comuns: **Os primeiros dentes**

36

Medidas de Alívio do Desconforto

- Dar algo para morder
- Esfregar suavemente as gengivas do bebé com um dedo limpo
- Paracetamol
- Gel calmante (Pansoral)

Argolas de Dentição



Lidar com problemas comuns: **Os primeiros dentes**

37

Cuide desde cedo da dentição do seu bebé!



Lidar com problemas comuns: Os primeiros dentes

38

Quais os cuidados a ter com os primeiros dentes?





Lavar os dentes após o pequeno-almoço e ao deitar	Introduzir os alimentos sólidos a partir do primeiro ano e substituir o biberão por copo e colher, pois mastigar ajuda a desenvolver os maxilares e os dentes
Cuidados com os Primeiros Dentes	
Evitar doces entre refeições	Promover a autonomia da criança para escovagem dos dentes a partir dos 3 anos

Lidar com problemas comuns: Os primeiros dentes

39

Quando recorrer ao Profissional de Saúde?

 Choro excessivo acompanhado de irritabilidade	 Diminuição do apetite	 Febre	 Cianose
 Dificuldade em respirar	 Sinais de desidratação	 Diarreia	 Hipotonia

Lidar com problemas comuns: Os primeiros dentes

40

A quem recorrer?



SAÚDE 24
808 24 24 24
O momento que o liga à saúde.

LINHA SAÚDE 24



CENTRO DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE MATOSINHOS

HOSPITAL



SÃO JOÃO

41

Bibliografia

Direção Geral de Saúde. 2004. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14, Direção Geral de Saúde. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2004. Vol. 1. 972-675-102-0.

Direção Geral de Saúde. 2005. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas 14, Direção Geral de Saúde. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2005. Vol. 2. 972-675-114-4.

HOCKENBERRY, Marilyn; WINKELSTEIN, Wilson - Enfermagem pediátrica Wong. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. ISBN 978-85-352-1918-0 p.731-734

Ordem dos Enfermeiros. 2010. Browser CIPE. WEB site de Ordem dos Enfermeiros. [Online] 2010. [Citação: 18 de Janeiro de 2012.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde: DIRECÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – Direção Geral de Saúde FEBRE, 1990.

Bastos V. . 2002 - A febre. Saúde Infantil 2002; 24 (3): 22-33

NARIHNEL, SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA . [Online]. [Citação: 12 de Maio de 2012] <http://narizlimpinho.com/>.



ANEXO 20

Plano da Sessão de Educação Parental, intitulada “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de vida”

PLANO DA SESSÃO	
<p>PROJETO: Curso de Educação Parental</p> <p>EQUIPA DE INTERVENÇÃO: Enf.ª Fiama Marques e Enf.ª Estagiária MESIP Liliane Ferreira</p> <p>PÚBLICO-ALVO: Pais a frequentar o Curso de Educação Parental da UCC de Matosinhos</p> <p>DATA: 14 de Junho de 2012</p>	<p>NOME: Prevenção de Acidentes no 1º ano de vida</p> <p>LOCAL: Sala de Preparação para o Parto – UCC de Matosinhos</p> <p>HORA DA SESSÃO: 14H30</p> <p>TEMPO PREVISTO: 60 minutos</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA SESSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que os Pais demonstrem conhecimentos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acidentes mais frequentes no primeiro ano de vida; ▪ Formas de prevenção desses acidentes; ▪ Atuação em caso de acidente. ▪ Que os Pais demonstrem conhecimentos sobre execução da técnica de atuação em caso de engasgamento (5 pancadas interestorácicas / 5 compressões torácicas); ▪ Que os Pais demonstrem conhecimentos sobre adequação do ambiente, em função das necessidades e características da criança.
<p>OBJETIVOS GERAIS DA SESSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar os Pais sobre prevenção de acidentes; ▪ Sensibilizar os Pais para a importância da adoção de comportamentos preventivos de acidentes, em relação aos seus filhos. 	

SESSÃO: Prevenção de Acidentes no 1º ano de vida						
FASE	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	METODOLOGIAS	OBSERVAÇÕES	RECURSOS
INTRODUÇÃO	2 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do tema a abordar na sessão; ▪ Avaliação das dúvidas e conhecimentos dos Pais acerca da prevenção de acidentes. 		Expositiva / Participação Ativa		
DESENVOLVIMENTO	50 Min.	<p>Abordagem sobre os principais acidentes no 1º ano de vida, formas de prevenção e atuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quedas; ▪ Asfixia / Aspiração; ▪ Intoxicações; ▪ Queimaduras; ▪ Brinquedos; ▪ Animais domésticos; ▪ Afogamento; ▪ SMSL; ▪ Acidentes rodoviários; ▪ Queimaduras solares. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitação da opinião e parecer dos Pais acerca de cada temática, antes de proceder à sua abordagem. 	Expositiva / Participação Ativa		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador; ▪ Projetor; ▪ Modelo de lactente.
CONCLUSÃO	8 Min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço das ideias centrais acerca do tema abordado; ▪ Avaliação das dúvidas existentes; ▪ Avaliação da sessão através do diálogo informal com os Pais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitação da participação dos Pais. 	Participação Ativa		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Panfletos “Vale a pena crescer em Segurança”; ▪ Panfletos “Crianças no Automóvel: a escolha da cadeirinha adequada”.

ANEXO 21

*Diapositivos apresentados na Sessão de Educação Parental,
intitulada “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de vida”*

Unidade Local de Saúde de Matosinhos
 Projeto Bem-me-quer
 Curso de Educação Parental




Prevenção de Acidentes


(1º Ano de Vida)

Matosinhos, 14 de Junho de 2012

Prevenção de Acidentes


O que vamos falar hoje...

- Em casa ou no infantário
 - Quedas
 - Asfixia / Aspiração
 - Intoxicações
 - Queimaduras
 - Brinquedos
 - Animais domésticos
 - Afogamento
 - SMSL
- No transporte
 - Acidentes Rodoviários
- Na praia
 - Queimaduras solares



Prevenção de Acidentes

O que são Acidentes?



- É um dano físico ou mental, não intencional e súbito, que acontece quando o corpo humano é submetido a uma quantidade de energia que excede o seu limiar de tolerância

- A energia pode ser mecânica, química, térmica ou irradiada

(OMS, 2008)

Prevenção de Acidentes

As lesões não intencionais são uma das principais causas de morte, hospitalização e incapacidade em todo o mundo (OMS, 2008)

↳ Em Portugal, as lesões decorrentes de acidentes são a maior causa de morte e de incapacidade na infância (Martins, Gonçalves)

↓

Os Pais devem adquirir hábitos seguros desde o primeiro dia de vida da criança!


(APSI, 2010)

Prevenção de Acidentes

A criança desenvolve-se explorando o meio que a rodeia

Tudo é novidade e atrativo para a criança

É necessário reforçar a segurança do ambiente!



Prevenção de Acidentes


Acidentes mais frequentes no 1º Ano de vida



(APSI, 2010)

Casa / Infantil

Quedas



A ocorrência de quedas está relacionada com:

- Desenvolvimento da criança (rebolar, gatinhar, andar...)
- Avaliação dos Pais (acerca das capacidades da criança dos locais)


Observar/ Avaliar cuidadosamente os espaços!

(APSI, 2010)

Casa / Infantil

Até 6 meses

Prevenção de Quedas



- Deve ter barras de proteção laterais
- Deve ter espaço para guardar roupa, fralda, toalhetes e demais utensílios necessários no cuidado ao bebê.
- As prateleiras permitem colocar, de forma acessível, todos os utensílios que precisa.

(APSI, 2010)

Nunca deixar o bebê sozinho, em cima de qualquer superfície... Caso não possa levar o bebê ao colo, colocá-lo no chão é sempre uma boa opção!...

Casa / Infantil

Depois dos 6 meses

Prevenção de Quedas

O bebê consegue mover-se sozinho e por isso, além das precauções anteriores, são necessárias outras!



Colocar proteções (cancelas) na porta do quarto e antes do primeiro e último degrau das escadas




As janelas e portas com acesso a varandas devem estar protegidos; algumas janelas deverão ter limitadores de abertura

(APSI, 2010)

Casa / Infantil

Carrinhos de Passeio Cadeiras de Alimentação

- Colocar **sempre** os cintos de segurança ajustados
- Travar o carrinho quando estiver parado
- Colocar **sempre** os cintos ajustados
- Se a cadeira é alta: verificar se é estável e colocá-la junto a uma parede
- Se a cadeira é de encaixar: usar em mesas estáveis, de quatro pernas, com tampos fixos e sólidos (não sejam de vidro); não colocar uma cadeira por baixo



A utilização de andarilhos não é recomendada! (APSI, SPP)

(APSI, 2010)

Casa / Infantil

Asfixia / Aspiração

Dificuldade em respirar, que leva à diminuição do oxigênio disponível no organismo



Sinais de Alerta:

- Dilatação das pupilas
- Respiração ruidosa e tosse
- Agitação
- Vômito
- Palidez
- Tom azulado na face e extremidades

(Fraga, 1994)

Casa / Infantil

Prevenção da Asfixia / Aspiração

Não colocar brinquedos, fraldas nem almofadas no berço

Colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama



Os pés do bebê devem tocar no fundo da cama

Deitado de costas

Usar cobertores leves e prendê-los nas axilas


As grades devem ter no mínimo 60cm de altura e qualquer abertura deve ser inferior a 6cm

(APSI, 2010)

Casa / Infantilário

Prevenção da Asfixia / Aspiração

Não colocar fios/cordões à volta do pescoço do bebé (nem na chupeta)



As papas e purés não devem ter pedaços com que o bebé se possa engasgar

Os brinquedos devem ter um diâmetro > a 3,2cm, sem partes soltas, até aos 3 anos

Evitar alimentos "lisos", peixes com espinhas, rebuçados, frutos secos...


(APSI, 2010)

Casa / Infantilário

O que fazer?


Abrir a boca e retirar o corpo estranho (se visível), introduzindo o dedo indicador em forma de pinça na boca, numa única tentativa

- Colocar a criança de barriga para baixo, com a cabeça mais baixa que o tronco
- 5 pancadas secas e vigorosas entre as omoplatas



Se não resultar...

- Colocar a criança com a barriga para cima e a cabeça mais baixa que o tronco
- Executar 5 compressões no esterno




(APSI, 2010)

Casa / Infantilário

Intoxicações

Quando a criança gatinha/anda...

Jamais deixar que a criança manipule estes produtos



Comprar produtos com tampa de segurança

Guardar os medicamentos, produtos tóxicos/limpeza em armários altos e trancados

Não arrume estes produtos junto de alimentos nem os guarde noutras embalagens

Em caso de intoxicação:


- Não provocar o vômito
- Contactar o CIAV (808 250 143)
- Dirigir-se ao serviço de urgência

(APSI, 2010)

Casa / Infantilário

Queimaduras

Verificar a temperatura da água do banho com o cotovelo ou com um termómetro



Proteja as lareiras e os aquecedores

Verificar a temperatura do leite colocando uma gota no pulso (não usar microondas)

No banho, colocar primeiro a água fria e só depois a quente

Não cozinhar nem beber líquidos quentes com a criança ao colo

Em caso de queimadura:

- Passar a área queimada por água corrente durante 10min.
- Não aplicar gorduras
- Consultar um profissional saúde



(APSI, 2010)

Casa / Infantilário

Brinquedos

Ensinar a criança a arrumar sempre os brinquedos


Os Pais devem verificar sempre:

- Existência de peças pequenas ou soltas que possam ser engolidas
- Arestas, bordos cortantes, bicos
- Marcação CE: em conformidade com a legislação em vigor 
- Indicação do fabricante/ representante/contactos
- Símbolo gráfico de aviso de idade 
- Recomendação de idade

(Instituto do Consumidor e APSI, 2005)

Casa / Infantilário

Brinquedos



(Instituto do Consumidor e APSI, 2005)

Casa / Infância

Animais Domésticos




- As crianças nunca devem ser deixadas sozinhas com os animais
- Os animais devem manter-se: com a vacinação atualizada, as unhas e o pêlo cuidados

O momento do nascimento da criança nunca é bom para alterar as rotinas do animal

Casa / Infância

Afogamento



Nunca deixar o bebé sozinho da banheira (basta um palmo de altura de água)


Colocar braçadeiras a crianças que não saibam nadar bem, inclusive enquanto brincam junto à água

(APSI, 2010)

Casa / Infância

Síndrome Morte Súbita no Lactente (SMSL)

- Deitar o bebé de costas no berço, com os pés a tocar no fundo
- Não expor o bebé ao fumo do tabaco, antes ou após o nascimento
- Não cobrir a cabeça do bebé; no berço não devem existir mais objetos
- O bebé deve dormir no seu berço, no quarto dos pais até aos 6 meses

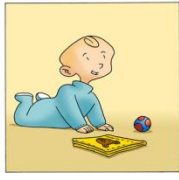


(SPP, 2009)

Casa / Infância

Síndrome Morte Súbita no Lactente (SMSL)

- Não sobreaquecer o bebé; a temperatura do quarto deve ser entre 18-21°C
- Quando acordado, colocar o bebé noutras posições
- O uso de chupeta parece ter efeito protetor



(SPP, 2009)

No Transporte

Acidentes Rodoviários




Acidente a 45Km/h » a criança recebe uma força 20 vezes superior ao seu peso

O colo do adulto é o local mais perigoso para viajar

Em Portugal existem, em média, 1700 crianças/ano vítimas de acidentes de viação

(Martins e Gonçalves)


No Transporte



Sempre que a criança está com os pais, deve ser transportada numa cadeira adequada!

Escolha da Cadeira:

- Adequada à idade e peso da criança
- Cadeira voltada para trás até aos 2 anos de vida da criança (ideal, 3-4anos)
- Sempre que a criança está na cadeira, apertar os cintos!
- Cadeira deve ser instalada no banco detrás, preferencialmente no lugar do meio
- Em veículos de 2lugares, só poderá ser colocada à frente, se o airbag estiver desligado!




(APSI, 2010)

No Transporte

Cadeiras 0+

- Estas cadeiras instalam-se sempre voltadas para trás
- Preferíveis aos sistemas em que a criança viaja deitada
- Não é preciso trocar quando a criança bate com os pés no banco




Sistema ISOFIX

- Aumenta a segurança das crianças e facilita a instalação das cadeiras
- O mais importante é confirmar se a cadeira se adapta bem ao carro

(APSI, 2010)

No Transporte

Cadeiras 0-18Kg (0+/I)



Se não é possível usar a cadeira Grupo 0+ (até 13Kg) até aos 18 meses, usar Grupo 0+/1

A cadeira do Grupo 0+/1 deve continuar a estar virada para trás

A criança viaja mais sentada, pelo que não são adequadas para crianças com menos de 8-9 meses


(APSI, 2010)

No Transporte

Quando trocar de cadeira?


- Quando o topo da cabeça do bebé passar o topo do encosto da cadeira

Grupo 0/0+



- Quando os pavilhões auriculares da criança ultrapassarem o topo do encosto da cadeira

Grupo I/II



(APSI, 2010)


Na Praia

Queimaduras Solares

As lesões provocadas pelo Sol tem efeitos imediatos, mas também a longo prazo...

Mesmo à sombra, o bebé deve estar protegido!

Mesmo quando se sai para só para passear com o bebé, deve optar-se pelas horas seguras (Semáforo Solar)



(APSI, 2010)

Na Praia


Cuidados com o Sol

Antes dos 6 meses...

- A segurança na utilização de protetor solar não está comprovada
- Usar chapéu (com abas)
- As roupas devem ser soltas e frescas, cobrindo as pernas e os braços, de cores escuras/opacas, tecidos pouco porosos

Depois dos 6 meses...

- Colocar protetor solar mineral, 30 min. antes de sair de casa e ir repondo cada 2horas
- FPS sempre superior a 30 (adequar a cada criança)



(APSI, 2010; DGS, 2012)

Prevenção de Acidentes

Regras de Ouro



- As medidas adotadas tem que ser aplicadas em qualquer espaço onde esteja a criança (ama, casa da avó, ou outras)
- A criança necessita de ter liberdade de movimentos para se desenvolver adequadamente e estimular os cinco sentidos (não podem estar "presos" numa redoma)

(APSI, 2010)

Prevenção de Acidentes

Onde recorrer?

- Centro de Saúde
- Hospital



Números Úteis:

INEM: 112
CIAV (Centro de Informação Anti-venenos): 808 250 143
Saúde 24: 808 24 24 24
Associação para a Promoção da Segurança Infantil: 218 870 161
SOS Criança: 800 202 651

Prevenção de Acidentes

Bibliografia

- APSI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil). 2010. Vale a pena crescer em segurança: evitar os acidentes no primeiro ano de vida, 12ª edição. Costa e Valério – Artes Gráficas;
- APSI. 2005. Acidentes Rodoviários dos 0-17 anos – 1998-2000 vs 2001-2003. [http://www.apsi.org.pt/\[07 de Junho de 2012\]](http://www.apsi.org.pt/[07 de Junho de 2012]);
- APSI. 2006. Alojamento de Crianças: relatório de 2005-2006. 8 pps. [http://www.apsi.org.pt/24relatorio_afogamentos_apsi_2005-2006.pdf \[07 de Junho de 2012\]](http://www.apsi.org.pt/24relatorio_afogamentos_apsi_2005-2006.pdf [07 de Junho de 2012]);
- APSI. 2007. Crianças no Automóvel: a escolha da cadeirinha adequada. APSI, Lisboa;
- APSI. 2011. Porque transportar crianças de costas até aos 3 ou 4 anos. [http://www.apsi.org.pt/\[07 de Junho de 2012\]](http://www.apsi.org.pt/[07 de Junho de 2012]);
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2012. Verão. 2 pps;
- EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE. 2007. Plano de Acção para a Segurança Infantil em Portugal. 5pps. [http://www.apsi.org.pt/24ipasi_sumario_novembro07.pdf \[07 de Junho de 2012\]](http://www.apsi.org.pt/24ipasi_sumario_novembro07.pdf [07 de Junho de 2012]);
- Instituto do Consumidor; APSI. 2005. Brinquedos: Há brincar e brincar; Há rir... e chorar?, 3ª edição. Instituto do Consumidor, Lisboa;
- Martins, Laura; Gonçalves, Helder. Acidentes na criança e no jovem. 5pps. [http://www.hevora.min-saude.pt/doi/ps/ps/pediatria/introducao_acidentes.pdf \[07 de Junho de 2012\]](http://www.hevora.min-saude.pt/doi/ps/ps/pediatria/introducao_acidentes.pdf [07 de Junho de 2012]);
- Nascimento, Sandra; Anjos, Sónia. 2011. Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000-2009). APSI. [http://www.apsi.org.pt/\[07 de Junho de 2012\]](http://www.apsi.org.pt/[07 de Junho de 2012]);
- OMS (WHO). 2008. European Report on child injury prevention. WHO Library Cataloguing, Dinamarca. 98pps;
- OMS (WHO). 2008. World report on child injury prevention. WHO Library Cataloguing, Suíça. 112pps;
- Sociedade Portuguesa de Pediatria, APSI. Leões Associadas a Acidentes com Andarilhos: a memória dos pediatras. [http://www.apsi.org.pt/\[07 de Junho de 2012\]](http://www.apsi.org.pt/[07 de Junho de 2012]);
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. Prevenção da Morte Súbita. 3 pps. [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Document1.pdf \[07 de Junho de 2012\]](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Document1.pdf [07 de Junho de 2012]).



Obrigada pela atenção!!!

ANEXO 22

*Panfleto fornecidos aos Pais na Sessão de Educação Parental,
intitulada “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de vida”*

Crianças no Automóvel

A Escolha da Cadeira Adequada



ATÉ AOS 18 MESES

O bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, deve viajar sempre numa cadeirinha voltada para trás. Só assim, num choque frontal, as costas, cabeça e pescoço da criança serão amparados uniformemente. As cadeirinhas voltadas para trás são as que protegem de forma mais eficaz - em caso de acidente, podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças. É preferível a sua colocação no banco de trás do automóvel. Nunca podem ser utilizadas no banco da frente se houver um airbag frontal activo. A criança não deve viajar voltada para a frente antes de completar 18 meses, mesmo que tenha mais de 9 Kg.

DEPOIS DOS 18 MESES

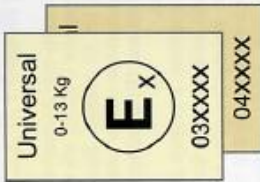
Viajar voltado para trás é sempre mais seguro, por isso a criança poderá continuar nessa posição até o mais tarde possível - recomendável até aos 2 ou 3 anos. Depois dessa idade, para viajar voltada para a frente, é preferível usar uma cadeira de apoio, mais leve e fácil de instalar.

Para cada idade, a cadeira certa

Para oferecer segurança, a cadeirinha tem que estar aprovada pelas normas internacionais mais recentes. Procure a "etiqueta E" e verifique se o número de aprovação começa por 03 ou 04.

A etiqueta indica também o tipo de cadeira, contudo o intervalo de pesos não pode ser tomado como único factor na escolha. Há que considerar também o tamanho e a idade da criança bem como as informações contidas neste folheto.

Antes de comprar experimente sempre a cadeira no automóvel.



Associação para a Promoção da Segurança Infantil

A APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil – fundada em 1992, é uma associação sem fins lucrativos com o estatuto de utilidade pública, uma Instituição Particular de Solidariedade Social e uma Associação de Família. Tem por objectivo prevenir os acidentes e as suas consequências e promover a segurança das crianças e jovens, através da informação, formação, investigação e participação em processos de normalização e regulamentação visando a criação de um ambiente saudável e seguro para toda a família.

Se quiser associar-se à nossa causa, pode fazê-lo através do site da APSI www.apsi.org.pt

© Copyright APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil - 2007 Tiragem: 300 Setembro 2007

A informação contida neste folheto informativo de carácter geral e não exaustivo pelo que poderá ser necessária a informação particular e mais detalhada para cada caso. A APSI e os emissores que apoiam esta edição não assumem qualquer responsabilidade resultante da incorrecção, imprecisão ou utilização da informação contida neste folheto, bem como pelos eventuais danos materiais ou pessoais que daí possam advir directos ou indirectamente.

Em parceria com:

Associação para a Promoção da Segurança Infantil • Vila Berta, 7 - R/C Esqº - 1170-400 Lisboa
Tel.: 218 844 100 • Fax: 218 844 109 • apsi@apsi.org.pt • www.apsi.org.pt

ATÉ AOS 18 MESES

Cadeiras 0-13 kg (Grupo 0+)

São as cadeiras mais indicadas para recém-nascidos e bebês e são sempre instaladas voltadas para trás. São preferíveis em relação aos berços para automóvel, onde a criança viaja deitada, pois nestes, a maioria dos embates é transformada em choques laterais, que são mais perigosos. Algumas destas cadeiras têm um percurso alternativo para o cinto do carro, caso este seja curto. Verifique as instruções se necessário. Mesmo que os pés da criança batam no banco, não é razão para trocar de cadeira; enquanto a cabeça estiver bem apoiada, continue a utilizar esta cadeira sempre voltada para trás.



Cadeiras 0-18 kg (Grupo 0+/I)

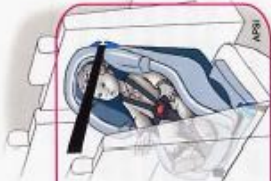
Muitas vezes não é possível usar a cadeira 0-13 Kg até a criança ter 18 meses. Será então necessário utilizar uma cadeira até aos 18 Kg, voltada para trás. Nestas cadeiras, a criança já viaja mais sentada, pelo que não são adequadas para os bebês com menos de 8 a 9 meses. Há ainda outras cadeiras para utilização exclusiva voltada para trás mas são pouco frequentes em Portugal.



DEPOIS DOS 18 MESES

Cadeiras 0-18 kg (Grupo 0+/I) e 9-18kg (Grupo I)

As cadeiras do grupo 0+/I permitem que a criança viaje voltada para trás até o mais tarde possível – a proteção mais segura. Se usar uma destas cadeiras voltada para a frente, nunca o faça antes dos 18 meses, e prefira um sistema com ISOFIX, ou verifique que não existe qualquer folga entre a cadeira e o banco do carro. A utilização destas cadeiras voltadas para a frente poderá ser desaconselhável se a criança tiver mais de 3 anos ou 15 kg, pois os erros graves de instalação são frequentes neste tipo de cadeiras.



Cadeiras 15-36 kg (Grupo II/III)

São as cadeiras de apoio, nas quais o cinto de segurança do automóvel segura a criança e a cadeira simultaneamente. Se escolher um modelo com as costas destacáveis (cadeira que se transforma num banco elevatório), poderá utilizá-lo até a criança ter 12 anos ou 1,50 m de altura. São leves e práticas. Adaptam o cinto de segurança do automóvel ao corpo pequeno da criança, aumentam o conforto e dão-lhe apoio lateral quando adormece e em caso de colisão lateral. São indicadas a partir dos 2 a 3 anos, dependendo do peso e altura da criança.



Cadeiras ISOFIX

O sistema Isofix aumenta a segurança das crianças e facilita a instalação das cadeirinhas, reduzindo os erros de colocação. Existe nos automóveis mais recentes, e permite instalar cadeiras preparadas com sistema Isofix que encaixam em dois pontos inferiores (na base das costas do banco do automóvel), e se fixam num terceiro ponto superior ou apoiam no chão do carro. A existência de 3 pontos de apoio é fundamental para evitar a rotação da cadeira em caso de acidente. Este sistema aplica-se sobretudo a cadeiras do grupo 0+ e I, mas nem todas são universais (deve verificar-se sempre nas instruções se a cadeira é compatível com o automóvel e se este está preparado para receber a cadeira escolhida).



© Copyright APSI - Associação para a Promoção e Segurança Infantil - 2007

Bancos elevatórios 15-36 kg ou 22-36 kg (Grupo II/III e Grupo III)

Aos 7 ou 8 anos poderá utilizar apenas o banco elevatório se o cinto de segurança já não incomodar no pescoço e se o automóvel tiver apoio de cabeça, mas pode também continuar a usar a cadeira de apoio se esta for suficientemente alta pois oferece mais proteção lateral. É obrigatória a utilização de uma cadeira ou banco elevatório até a criança ter 12 anos e 1,50 m.



Mais informações em www.apsi.org.pt (Dicas/Segurança Rodoviária/Criança Passageiro)

ANEXO 23

*Cartaz elaborado para a dinamização do Cantinho da
Amamentação da UCC de Matosinhos*



ucc matosinhos
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Cantinho da Amamentação

Enf.^a Conceição Santa-Martha
(Enf.^a Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia)

Enf.^a Fiama Marques (Enf.^a Especialista em Saúde Infantil e Pediatria)

Conselheiras da Amamentação
Acreditadas pela OMS / UNICEF

Horário de funcionamento:
De 2^a a 6^a feira,
das 13h30 às 14h30
ou com
agendamento (a
combinar).

Contactos:
912208599
91947210



Projeto Bem-me-quer

ANEXO 24

Póster elaborado para o Cantinho da Amamentação do Serviço de Urgência Pediátrica

Benefícios do Aleitamento Materno:



Para a Criança



- ❖ Todos os nutrientes são fornecidos em quantidade adequada às suas necessidades;
- ❖ A sua digestão é mais fácil;
- ❖ Protege contra diarreia, infeções respiratórias, otites e outras;
- ❖ Diminui o risco de doenças alérgicas, anemia e Síndrome de Morte Súbita;
- ❖ Favorece a vinculação Mãe-Bebê;
- ❖ Protege contra a obesidade, a hipertensão arterial e diabetes, a longo prazo;
- ❖ Favorece o desenvolvimento cerebral.

Para a Sociedade



- ❖ É gratuito;
- ❖ Diminuição das despesas com crianças doentes;
- ❖ É ecológico.

Para a Mãe



- ❖ É prático (está sempre disponível e em ótimas condições);
- ❖ Protege contra a hemorragia e anemia após o parto;
- ❖ Facilita a recuperação do estado físico anterior à gravidez;
- ❖ Protege contra o cancro da mama e do ovário.

A Organização Mundial de Saúde / UNICEF¹ recomenda o aleitamento materno em **exclusivo**, nos primeiros 6 meses de vida do bebé; a partir dos 6 meses e até aos 2 anos de idade, continua a ser aconselhada a amamentação, em complemento de outros alimentos, que compõem uma dieta saudável e equilibrada para a criança.



Bibliografia

¹COMITÉ PORTUGUÊS PARA A UNICEF (2006). *Manual de Aleitamento Materno* 1ª Edição. ISBN: 984643. ²HORTA, BERNARDO (et al) (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analysis*. WHO Library. ISBN: 9789241592326. ³BLUTE, NANCY (et al) (2002). *Maternal adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. WHO Library. ISBN: 9241562116. ⁴RAMER, MICHAEL S.; KAKUMA, RITSUKO (2002). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*. WHO Library.

ANEXO 25

Panfleto disponibilizado pelo Serviço de Neonatologia, alusivo aos benefícios da Massagem Infantil

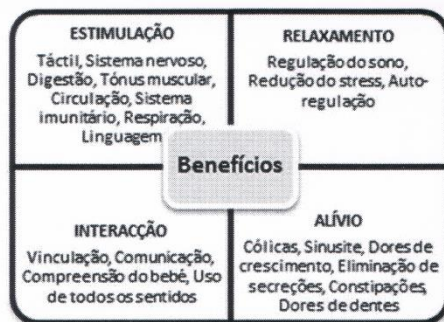
Massagem ao Bebê

A massagem é um conjunto de técnicas cujo objectivo é promover o toque nutritivo.

Sabe-se hoje que o sistema táctil é o primeiro dos sistemas sensoriais a tornar-se funcional e que o toque, o contacto pele a pele, o mimo e o colo são tão importantes para o desenvolvimento de um bebé como o alimento.

O projecto da Massagem Infantil integrado na Associação Internacional de Massagem Infantil encontra-se disponível neste hospital destinado aos pais com bebés até aos 12 meses de idade, sob a orientação de duas enfermeiras. Este programa está dividido em 4 sessões, realizadas uma vez por semana.

Todos os pais e bebés devem ter a oportunidade de experimentar os benefícios para a vida, que resultam das relações precoces de amor, saúde e segurança.



Enfª Luísa Areias e Enfª Susana Oliveira
 Mais informações/inscrições para:
massagemaobebe.hsj@gmail.com
www.apmi.org.pt

METÓDO CANGURU = CONTACTO DE AMOR



O que é?

Consiste, num contacto, precoce, prolongado e contínuo, pele com pele, onde o bebé é posicionado na vertical junto ao peito da mãe/pai.

Como surgiu?

O Método Canguru foi inicialmente idealizado por dois médicos colombianos (Dr *Reys Sanabria* e Dr *Hector*) no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, como proposta de melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo e diminuir os custos do internamento.

Quais são os seus benefícios?

- Estimula a relação entre mãe/pai e o bebé;
- Ajuda no desenvolvimento físico e emocional do bebé;
- Permite ao bebé dormir melhor e com períodos de sono mais profundo;
- Reduz o stress e o choro;
- Estabiliza o batimento cardíaco, a oxigenação e temperatura do corpo do bebé;
- Possibilita relembrar-lhe o som do coração da mãe, a sua voz, o que lhe transmite calma, serenidade, segurança e tranquilidade;
- Ajuda no processo de crescimento e desenvolvimento do bebé, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de assistência e vida saudável;
- Aumenta a produção de leite materno e beneficia a lactação e amamentação;
- Possibilita uma maior competência e confiança dos pais para cuidar do seu bebé;
- Reduz tempo de separação entre pais e bebé;
- Redução da morbilidade e do período de internamento do bebé.

Quais os passos para fazer canguru?

- Colocar um cadeirão junto da incubadora;
- Mãe /pai devem vestir a bata de tecido da unidade (a mãe deve retirar o sutiã);
- O bebé deve estar só com a fralda e gorro;
- Mãe/ pai devem retirar o bebé da incubadora na posição vertical e em contacto pele com pele;
- O bebé deve ficar com a cabeça de lado, as pernas e braços devem ficar flectidos e o abdómen do bebé deve estar junto do abdómen superior dos pais;
- Deve-se tapar o bebé com uma manta e deverá permanecer no canguru no mínimo 90 minutos.

ANEXO 26

*Proposta de Parametrização para a aplicação informática JOne®
do SUP, relativa ao foco de atenção Papel Parental*

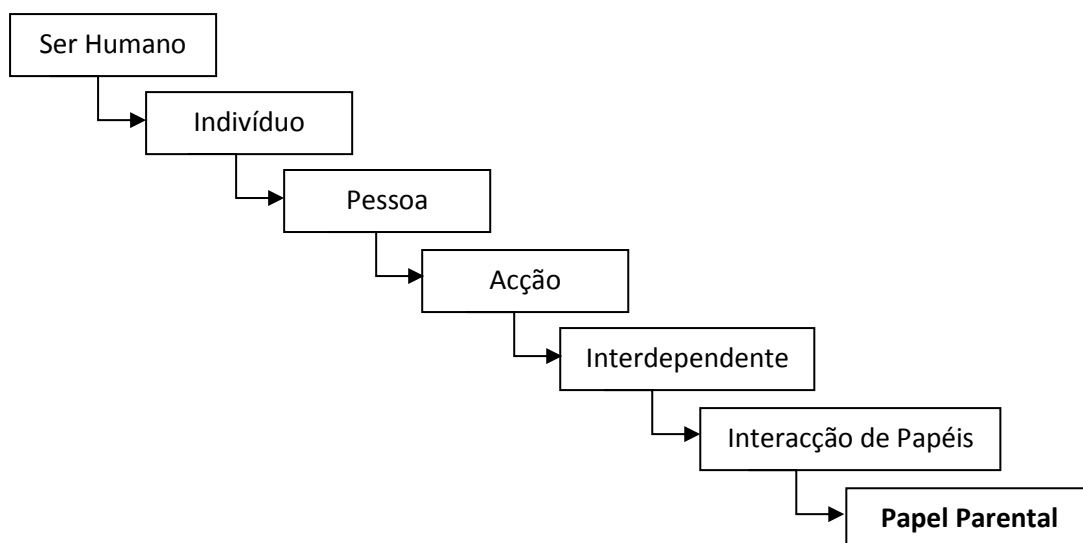
1. Papel Parental: Diagnósticos e Intervenções autónomas de enfermagem

Com o intuito de descrever a prática de enfermagem do serviço de urgência do Centro Hospitalar de São João pretende-se, ao longo deste capítulo, sugerir algumas hipóteses de parametrização do sistema de informação do serviço (JOne®), que se encontra em fase de desenvolvimento, relativo ao Foco de atenção de Enfermagem: **Papel Parental**.

Assim, serão enunciados os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções autónomas adequadas ao contexto do serviço, empregando a linguagem classificada CIPE versão $\beta 2$. Assim, na formulação de cada hipótese diagnóstica será utilizada um termo do Eixo A – Foco da prática de Enfermagem e um termo do Eixo B – Juízo ou do Eixo G – Probabilidade; poderá ainda ser acrescentado um termo de outro eixo, caso se considere adequado.

1.1. Eixo A: Foco da Prática de Enfermagem

De acordo com a CIPE (ICN, 2002), o foco “Papel Parental” é definido como: *“(...) um tipo de Interação de Papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente”*.



1.2. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem:	OPORTUNIDADE DE PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL
	<i>"(...) Estima-se que um fenómeno de enfermagem desejável ocorra numa determinada probabilidade."</i> (ICN, 2002)

CrITÉRIOS para realizar
Diagnóstico Diferencial:

Aplica-se em situações em que os Pais se demonstram motivados para a adoção de comportamentos de prevenção de doença, promoção da saúde e do desenvolvimento infantil; para além disso, demonstram-se interessados e ativos na aplicação das medidas de tratamento instituídas, de acordo com a situação clínica da criança/jovem.

Diagnóstico de Enfermagem:	PAPEL PARENTAL NÃO ADEQUADO
	<i>"(...) nega-se a suficiência ou satisfação."</i> (ICN, 2002)

CrITÉRIOS para realizar
Diagnóstico Diferencial:

Aplica-se em situações em que os Pais não demonstram os comportamentos considerados desejáveis e necessários à situação/estado em que a criança/jovem se encontra; comumente as causas estão relacionadas com um défice de conhecimentos ou com incapacidade para adequarem os conhecimentos que possuem à realidade concreta e específica da sua família

Diagnóstico de Enfermagem:	RISCO DE PAPEL PARENTAL NÃO ADEQUADO
	<i>"(...) Estima-se que um fenómeno de enfermagem indesejável ocorra numa determinada probabilidade."</i> (ICN, 2002)

CrITÉRIOS para realizar
Diagnóstico Diferencial:




Aplica-se em situações em que os Pais não demonstram os comportamentos considerados desejáveis e necessários à situação/estado em que a criança/jovem se encontra; para além disso, os Pais não demonstram interesse ou colocam entraves sucessivos à consecução das medidas de tratamento/preventivas instituídas, alvo de ensino/instrução. Incluem-se ainda as situações em que os Pais verbalizam incapacidade para realizar determinado procedimento, contudo aceitam colaboração de terceiros.







Diagnóstico de Enfermagem:	PAPEL PARENTAL NEGLIGENCIADO
	<i>"(...) afirmação de que um fenómeno de enfermagem recebeu muito pouca atenção" (ICN, 2002)</i>

Critérios para realizar

Diagnóstico Diferencial:

Aplica-se em situações em que há uma recorrência sucessiva ao serviço por uma mesma situação, para a qual foram realizadas intervenções do âmbito Informar ou Ensinar/Instruir/Treinar e os Pais demonstrarem terem adquirido conhecimentos/habilidades, contudo não os aplicam. Nestas situações os Pais dificultam ou tentam impedir a colaboração de terceiros na aplicação das medidas de tratamento/preventivas aconselhadas para a criança/jovem.

Atividades Diagnósticas
<ul style="list-style-type: none">  Supervisionar os cuidados à criança/jovem  Observar a relação da tríade pais-filho  Avaliar o estado de saúde da criança/jovem

Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none">  Assistir na prestação de cuidados à criança/jovem  Colaborar com os Pais na prestação de cuidados à criança/jovem  Promover o papel parental  Estimular a participação dos Pais na prestação de cuidados à criança/jovem  Facilitar a presença dos Pais durante a realização de procedimentos dolorosos  Elogiar a participação dos Pais na prestação de cuidados

1.3. Outros Diagnósticos Associados

Diagnóstico de Enfermagem:	CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE DESIDRATAÇÃO NÃO DEMONSTRADO
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none">✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre causas de desidratação✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre sinais de desidratação✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre riscos associados à desidratação✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre hidratação oral	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">✚ Ensinar sobre sinais de desidratação na criança/jovem✚ Ensinar sobre prevenção da desidratação na criança/jovem✚ Instruir sobre procedimento de hidratação oral fracionada	







Diagnóstico de Enfermagem:	CONHECIMENTO SOBRE ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA NÃO DEMONSTRADO
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none">✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre método de alimentação entérica (por sonda nasogástrica ou botão gástrico)	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">✚ Ensinar sobre método de alimentação entérica e sua importância✚ Ensinar sobre precauções de segurança✚ Ensinar sobre sinais de alarme✚ Ensinar sobre cuidados ao estoma	








Diagnóstico de Enfermagem:	APRENDIZAGEM DE HABILIDADES SOBRE ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA NÃO DEMONSTRADA
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre técnica de alimentação entérica (por sonda oro/nasogástrica ou botão gástrico) ✚ Observar os Pais durante a execução da técnica de alimentação entérica 	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Instruir sobre técnica de alimentação entérica (por sonda oro/nasogástrica ou botão gástrico) ✚ Treinar técnica de alimentação entérica (por sonda oro/nasogástrica ou botão gástrico) 	

Diagnóstico de Enfermagem:	CONHECIMENTO SOBRE OTIMIZAÇÃO DA RESPIRAÇÃO NÃO DEMONSTRADO
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre otimização da respiração da criança/jovem ✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre sinais de dificuldade respiratória 	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Ensinar sobre técnica de posicionamento ✚ Ensinar sobre técnica da tosse ✚ Ensinar sobre sinais de dificuldade respiratória ✚ Ensinar sobre técnica de lavagem nasal ✚ Ensinar sobre alimentação na criança com dificuldade respiratória 	

Diagnóstico de Enfermagem:	APRENDIZAGEM DE HABILIDADES SOBRE TÉCNICA DE DESOBSTRUÇÃO NASAL NÃO DEMONSTRADA
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none">✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre técnica de lavagem nasal✚ Observar os pais durante a execução da técnica de lavagem nasal	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">✚ Instruir sobre técnica de lavagem nasal✚ Ensinar sobre <i>timing</i> ótimo para realização da técnica de lavagem nasal✚ Ensinar sobre avaliação da eficácia da técnica de lavagem nasal✚ Instruir sobre técnica de aspiração de secreções com aspirador nasal manual	

Diagnóstico de Enfermagem:	CONHECIMENTO SOBRE REGIME TERAPÊUTICO NÃO DEMONSTRADO
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none">✚ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre gestão do regime terapêutico✚ Avaliar conhecimentos dos Pais acerca da administração de medicamentos	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">✚ Ensinar sobre gestão de terapêutica farmacológica✚ Ensinar sobre a administração de medicamentos por via oral✚ Ensinar sobre a administração de medicamentos por via rectal✚ Ensinar sobre a administração de medicamentos por via subcutânea✚ Ensinar sobre a preparação e administração de nebulizações✚ Ensinar sobre a administração de aerossóis em câmara inaladora✚ Ensinar sobre técnica de oxigenioterapia	

Diagnóstico de Enfermagem:	CONHECIMENTO SOBRE TÉCNICA DE ARREFECIMENTO NATURAL NÃO DEMONSTRADO
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none">  Avaliar conhecimentos dos Pais sobre atuação em caso de febre  Avaliar conhecimentos dos Pais acerca da técnica de arrefecimento natural 	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">  Ensinar sobre técnica de arrefecimento natural  Ensinar sobre abordagem da criança/jovem na subida e descida térmica  Ensinar sobre gestão de antipiréticos  Ensinar sobre reforço hídrico na criança/jovem com febre 	

Diagnóstico de Enfermagem:	CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NÃO DEMONSTRADO
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none">  Avaliar conhecimentos dos Pais sobre prevenção de acidentes  Observar o transporte, manipulação e deambulação da criança no serviço 	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">  Ensinar sobre prevenção de acidentes  Ensinar sobre prevenção de acidentes [transporte]  Ensinar sobre prevenção de acidentes [queimaduras]  Ensinar sobre prevenção de acidentes [intoxicação]  Ensinar sobre medidas de segurança 	

Diagnóstico de Enfermagem:	CONHECIMENTO SOBRE ERITEMA DE FRALDA NÃO DEMONSTRADO
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none">+ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre prevenção de eritema de fralda+ Avaliar conhecimento dos Pais sobre tratamento do eritema de fralda+ Observar a região perianal da criança	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">+ Ensinar sobre prevenção do eritema de fralda+ Ensinar sobre tratamento do eritema de fralda+ Ensinar sobre cuidados de higiene+ Ensinar sobre aplicação de pomadas/cremes	

Diagnóstico de Enfermagem:	CONHECIMENTO SOBRE VACINAÇÃO NÃO DEMONSTRADO
Atividades Diagnósticas	
<ul style="list-style-type: none">+ Avaliar conhecimentos dos Pais sobre vacinação+ Vigiar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação	
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">+ Ensinar sobre vacinação+ Elogiar o cumprimento da vacinação+ Incentivar ao cumprimento do calendário de vacinação+ Informar sobre vacinação extra-plano nacional de vacinação	

Diagnóstico de Enfermagem:	RISCO DE ANGÚSTIA DA SEPARAÇÃO (+ PORTADOR)
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none">+ Encorajar a expressão de sentimentos+ Incentivar a participação dos Pais nos cuidados+ Facilitar a presença dos Pais+ Apoiar a criança/jovem+ Apoiar os Pais	