



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Gisela Sofia Moreira Pires Silva

Sob a orientação de Prof. Doutora Isabel Quelhas

Porto – Abril de 2018

“Aprenda com o passado, viva para o presente, acredite no futuro.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

À minha família, por ser o meu suporte sempre;

Ao Jorge, à Maria e ao Vasco por serem tudo o há de melhor;

À Prof. Doutora Isabel Quelhas pela orientação e apoio, mesmo após tanto tempo;

Às Enfermeiras Especialistas orientadoras em todos os contextos: Fernanda Craveiro, Elisabete Gomes, Sandra Quaresma e Cristina Leão, pela incomparável transmissão de conhecimentos e acompanhamento, mesmo em tempos difíceis.

Às equipas dos diferentes serviços pela disponibilidade e capacidade de acolhimento;

A todos os meus amigos, por respeitarem e compreenderem a minha ausência e pelo apoio de sempre.

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, sendo especialmente dirigida para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença.

O estágio integra três módulos desenvolvidos em diferentes contextos: Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia e o Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica e Neonatologia e representa um total de 750 horas, das quais 540 horas de prestação direta de cuidados e 210 horas de trabalho individual.

Tendo por base o agrupamento de competências do enfermeiro especialista pelos diferentes domínios: Prestação de Cuidados, Gestão, Investigação e Formação, foram delineados objetivos específicos para cada contexto assistencial que, por sua vez, determinaram a necessidade de planeamento e concretização de atividades. Pode ser salientada a área da parentalidade, nomeadamente no âmbito da sua promoção, como sendo aquela que de forma mais transversal esteve representada na assistência desenvolvida. Também a seleção, mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal e profissional foram determinantes para a concretização dos objetivos formulados. Inclui-se no documento uma reflexão crítica na qual se transmite a intencionalidade do trabalho desenvolvido e o significado das experiências vividas, de forma a evidenciar as competências adquiridas.

Este relatório evidencia o percurso formativo que permitiu a aquisição de competências especializadas e de mestre na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde Infantil e Pediátrica, Criança, Família, Parentalidade, Competências, Cuidados de Enfermagem Especializados

ABSTRACT

This report occurs in the scope of the Master's Degree in Nursing, with specialization in Nursing of Infant Health and Pediatrics, which refers specifically to the acquisition, development and integration of knowledge for advanced nursing care to newborns, children and adolescents, particularly directed to the promotion of development and adaptation to processes of health and illness. It also confers competence for the provision of specialized care.

The internship integrates three modules developed in different contexts: Module I - Child Health; Module II - Medicine and Surgery Services and Module III - Pediatric Emergency and Neonatology Service and represents a total of 750 hours, including 540 hours of direct care and 210 hours of individual work.

Gathering the skills of a Nurse Specialist in different domains of intervention: Provision of Care, Management, Research and Training, specific objectives were defined for each care context, which, in turn, determined the need for planning and implementation of activities. The area of parenting can be emphasized, particularly in the context of its promotion, as being the one that was represented more transversally in the assistance developed. Also the selection, mobilization and integration of the acquired knowledge during my personal and professional career were decisive for the achievement of the formulated objectives. The document includes a critical reflection in which the intentionality of the developed work and the meaning of the lived experiences is transmitted, in order to highlight the acquired competences.

This report shows the training course that allowed the acquisition of specialized skills and master in the area of Child and Pediatric Health Nursing.

KEY – WORDS: Pediatric and Child's Health, Child, Family, Parenting, Specialized Skills and Nursing Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES Agrupamento de Centros de Saúde

AES Ação de Educação para a Saúde

APR Atendimento Pediátrico Referenciado

APSI Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CAJ Centro de Apoio a Jovens

CE-ESIP Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CIPE Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CME - ESIP - Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

CS Centro de Saúde

CSP Cuidados de Saúde Primários

CTAS Canadian Triage and Acuity Scale

CVC Cateter Venoso Central

DGS Direção Geral de Saúde

DP Diagnóstico Precoce

ECTS European Credit Transfer System

EESIP Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EVA Escala Visual Analógica

FLACC- R Face Legs Activity Cry Consolability - Revised

FPS-R Faces Pain Scale – Revised

ICN International Council of Nurses

INEM Instituto Nacional de Emergência Médica

LA Leite Adaptado

LM Leite Materno

OBS Observações: Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência

OE Ordem dos Enfermeiros
OMS Organização Mundial de Saúde
PNV Plano Nacional de Vacinação
PSE Plano de Saúde Escolar
N-PASS Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale
NIPS Neonatal Infant Pain Scale
RN Recém - Nascido
SAPE Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SAV Suporte Avançado de Vida
SAUP Serviço de Atendimento Urgente de Pediatria
SBV Suporte Básico de Vida
SI Saúde Infantil
SIP Saúde Infantil e Pediatria
SINUS Sistema de Informação nas Unidades de Saúde
SUP Serviço de Urgência Pediátrica
Vs. Versus
UCIP Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
UCP Universidade católica Portuguesa
UCSP Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	17
2. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	19
DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	19
DOMÍNIO DA GESTÃO	43
DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	46
DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	49
3. ANÁLISE GLOBAL DO ESTÁGIO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	53
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	63
APÊNDICE I – Guia de Apoio a Profissionais na Consulta de Saúde Infantil – Crescer com Qualidade	65
APÊNDICE II – Material de apoio utilizado na AES: Primeiros Socorros para Crianças	127
APÊNDICE III – Slides de apresentação utilizados na AES: Criança no Automóvel - A escolha da cadeirinha adequada	137
APÊNDICE IV – Guia Orientador para Assistentes Operacionais – Procedimento de Manipulação de Leites e Fórmulas	145
APÊNDICE V – Guia Orientador para Enfermeiros – Manipulação de CVC totalmente implantado	149
APÊNDICE VI – Folheto apresentado na AES: Conservação do Leite Materno	153
APÊNDICE VII – Folheto apresentado na AES: Preparação de Leite Adaptado	157

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Prof. Doutora Isabel Quelhas. O relatório integra 15 ECTS da componente curricular e reflete 540 horas de contato e 210 horas de trabalho individual, totalizando 750 horas de estágio em SIP. Decorreu entre 19 de Abril de 2010 e 29 de Janeiro de 2011 e foi realizado integrando três módulos em diferentes contextos: módulo I – Saúde Infantil; módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica e módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia.

A prática dos cuidados de enfermagem implica, entre outras dimensões, um conhecimento teórico atualizado, pressupondo uma formação contínua e constante. *“Formar-se significa, antes de mais, crescer, e se é questionável a presença de formação em todas as facetas da vida, a nível profissional é a condição “sine qua non” para a valorização e aumento de competências na pessoa.”* (PEREIRA, cit. por Ferreira, 2007). Nesta perspetiva a formação individual é imprescindível para se crescer como pessoa e como profissional. Cabe a cada um de nós procurar que este crescimento seja contínuo e fundamentado. Partindo desta perspetiva de crescimento iniciei mais um período de formação inserido no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. No final desta etapa, vou registar por escrito de forma clara e sucinta, todo o conjunto de atividades desenvolvidas ao longo do estágio em Saúde Infantil e Pediatria, fazendo uma análise crítica e autoreflexiva face às mesmas. É neste contexto que nasce este documento, fruto de uma reflexão que visa dar visibilidade ao conhecimento desenvolvido em todo o “caminho percorrido”. A concetualização

do desenvolvimento das competências alicerçou-se pelos objetivos do curso para a atribuição de Grau de Mestre, designadamente:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão na área de especialização;
- Saber aplicar os conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares;
- Ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver 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 conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Possuir competências para a aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo.

Assim, o estágio teve como finalidade o desenvolvimento de saberes, capacidades e competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, autónomos e interdependentes na área da Saúde Infantil e Pediatria.

Estruturalmente este documento é constituído pela introdução, contextualização do Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pelo desenvolvimento de competências nos domínios da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação, enunciando os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas bem como, feita uma análise crítica e reflexiva do percurso de aprendizagem. Segue-se a análise global do estágio e implicação para a prática profissional fazendo um balanço deste percurso formativo, destacando os seus principais desafios e a conclusão onde realize uma análise transversal ao relatório.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A formação dos profissionais de enfermagem deve assumir-se cada vez mais como uma parceria entre as instituições de ensino e as instituições de saúde, no sentido de formar profissionais detentores de competências capazes de trabalhar em equipa, assumindo um papel crítico e reflexivo, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Assim, o estágio constitui um momento privilegiado de aprendizagem, pois permite viver novas experiências, relembrar e consolidar conhecimentos já adquiridos e desenvolver novas competências. *“A formação clínica é um espaço importante de socialização dos enfermeiros e é no espaço e nos tempos em que decorrem as aprendizagens clínicas que os enfermeiros ou alunos de enfermagem desenham os principais quadros de inteligibilidade que estão na base da mudança e do processo de construção social da profissão”* (ABREU, 2007). Uma vez que a pediatria é uma área muito específica e complexa é importante vivenciar diferentes experiências, conferindo a aprendizagem necessária para o desenvolvimento de competências em diversos contextos, tendo sido estes:

Módulo I – Saúde Infantil: Realizado numa UCSP, entre 4 de Outubro de 2010 e 27 de Novembro de 2010, num total de 250 horas (180h de contacto direto). A UCSP tem à data inscritos 47155 utente (com e sem médico de família) e tem como missão garantir os cuidados de saúde primários à população, promover a vigilância da saúde, prevenir, diagnosticar e tratar a doença, reabilitar, garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços prestados, articular com outros níveis de cuidados de saúde, garantir a vigilância epidemiológica, investigar em saúde e formar os profissionais.

Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica: Realizado num Serviço de Internamento de Pediatria destinado a crianças do mês até ao ano e 364 dias, num total de 250 horas sendo 180

horas de contato directo, entre 29 de Novembro de 2010 e 29 de Janeiro de 2011. O Serviço de Internamento de Pediatria tem como objetivo tratar com qualidade e eficiência todas as crianças até aos 18 meses de idade, com doença aguda ou crónica agudizada que ocorrem ao SUP, provenientes do serviço de Neonatologia ou de outra instituição, num processo de transferência inter e intra- hospitalar. Tem capacidade para a admissão de 30 crianças e é constituído por uma equipa multidisciplinar de médicos pediatras, enfermeiros especialistas e generalistas, assistentes operacionais, pedopsiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas da fala, educadores e voluntários.

Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Neonatologia. Este estágio decorreu entre 19 de Abril de 2010 e 19 de Junho de 2010, num total de 250h, sendo 180h de contacto direto, cada um com 90h. Realizado no SUP no período compreendido entre 19 de Abril de 2010 a 15 de Maio de 2010 e no serviço de Neonatologia entre 17 de Maio de 2010 e 19 de Junho de 2010.

É objetivo do SUP tratar com qualidade e eficiência todas as crianças e adolescentes até 17 anos e 364 dias de idade com doença aguda. O acesso é global, direto e referenciado, sendo desejável a observação prévia das crianças e adolescentes pelo médico assistente, excetuando os casos de doença súbita ou violenta. Está organizado de acordo com as seguintes áreas: triagem, área de apoio a gabinetes médicos, área de OBS e área de emergência pediátrica.

O Serviço de Neonatologia pertence ao Departamento da Mulher e da Criança. Tem capacidade para 10 RN podendo ser de termo ou pré-termo, desde o nascimento até aos 28 dias de vida. A admissão no serviço ocorre através de transferências internas do Serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos, Serviço de Pediatria, APR, ou de outras unidades hospitalares, geralmente via INEM.

A escolha dos campos de estágio referidos anteriormente prendeu-se no fato de se inserirem em instituições de referência, com grande abrangência populacional, e portanto com disponibilidade de várias especialidades, constituindo cenários potenciadores da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da SI.

2. COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR NOS DIFERENTES DOMÍNIOS

O enfermeiro especialista em SIP deve ser detentor de competências diferenciadas de forma a poder intervir nas diferentes áreas de atuação. A *“especialização em enfermagem deve ser também promotora de competências a nível da conceção de cuidados, gestão de cuidados, supervisão de cuidados, formação e investigação”* (OE, 2006). Desta forma, vou dividir as 29 competências propostas pelo CME- ESIP em quatro domínios de atuação dos Enfermeiros Especialistas: Prestação de Cuidados, Gestão, Investigação e Formação. Em cada domínio serão apresentadas as competências a adquirir, descritos os objetivos comuns específicos de cada local de estágio e serão também descritas as atividades desenvolvidas, bem como, as respetivas reflexões que fundamentam a aquisição destas competências.

2.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O Domínio da Prestação de Cuidados figura como a centralidade do exercício clínico de Enfermagem. Nesse sentido a argumentação reflexiva seguinte reflete toda a consciência crítica exercida em torno dos problemas da prática profissional, no âmbito da ESIP, bem como a fundamentação do processo de tomada de decisão, atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas.

COMPETÊNCIAS

<p>Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.</p>

OBJETIVO

Conhecer a estrutura física e dinâmica de funcionamento dos diferentes contextos de estágio.

ATIVIDADE REALIZADA

- Conheci instalações, funcionamento, normas, protocolos e procedimentos de cada serviço.

REFLEXÃO CRÍTICA

Em todos os locais de estágio anteriormente referidos foi-me proporcionada uma visita guiada pelas instalações físicas e explicado sucintamente a organização dos mesmos. Desta forma e ao longo de todo o percurso, fui apresentada aos diferentes membros da equipa multidisciplinar podendo assim melhor colaborar na prestação de cuidados. Através do trabalho em equipa, pretende-se potenciar o bem - estar da criança e família, assim, todos os profissionais devem trabalhar em conjunto, discutindo entre si estratégias e intervenções que respondam eficazmente aos problemas existentes.

Ao longo deste percurso de formação foi necessário integrar-me nas diferentes filosofias de trabalho, refletindo com a restante equipa sobre as atividades implementadas. Nos Serviços de Internamento e Neonatologia o método de trabalho individual foi o utilizado na prestação de cuidados. Assim, cada enfermeiro presta cuidados globais à criança, sendo responsável pelo planeamento, implementação e avaliação dos cuidados. Consegui perceber as vantagens deste método uma vez que favorece a relação enfermeiro/criança/família pois facilita um conhecimento mais profundo de cada utente. Torna ainda possível uma maior individualização dos cuidados, maior satisfação da criança e família, pois sabe qual é o enfermeiro que lhe presta todos os cuidados em cada turno. Por parte do profissional, favorece a segurança e confiança com base numa organização cuidada do plano de trabalho, aumenta a satisfação do enfermeiro pois ao promover um aumento de responsabilidade do mesmo, promove consequentemente, a sua capacidade de decisão, a sua satisfação e motivação para o trabalho e ainda, favorece a avaliação dos cuidados de enfermagem. É no entanto de salientar a importância do trabalho em equipa, uma vez que a equipa de enfermagem colabora sempre entre si para que

os cuidados sejam executados com a maior qualidade possível. A equipa é liderada por um elemento que assume a responsabilidade de tomar decisões fundamentadas, planeando, implementando e avaliando os cuidados de enfermagem prestados. Este método enfatiza a liderança e comunicação e favorece a dinâmica do grupo. Uma vez que as enfermeiras tutoras estavam destacadas frequentemente como responsáveis de turno, permitiu circular por várias áreas e ter um papel ativo em todas elas.

Em todos os contextos de estágio o espaço físico possuía adequação à população pediátrica, assim como material didático apropriado. No entanto, saliento que a existência de um cantinho de amamentação e uma copa de leites passível de ser utilizada pelos pais nem sempre existe, sendo um fator que dificulta o à vontade da família e conseqüentemente uma maior receptividade aos serviços e cuidados.

OBJETIVOS

- Utilizar o processo de Enfermagem como método sistemático de resolução de problemas na assistência à criança e família;
- Utilizar a linguagem CIPE para o registo e organização de toda a assistência à criança e família.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Realizei assistência de enfermagem segundo o Processo de Enfermagem;
- Realizei registos no SAPE, segundo linguagem CIPE (UCSP e Serviço de Neonatologia).

REFLEXÃO CRÍTICA

Apesar de consciente das diferenças encontradas nos diversos contextos, a assistência especializada à criança/ jovem e família possui um fio condutor comum, assente num trabalho de parceria, que serviu de base à minha atuação.

Para promover uma melhor assistência especializada à criança e família torna-se fundamental utilizar o processo de enfermagem. “*O processo de enfermagem visa personalizar os cuidados prestados e planificar intervenções de modo a responder às necessidades da pessoa e, conseqüentemente melhorar o seu estado de saúde*” (PHANEUF, 2001).

Nos diferentes contextos de estágios respeitei as diferentes etapas do processo de Enfermagem através da *colheita de dados*, análise e síntese de dados junto da família e processo clínico, *diagnóstico de Enfermagem*, através da análise crítica da informação recolhida, *planeamento*, delineando um plano de ação com objetivos definidos e *avaliação* da assistência comparando os resultados com os objetivos definidos.

A utilização de uma linguagem classificada contribuiu para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados. A *CIFE* “*permite descrever toda a prática da enfermagem, através de uma classificação de fenómenos, ações e resultados de enfermagem. São estes últimos que demonstram os ganhos em saúde por meio da alternância de diagnóstico devido à implementação de intervenções de enfermagem, evidenciando, desta forma, a eficácia da mesma e originando, conseqüentemente, ganho em saúde*” (CARDOSO, 2003). Esta surge como um potencial para documentar e projetar a importância dos cuidados de enfermagem. De forma a aprofundar conhecimentos, na UCSP e no Serviço de Neonatologia efetuei registos no SAPE, pesquisando no mesmo a parametrização em vigor, procurando tomar conhecimento dos focos de atenção existentes, diagnósticos e intervenções associadas. A participação ativa nas consultas de enfermagem de SI e Juvenil na comunidade, assim como em contexto de internamento, facilitou a aquisição progressiva de autonomia nos registos de enfermagem contornando a complexidade do sistema, assim como a minha inexperiência total.

COMPETÊNCIAS

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, na 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;

Refletir na e sobre a prática, de forma crítica;

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

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

OBJETIVOS

- Desenvolver competências de assistência especializada à criança e família, nos diferentes contextos;
- Desenvolver competências na área da Educação para a Saúde à criança e pais.

ATIVIDADES REALIZADAS

- Realizei Consultas de vigilância de SI;
- Realizei vacinação de acordo com o PNV;
- Participei no Projeto CAJ;
- Participei em aulas de preparação para o parto e sessões de Massagem Infantil;
- Realizei AES aos pais denominada *Crianças no Automóvel - A escolha da cadeirinha de transporte adequada* (Apêndice III);
- Realizei AES a crianças entre 8 e 10 anos – *Primeiros Socorros para Crianças* (Apêndice II);
- Colaborei na dinamização do Cantinho de Amamentação na UCSP;
- Realizei triagem de acordo com o CTAS;
- Acompanhei situação crítica na Sala de Emergência;
- Realizei observação participada na UCIP;
- Prestei cuidados à Criança e Família no Bloco Operatório/ Recobro.

REFLEXÃO CRÍTICA

O contacto com realidades distintas, onde o foco de atenção do enfermeiro assume dimensões tão diferentes, foi gratificante, não só pelas inúmeras condições que levam a criança e família à UCSP, mas pelos desafios que cada faixa etária e cada uma das etapas do processo de enfermagem colocam ao profissional numa perspetiva de assistência na transição. *“Mudanças na saúde e na doença fomentam processos de transição, tornando-os mais vulneráveis a*

danos potenciais e ao risco, afetando a sua capacidade de coping” (MELEIS, et al. 2000).

Na UCSP não existe agendamento de Consultas de Enfermagem de SI como recomendado pela DGS (2005). Assim, toda a vinda da criança e família eram tidas como oportunidades para realizar a consulta. O momento da Consulta de Enfermagem *“favorece a atenção à saúde da criança de forma integral, com possibilidades de abordar o seu crescimento físico, biopsicossocial e espiritual em contexto familiar”* (NUNES C. & GOMES R., 2006). A consulta de SI é portanto um local privilegiado de contacto entre o enfermeiro e a criança no seio da família e por isso respeitei-o como sendo único e especial. Assume particular importância na aquisição e desenvolvimento de competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. A consulta deverá incidir na promoção do desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social, tendo sempre por base o apoio à função parental. A minha insegurança inicial deu lugar a uma postura mais antecipatória e preventiva e conseqüentemente de maior confiança e disponibilidade ao longo do relacionamento terapêutico desenvolvido com as famílias. Recolhi e analisei informação no sentido de aumentar segurança na prática junto das crianças, dando lugar ao esclarecimento de dúvidas, prevenção e sinalização de práticas de risco essencialmente a nível da amamentação, aleitamento e alimentação, hábitos de sono, regulação do trânsito intestinal e vacinação. Todas as consultas de enfermagem de SI realizadas foram baseadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005). O tempo constituía, no entanto um desafio uma vez que na prática, nem sempre era possível explorar todas as áreas consideradas pertinentes. Dado que na UCSP onde realizei o estágio existia apenas uma enfermeira especialista o que fica aquém das necessidades da comunidade que abrange, muitas são as vezes em que a consulta é realizada por um enfermeiro generalista. Assim, e como farei referência no domínio da formação, verifiquei a necessidade de realizar um Guia de Apoio à Consulta de SI e Juvenil de forma a servir de apoio e uniformizar procedimentos.

Relativamente à vacinação, tive a oportunidade de administrar 37 vacinas, tanto inseridas no PNV como extra-plano, tendo-me apercebido da quantidade de vacinas cujos custos são suportados pelos pais. Efetuei ensinamentos relativos às reações das mesmas, bem como esclareci da sua importância. De forma a

incentivar o cumprimento do PNV, agendei, junto da Enfermeira Especialista, a imunização seguinte, realizando ensinamentos antecipatórios sobre a importância das seguintes vacinas a serem administradas.

Durante esta prática tive a oportunidade de conhecer e participar no Projeto CAJ. Estes centros foram criados para responder a situações que se prendam com o desenvolvimento pessoal dos adolescentes, nomeadamente a nível da saúde sexual e reprodutiva, planeamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do consumo de substâncias psicoativas e outros comportamentos de risco. Contam com uma equipa multidisciplinar que promove momentos de prevenção e informação, aconselhamento, apoio médico e encaminhamento personalizado.

Integrar este projeto foi um desafio ao desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, nomeadamente na abordagem de certos temas como sexualidade. A voluntariedade e a privacidade são aspetos fundamentais na criação de uma relação baseada na confiança e cumplicidade. Foi extremamente interessante perceber a evolução relativamente a estes dois aspetos ao longo das sessões. Saliento o caso de B., 16 anos, que recorre ao CAJ sozinha, num primeiro momento com o objetivo de uma consulta de planeamento familiar. Apesar de apenas pretender o habitual método de contraceção, apresentava uma postura ansiosa e aparentemente preocupada, questionando várias vezes a possibilidade de gravidez face a determinados comportamentos de risco. Num segundo momento, uma semana após, recorre por náuseas frequentes e sensação de enfartamento. Ao longo da sessão, a enfermeira explorou a questão calmamente, colocando questões abertas mas objetivas, pretendendo assim perceber se existia história de relação sexual desprotegida e aconselhando teste de gravidez que verificou-se ser positivo. B. pediu ajuda e apoio para transmitir a informação à mãe e o mesmo foi feito no centro. A dificuldade em termos comunicacionais foi ultrapassada. Percebi como é possível e muito importante dar apoio, esclarecer e informar sem emitir juízos de valor ou opiniões quando somos o primeiro, e muitas vezes o único suporte de alguém.

O desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais no âmbito do domínio da Educação para a Saúde, foram essencialmente adquiridos no Projeto *Primeiros Socorros para Crianças* realizado numa Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico e na dinamização de Sessão de Esclarecimento para pais *Criança no*

automóvel – A escolha da cadeirinha adequada. A AES em contexto escolar foi realizada em conjunto com uma colega e sob orientação da Prof. Doutora Constança Festas. Este tipo de intervenção é um dos importantes papéis de atuação da Enfermeira Especialista em SIP. Neste processo a formação e a inovação são dois meios muito fortes para agir no sistema educativo, razão pela qual é um dos alicerces dos CSP e da SI. “*A Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.*” (DGS, 2006). Importou proceder à planificação, investigação de métodos de ação e ensino para crianças entre os 8 e os 10 anos de idade, recolher materiais, negociar com a equipa docente e a construção de um guião para a ação de formação. Trabalhamos os conceitos considerados em equipa como os mais pertinentes às necessidades identificadas. A AES adotou uma metodologia essencialmente expositiva, utilizando a técnica de demonstração como estratégia motivacional. Fazendo a avaliação desta atividade, posso dizer que a motivação resultou plenamente, os alunos revelaram muito interesse e participaram bastante. Conclui que numa sessão deste tipo e com um público com estas características, a planificação deve prever mais tempo de realização ou menos itens a abordar e importa ainda desenvolver estratégias que permitam uma maior concentração nos debates centrais.

Para AES junto dos pais selecionei o tema “*Crianças no automóvel- A escolha da cadeirinha mais adequada*”. Ao longo da realização de várias consultas de SI foi possível perceber que a escolha e utilização da cadeira de transporte no automóvel suscitava dúvidas em alguns pais e outros familiares. Para além do estudo do tema com pesquisa bibliográfica pertinente, foi necessária uma pesquisa junto das entidades fabricantes, das disposições e orientações legais existentes e especializadas. Esta AES foi amplamente divulgada por convite entregue pessoalmente nas Consultas de SI, pela afixação de cartazes em todos os pisos da UCSP e pelo envolvimento de toda a equipa multidisciplinar que fez a divulgação junto dos utentes. A sessão realizou-se ao final do dia de forma a possibilitar a participação de uma maior número de pessoas. Estiveram presentes 6 casais, pais de crianças entre os 2 meses e os 2 anos, bastante interessados e interventivos tornando a sessão extremamente enriquecedora. No final optei por

fazer a distribuição do folheto informativo da APSI por reunir toda a informação abordada de forma clara e sintetizada.

O exercício profissional responsável e de qualidade, parte da integração de conhecimentos resultantes de anteriores formações bem como da própria experiência profissional. Assim, o atendimento a crianças em situação de doença crítica, urgente e emergente, em qualquer dos contextos, foi beneficiado pela mobilização de saberes em SBV e SAV Pediátrico, da Pós Graduação em Enfermagem de Emergência e Catástrofe e da experiência em Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico e de Internamento de Pediatria do foro médico e cirúrgico. Foi no entanto indispensável aprofundar conhecimentos relativamente às patologias mais frequentes em cada faixa etária e em determinado contexto.

No SUP a triagem é realizada pelo enfermeiro especialista utilizando o CTAS. Esta consiste numa avaliação rápida e criteriosa do estado da criança através da observação, avaliação e breve entrevista, integrando três passos sequenciais: a primeira impressão da gravidade da doença, a avaliação da queixa principal e a avaliação da relação entre a idade e o comportamento da criança. É fundamental a avaliação do estado de consciência da criança, seguindo-se o triângulo de avaliação pediátrica: aparência (atividade e reatividade), circulação/ perfusão (coloração da pele) e respiração (sons, frequência e esforço respiratório). Analisando o número de lados alterados do triângulo fazemos uma rápida avaliação da gravidade do estado da criança. Este sistema está classificado em cinco níveis de gravidade desde a situação “sem urgência” para atendimento médico até 120 minutos até à situação “emergente” para atendimento médico imediato. O enfermeiro neste contexto tem ainda a autonomia de encaminhar diretamente da triagem para especialidades como cirurgia, ortopedia, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia, estomatologia e imunohemoterapia. Ao longo desta prática profissionalizante tive a possibilidade de realizar 77 triagens. Verifiquei ainda a importância da percepção dos pais quanto ao evento e a suas razões para considera-lo grave. Tive sempre em atenção que o processo de triagem se inicia na admissão da criança/jovem no serviço e só termina com a avaliação pelo médico, pelo que a reavaliação é necessária sempre que a situação assim o exija, sendo a parceria de cuidados importante na avaliação da necessidade de retriagem. Percebi que uma das

razões principais para os pais recorrerem ao SUP era a febre e verifiquei mais uma vez como a intervenção e transmissão de informação junto dos pais em contexto da comunidade é fundamental para diminuir o número de idas ao SUP ou a gravidade das mesmas. Acompanhei a triagem de muitas crianças com febre no momento, às quais não tinha sido administrado qualquer antipirético mas sendo possível em termos de intervalo de medicação. Os cuidadores referiam que preferiam que no momento da triagem as crianças apresentassem temperatura elevada podendo os profissionais de saúde comprovar a mesma e portanto diminuir o tempo de espera até avaliação médica. Orientei sempre no sentido da administração de antipirético de acordo com o peso da criança e da instituição de medidas de arrefecimento físico.

Os contextos de doença grave com rápida evolução ao estado crítico, são geradores de conflitos e potenciadores da ocorrência do erro em Enfermagem pela pressão gerada em torno do profissional. Com nível de gravidade “emergente” tive a oportunidade de acompanhar na sala de emergência um adolescente de 15 anos após queda de bicicleta do qual resultou trauma facial importante. A enfermeira especialista assumiu o papel de *team leader* até à chegada da equipa médica, supervisionado e orientando os restantes elementos da equipa de acordo com as necessidades, tendo no entanto, todos os elementos da equipa um papel bem definido. Atuar de forma eficaz sob pressão é complexo pois implica a gestão de sentimentos e emoções, interferindo muitas vezes na tomada de decisão.

Ainda em contexto do SUP, o contacto com crianças vítimas de maus tratos constitui uma realidade frequente. A forma como estas situações são encaminhadas depende do contexto em que ocorrem, sendo que o SUP possui protocolos de atuação específicos e definidos. Dada a privacidade e sigilo exigidos, tive dificuldade em acompanhar o desenrolar de algumas situações que surgiram. Procurei conhecer as diligências efetuadas, o percurso da criança desde a triagem ao internamento ou alta, os profissionais envolvidos e as principais áreas de intervenção. Na troca de ideias com a equipa de enfermagem, pude constatar a dificuldade da equipa na mediação destas situações, pela exigência que requer a nível da gestão de emoções. Por este motivo a problemática dos maus tratos, em qualquer contexto assistencial exige formação

específica dos profissionais, nomeadamente na deteção de sinais e sintomas de alerta, que permitam uma intervenção atempada e multidisciplinar.

Tive ainda a possibilidade de dois momentos de observação participada na UCIP. Foi-me permitida a prestação de cuidados à criança em estado crítico e a promoção do desenvolvimento dos pais na prestação de cuidados.

Relativamente à observação participada em contexto de Bloco Operatório/ Recobro de Pediatria Cirúrgica, a correlação de conhecimentos permitiu-me alguma autonomia no acolhimento da criança/família e no acompanhamento até e durante o tempo de recobro.

Na prática profissionalizante no Serviço de Neonatologia a prestação de cuidados à criança foi realizada de forma progressiva e prudente procurando mecanizar os conceitos de autonomia, responsabilidade e tomada de decisão de forma crescente. A falta de habilidade técnica nos procedimentos de enfermagem foi combatida com alguma execução repetitiva dos mesmos até atingir uma maior maturidade prática e com o gradual envolvimento nos cuidados.

COMPETÊNCIAS

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

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

OBJETIVOS

- Promover a parentalidade;
- Compreender e participar na articulação de vários recursos da comunidade ao dispor da criança e da família.

ATIVIDADES REALIZADAS

- Estimulei à adoção de estratégias adaptativas para a parentalidade;
- Incentivei a amamentação/aleitamento materno;
- Acompanhei o RN desde o Bloco de Partos até ao serviço de Neonatologia;
- Realizei folheto informativo de *Preparação de Leite Adaptado (Apêndice VII)*;
- Realizei *poster* sobre *Conservação de Leite Materno (Apêndice VI)*;
- Identifiquei e encaminhei de situações de risco.

REFLEXÃO CRÍTICA

Tornar-se pai ou mãe é uma transição crítica pois é permanente e tem implicações na vida dos pais e desenvolvimento das crianças. É um desafio de grande responsabilidade, pela complexidade de competências e saberes necessários. O conhecimento e a compreensão destas experiências são fundamentais para os enfermeiros poderem apoiar os pais na vivência desta transição. Segundo a CIPE (2011), parentalidade é *“tomar conta: 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 desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*. De acordo com MURRAY cit. por Hockenberry, et al (2011), *“são vários os fatores que afetam a parentalidade, entre eles a idade dos pais, a qualidade da relação parental, a quantidade de experiência anterior com o cuidado da criança, os sistemas de apoio parental e os efeitos do stress no comportamento parental.”* Neste contexto, e tendo em conta as mudanças sociais e culturais da constituição da família, o enfermeiro é um elemento fundamental no período de transição para a parentalidade por meio do apoio que pode proporcionar à família durante a gravidez e após parto, em articulação com outros profissionais. *“A transição para a parentalidade é única e irreversível, estando em constante mutação, pois cada estágio de desenvolvimento exige uma nova adaptação nas suas expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações.”* (CRUZ, 2005).

Ao longo da prática profissionalizante envolvi-me com diversas famílias, que em diferentes contextos enfrentaram dificuldades na adaptação¹ à parentalidade. Prestar cuidados em Pediatria significa ver a criança/família como um todo, tendo sempre presente que as intervenções devem ser efetuadas a nível familiar. Todo o envolvimento que realizamos com a família é crucial, pois daí depende o sucesso das nossas intervenções. Percebi que é fundamental orientar a família, não esquecendo de atribuir importância aos seus conhecimentos e experiências, envolvendo-os no processo de partilha de experiências, discussão de ideias e

¹ **Adaptação à Parentalidade:** *“comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”* (CIPE, 2011).

resolução de problemas. *“Os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia da enfermagem pediátrica (...). As crenças e valores que sustentam esta filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança”* (CASEY, 1993). Neste sentido, *“cabe ao enfermeiro encorajar os pais na gestão dos seus papéis enquanto cuidadores da criança, colaborando na resolução de problemas, substituindo os pais na execução de determinadas tarefas parentais como forma de demonstração, tendo sempre em conta as dificuldades expressas pelos pais durante o processo de adaptação à parentalidade”* (GAGE & BULLOCK, 2006). Pretende-se desta forma estimular os pais a desenvolverem uma relação afetiva precoce com os seus filhos, garantindo que além da satisfação das necessidades básicas da criança, sejam também estabelecidos sentimentos de pertença, de amor, conforto e de segurança. Percebi que nem sempre os pais se sentem capazes de exercer a sua parentalidade, isto é, de executar as tarefas que permitem satisfazer as necessidades da criança e de transmitir a esta todo um conjunto de valores, crenças e costumes que consideram importantes para o desenvolvimento da mesma como pessoa. Assim, ao longo dos diferentes contextos, foi meu objetivo otimizar o desempenho do papel parental², avaliando as suas necessidades, apoiando-os e implementando intervenções de forma a dotar de conhecimentos e habilidades.

A Consulta de SI é privilegiada no que diz respeito a tempo e proximidade com a família. Numa fase inicial da vida do bebé os pais recorrem para a realização do diagnóstico precoce ou para vacinação sendo um momento importante para avaliação da necessidade de intervenção de enfermagem. O processo apoiado e facilitado acresce motivação, segurança e confiança.

No contexto de Neonatologia fiz o acompanhamento de duas crianças desde a sala de partos até ao serviço. No bloco de partos, tive a oportunidade de observar e colaborar na prestação de cuidados imediatos a um RN por parto distócico com anestesia epidural. Notei, que além dos cuidados imediatos prestados ao RN a enfermeira especialista tem outro papel muito importante, que é o de promover

² **Papel Parental:** Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (CIPE, 2011).

ligação mãe/pai - filho o mais precocemente possível. *“A vinculação pós-natal se revela de extrema importância, as interações entre Pais e filhos, como forma estruturante das emoções das crianças. Existem estudos que demonstram que o contacto precoce entre a tríade nos primeiros dias após o nascimento podem ser cruciais para o relacionamento e reconhecimento dos três elementos, estando demonstrado que, nos casos em que foi estabelecida uma interação precoce, após algumas semanas, os pais interagem mais com os filhos, estão mais empenhados nos cuidados aos mesmos e demonstram graus de autoestima superiores”* (KENNEL & KLAUS, 2000). Assim, logo que a mãe reúna as condições necessárias, o RN é colocado junto desta e incentivada a amamentação. O contacto imediato após o parto, incluindo o contacto da pele entre o RN e a mãe, tem um efeito importante no processo de interação, pois *“através deste processo é possível comunicarem e desfrutarem do prazer de estar unidos”* (FIGUEIREDO, 2009).

A promoção da amamentação e do aleitamento materno foi portanto foco de atenção durante este percurso. *“Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel especialmente importante na promoção, proteção, suporte e sucesso do aleitamento materno”* (SARAIVA, 2010). Cada mamada é um momento de partilha de amor. Os benefícios do aleitamento materno defendidos pela OMS quer para a criança, quer para a mãe foram sempre realçados e transmitidos nos diferentes contextos assistenciais. A maioria das mães com que tive oportunidade de estar optavam e tinham a possibilidade de amamentar. No entanto, o diagnóstico de enfermagem maioritariamente levantado foi a dificuldade na adaptação à amamentação. As mães referiam que os primeiros quinze dias de vida do bebé eram difíceis, sentiam-se cansadas pela amamentação frequente o que diminuía muito as horas de sono. Referiam sensação de falha e irresponsabilidade pelo não aumento de peso do bebé. Percebi que ocorrência de mastites e fissuras mamárias fazia com muitas mães desistissem da amamentação. Os cuidados realizados passaram pela massagem dos seios, aplicação de calor e frio local alternadamente com o objetivo de desobstrução dos ductos mamários facilitando a saída do leite e posterior esvaziamento com bomba de extração de leite. Esta experiência permitiu-me fazer um acompanhamento de outras mães baseado na prevenção de complicações, incentivando desde o início da amamentação uma eficaz

hidratação do mamilo associada aos cuidados referidos anteriormente. É extremamente importante nesta fase ter em atenção a componente emocional e psicológica da mãe. “*O atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade de prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebé, o qual pode trazer repercussões para o seu desenvolvimento posterior*” (SCWHEARGBER & PICCININI, 2004). Desta forma, é crucial que o enfermeiro especialista intervenha o mais precocemente possível. Na UCSP tive a experiência de estar com uma mãe que tinha inicialmente tomado a opção de não amamentar. Esclareci as vantagens para o bebé e para a própria vinculação e após alguns momentos de esclarecimento optou por experimentar novamente a amamentação. A mesma acabou por me dizer que tinha ficado com pena de não ter amamentado os outros filhos, apesar de ter sido sua opção, pois era uma sensação única. No entanto, tive contato com duas mães que apesar da informação fornecida quanto às vantagens do aleitamento materno mantiveram a opção de não amamentar. Mantive sempre uma postura isenta de juízos de valor e respeitadora estando sempre disponível para qualquer esclarecimento. Assisti a duas sessões da *Preparação para o Parto* realizadas pela colega Especialista de Saúde Materna. Nestas aulas o tema da amamentação é abordado mas menos explorado pelas mães uma vez que as principais dúvidas surgem após o nascimento e durante início da amamentação. Na UCSP está em projeto o Cantinho da Amamentação, um espaço adequando a uma intervenção mais personalizada. Neste sentido realizei um *poster* relativo formas de *Conservação do leite materno*.

No serviço de Neonatologia pude realmente constatar que inicialmente as mães têm receio em amamentar devido à fragilidade do neonato. “*As mamadas dos prematuros, devido à sua imaturidade, são diferentes das crianças de termo: são lentas, silenciosas e pouco vigorosas. Normalmente, nas primeiras tentativas, a criança apenas lambe o seio e aos poucos desenvolve o seu próprio ritmo de mamar*” (SARAIVA, 2010). Mais uma vez, percebi que o enfermeiro especialista assume um papel extremamente importante através do esclarecimento de dúvidas e mesmo pela sua presença e apoio durante as mamadas. Mães informadas sentem-se mais a vontade para enfrentarem os seus medos e ansiedade próprios desta fase, aumentando assim a sua auto confiança não só para a amamentação como para a prestação de cuidados. Neste contexto,

consegui mostrar a estas mães que o aleitamento quer por biberão, quer por copo, é também um momento de ternura e partilha.

Desde cedo é transmitida aos pais a importância do descanso da mãe para a otimização da amamentação. Sempre que possível o aleitamento é feito por esta, sendo responsabilidade do enfermeiro quando não se encontra no serviço. Na instituição onde realizei o Estágio no Serviço de Neonatologia existe também um Cantinho da Amamentação na área da consulta externa onde tive a oportunidade de estar um dia.

Apesar de o uso de Leite Materno ser sempre o aconselhado, existem situações em que não sendo possível, é utilizado o leite de fórmula. Desta forma, e após o levantamento de necessidades em contexto de Neonatologia, criei folheto informativo relativo à *Preparação de Leite Adaptado*.

Foi também extremamente interessante e enriquecedor compreender a articulação entre os diferentes serviços onde estagiei. A articulação com os CSP no Serviço de Neonatologia é feita pela Enfermeira Especialista em SIP. Tive a oportunidade de acompanhar duas visitas domiciliárias realizadas após a alta do RN no serviço. Como refere a OE (2011), *“a visitação domiciliária representa um instrumento para a avaliação da família e do meio físico e social envolvente, permitindo acompanhar as famílias de risco e mais vulneráveis”*. Verifiquei que esta pode ser considerada como uma excelente oportunidade de intervenção e promoção da parentalidade. Neste contexto é possível identificar as necessidades reais de cada família, sendo por isso, uma intervenção personalizada e eficaz. *“(...) é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como risco.”* (DGS, 2012). Estar no ambiente em que a criança e família se inserem, assim como a dinâmica de relações, possibilita a intervenção a vários níveis. A Enfermeira Especialista do Serviço Hospitalar articula-se com o Enfermeiro de Família mantendo o acompanhamento deste mesmo após a alta. O objetivo desta visita é sempre a continuidade de uma assistência personalizada intervindo no espaço familiar. Mesmo após o acompanhamento durante o internamento, os pais possuem dúvidas e receios aquando do regresso a casa, proporcionando esta visita um momento para o esclarecimento das mesmas. Foi

interessante e gratificante perceber como a presença de um rosto familiar em casa proporciona aos pais um maior a vontade e tranquilidade.

Verifiquei na prática que o exercício da parentalidade é fundamental para a qualidade de vida da criança, para o seu crescimento e promoção do seu potencial de desenvolvimento. Assim, o Enfermeiro Especialista em SIP encontra-se numa posição privilegiada para contribuir para a transição saudável para a parentalidade.

Tive ainda a possibilidade de assistir a duas aulas de massagem infantil na UCSP. Para SCHNEIDER (2007) a *“massagem infantil é uma tradição cultural transmitida de geração em geração que permite um contato próximo entre o ele afetivo e o bebé que acarreta benefícios, não só a nível emocional como também orgânicos, e além disso transmite aos pais uma sensação de competências no cuidar dos seus filhos, uma vez que lhes permite conhecer melhor o bebé e suas respostas corporais, combinando aspetos como a comunicação, jogos e cuidados. Nos momentos da massagem, o bebé e o afetivo partilham oportunidades de se conhecerem mutuamente, suscitando estímulos e respostas um no outro.”* Assistir a estas sessões foi extremamente enriquecedor. Percebi que existe uma série de benefícios, quer no que diz respeito à interação promovendo a vinculação, tempo de qualidade entre a díade, empatia, comunicação e sentimento de respeito, quer na estimulação de diferentes sistemas, como na promoção de alívio e relaxamento. Ficou a vontade de explorar esta temática e de poder aplica-la em contexto profissional.

OBJETIVOS

- Diminuir o impacto da hospitalização no processo de desenvolvimento da criança;
- Desenvolver uma prática profissional integrando e respeitando os princípios éticos e deontológicos, na prestação de cuidados à criança e família, em todos os contextos.

ATIVIDADES REALIZADAS:

- Geri o ambiente físico;
- Utilizei diferentes escalas de avaliação de dor;
- Adotei medidas não farmacológicas na realização de procedimentos invasivos;

- Utilizei o jogo/brincadeira e o objeto de referência;
- Incentivei o contato pais/filho e a parceria de cuidados;
- Respeitei as cartas dos direitos das crianças e da criança hospitalizada;
- Suportei a tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas.

REFLEXÃO CRÍTICA

A hospitalização da criança é vivida por esta e pela sua família como uma situação de crise. Representa mudanças súbitas em todo o contexto familiar e por isso é fundamental que o enfermeiro especialista em SIP identifique fatores geradores de *stress* e procure estratégias adequadas, implementando-as de forma a tornar esta experiência o menos traumatizante possível. Assim, durante os contextos de Internamento, SUP e Neonatologia procurei implementar estratégias, através dos recursos existentes nos serviços, de forma a minimizar os efeitos negativos da hospitalização.

O processo de admissão é fundamental de forma a facilitar a adaptação da criança/ família ao ambiente hospitalar. *“Para que a criança e família se adaptem à hospitalização e a aceitem, é necessário que se faça um acolhimento eficaz, que lhes traduza confiança e os faça sentir únicos. O acolhimento é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua.”* (JORGE, 2004). Tive a possibilidade de realizar a admissão de 7 crianças no Serviço de Internamento de Pediatria, 3 crianças no Serviço de Cuidados Intermédios da Urgência e 3 crianças no Serviço de Neonatologia. *“Este é o primeiro passo para incutir na criança e nos seus cuidadores um sentimento de confiança e empatia com a equipa multidisciplinar, que irá influenciar positivamente toda a relação terapêutica e a prestação de cuidados”* (FERNANDES, 2015). Percebi assim, que o acolhimento é um momento privilegiado de comunicação entre o enfermeiro, a criança e sua família e extremamente importante no esclarecimento de dúvidas. Desdramatiza o processo de hospitalização e surge como uma atitude decisiva no futuro estabelecimento de uma relação terapêutica adequada a uma promoção de uma parceria de cuidados.

A presença dos pais ou outro familiar durante a hospitalização tem também um papel fundamental. *“A capacitação dos pais/família para participarem positivamente nos procedimentos reduz o medo, a ansiedade e o stress, tanto da*

criança como dos pais” (ALDRIDGE, 2005). Assim, e tendo por base que o cuidado centrado na família é “a filosofia da enfermagem pediátrica” (CASEY, 1993) aproveitei todas as oportunidades para incluir os pais nos cuidados, sempre com base numa negociação efetiva, de forma gradual e sob supervisão, pois os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos. “Não basta dizer aos pais que podem ficar juntos dos filhos. É necessário que eles sintam que são de facto bem-vindos, que são úteis e que contamos com eles para tratar do seu filho.” (BRITO, 2006). Para a criança e família, tudo no hospital é estranho: o local, as pessoas, as roupas, a comida. Muitas vezes é de uma forma brusca que se corta com a sua rotina de vida habitual, os seus amigos, família, casa e escola. Importa minimizar o impacto tentando manter, sempre que possível algumas rotinas familiares, fornecendo informação à criança e família em linguagem apropriada e clara, permitindo assim uma melhor orientação e adaptação. “A informação aos pais é também um direito, de que os profissionais de saúde se não devem demitir, pelo que deve ser orientada, clara, precisa e adequada ao seu nível de linguagem, favorecendo a sua compreensão. (...) No entanto, transmitir adequadamente informações sobre a criança, implica uma avaliação do estado emocional dos pais, do seu nível de compreensão, nível cultural e desejo de receber informação.” (JORGE, 2004).

Procurei ainda incentivar a utilização de objetos familiares, como por exemplo, um brinquedo, um cobertor, uma fotografia ou uma peça de roupa com o intuito de promover conforto e segurança.

Outra medida importante que procurei utilizar para diminuir o impacto da doença e da hospitalização foi proporcionar o máximo de atividades lúdicas. Tal como todas as outras crianças, também a criança doente e hospitalizada necessita de brincar. Através do brincar é possível minimizar o impacto da doença e da hospitalização bem como preparar as crianças para procedimentos terapêuticos. *“Brincar no hospital é tão importante como tomar medicação ou fazer exames clínicos. A existência de bonecos, balões de soro, seringas, roupa para fantasiar (médico, enfermeiro, etc.) permitirão também à equipa preparar a criança através da brincadeira, mostrando-lhe o que vai acontecer durante a sua estadia no hospital e quais as diferentes intervenções a que será sujeita. Se estiverem presentes estas dinâmicas, a criança e o jovem poderão exprimir a sua angústia, dor e agressividade ao brincar e jogar.” (SANTOS, 2006).* A brincadeira assume um

papel muito importante no hospital sendo um fator atenuante das possíveis vivências negativas, permitindo a expressão de medos, libertando energias, envolvendo os outros e tornando possível *“restabelecer uma conexão com o ambiente e a sua vida antes da hospitalização”* (ZENGERLE-LEVY, 2004). Ciente desta importância, no Serviço de Internamento de Pediatria incentivei a criança/família a frequentar a sala destinada para atividades lúdicas, reduzindo assim a sua ansiedade e distanciando-a um pouco da restrição que acarreta o internamento. Constatei também como a visita semanal dos doutores palhaços da operação nariz vermelho proporciona momentos de alegria, prazer, de criatividade e diversão, minimizando também os efeitos negativos da hospitalização na criança e família.

Percebi a importância da humanização do espaço. *“Quando uma criança dá entrada num hospital, seja numa sala de espera numa sala de exame ou tratamento, este deve encontrar um espaço com brinquedos, jogos e livros infantis pois estes são os seus elementos de referência. Trata-se de atender, não apenas à provável patologia, mas também fazer sentir à criança e aos pais que existe uma genuína preocupação em amenizar o contato com o hospital e compreender as necessidades da criança.”* (SANTOS, 2006). O facto de ser um serviço acolhedor, decorado e adaptado a cada faixa etária é extremamente importante na redução da ansiedade das crianças e cuidadores. Todos os serviços por onde tive a oportunidade de passar, mesmo na UCSP onde a estadia da criança é menor, tinham as paredes pintadas, salas com espaços lúdicos proporcionando assim momentos de distração. Ainda neste contexto, o espaço de funcionamento do CAJ estava apto para o atendimento a jovens e com cartazes elucidativos do propósito deste espaço.

O Enfermeiro Especialista em SIP assume um papel muito importante no planeamento da alta. Partindo do pressuposto que o planeamento da alta se inicia no momento da admissão, integrei os pais nos cuidados de forma que o regresso a casa se fizesse o mais precocemente possível. Desta forma, vão se tornando autónomos para dar continuidade aos cuidados em casa. Em contexto de internamento constatei que a carta de enfermagem é sempre elaborada quando existe uma transferência, mas nem sempre quando há uma alta clínica. Na minha opinião, e após a experiência em contexto de CSP, o preenchimento deste documento é de importância extrema para uma correta continuidade de cuidados.

A partilha de qualquer tipo de informação relativa a um internamento tem um papel primordial na orientação dos cuidados primários, isto porque permite ao enfermeiro tomar conhecimento do que se passou nesse período de forma fidedigna, para uma adequada intervenção posterior. No Serviço de Internamento de Pediatria realizei duas cartas de transferência, entrando também nestas mesmas situações em contacto telefónico com o destinatário.

Sendo as instituições de saúde muitas vezes vividas como lugares de dor associado a procedimentos invasivos, torna-se fundamental desenvolver estratégias de forma a reduzir ou anular a mesma. Importa, antes de mais, ter sempre presente a importância da explicação de cada intervenção à criança e família no sentido de minimizar receios e ansiedade. “*A experiência de dor de uma criança determina como a hospitalização será sentida em termos gerais*” (WOODGATE, cit. por Hockenberry, et al, 2011). Cabe ao profissional de saúde, principalmente ao enfermeiro especialista, assegurar que todos os direitos da criança são respeitados, de forma a promover cuidados de qualidade, evitando intervenções invasivas desnecessárias da equipa multidisciplinar e adotando estratégias que minimizem a dor associada a procedimentos dolorosos. Em todos os contextos, houve o cuidado da realização de procedimentos na sala de tratamentos e não no quarto ou na sala de brinquedos. Assim, é garantida a privacidade da criança e impede-se que as outras crianças assistam a estes procedimentos, o que poderá também influenciar a sua perceção da dor. Das realidades testemunhadas, o SUP talvez seja o local onde a criança e jovem experienciam a dor, na maior parte das situações de forma mais intensa. No entanto, em todos os contextos assistenciais, a sua avaliação, objetiva e de forma sistemática assume-se como crucial para a sua gestão adequada, constituindo-se como um imperativo para a qualidade dos cuidados. No que diz respeito à avaliação da dor na criança privilegiei sempre as escalas de auto-avaliação, se o desenvolvimento cognitivo da criança e adolescente o permitisse já que consiste, “*na modelo de ouro na medicação da dor*” (BATALHA, 2010). Desta forma, utilizei várias escalas de avaliação de acordo com a faixa etária da criança conforme recomendado pela DGS (2008): no RN NIPS e N-PASS, na criança menor de 4 anos ou sem capacidade para verbalizar FLACC R, entre 4 e 6 anos FPS-R e partir dos 6 anos EVA e EN.

Em todos os contextos tive a possibilidade de contatar com diferentes medidas, farmacológicas e não farmacológicas, de alívio da dor. Como intervenção autónoma, e de forma a proporcionar um maior conforto da criança/ jovem e família, procurei gerir o ambiente físico, criando um ambiente propício à realização do procedimento doloroso, incentivando os pais para uma presença de qualidade e adotando, em parceria, estratégias para minimizar a dor como colo, sucção não nutritiva, amamentação e distração. Em contexto de Neonatologia realço o uso de sacarose, associada à sucção não nutritiva e em contexto de SU e Internamento o uso de EMLA® para aplicação tópica prévia à punção venosa. Minimizado o impacto negativo da hospitalização, o internamento pode até acarretar mudanças positivas na vida dos pais/criança. Estas mudanças denominam-se como *benefícios potenciais da hospitalização* e organizam-se em três domínios: cultivo das relações pais - filho, promoção do autodomínio, e promoção da socialização (HOCKENBERRY & WILSON, 2011).

O respeito pelos princípios éticos, sociais, e de responsabilidade profissional, constituíram sempre a base da minha atuação, amadurecidos pela experiência, reflexão e agora enriquecidos pelo contato com novas realidades. O conhecimento científico, os direitos da criança, o Código Deontológico, o enquadramento jurídico da profissão, bem como os enunciados da Ordem dos Enfermeiros, formam entre outros elementos sustentadores da minha prática. Considero que estes elementos traduzem a procura da excelência profissional, contribuindo para a uniformização e qualidade dos cuidados de enfermagem, por meio da reflexão a que submetem a prática, dando assim visibilidade ao contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos de saúde dos clientes.

OBJETIVO

- Compreender o impacto da doença crónica na vida da criança e na dinâmica familiar.

ATIVIDADE REALIZADA

- Assisti a crianças e pais de crianças com doença crónica.

REFLEXÃO CRÍTICA

Ao longo deste processo de formação tive a possibilidade de contactar com crianças e família de crianças em condição crónica o que me permitiu o desenvolvimento de competências específicas. *“Sobre o impacto da doença crónica na família, podem identificar-se, quatro áreas principais de potenciais perturbações associadas à vivência parental/familiar da doença crónica infantil: reações emocionais, funcionamento familiar, função parental preocupações e necessidades especiais.”* (SANTOS, 2010). Assim, percebi que a intervenção do enfermeiro especialista, em articulação com a restante equipa multidisciplinar, incide no apoio na adaptação à mudança e reorganização da dinâmica familiar para as atividades quotidianas, de forma a integrar os cuidados que a doença exige. Durante a experiência em contexto de internamento, verifiquei como importa também desenvolver a auto-estima da criança e da família, tendo a sua inclusão na tomada de decisão dos cuidados a desenvolver uma especificidade redobrada. Percebi que em contexto hospitalar existe articulação com os CSP, através da análise dos sistemas de suporte internos e externos e no estabelecimento conjunto de metas a atingir. Desta forma, garante-se a continuidade dos cuidados na comunidade da forma mais precoce e eficaz possível, concentrando a ação na conquista de uma nova normalidade para a família.

COMPETÊNCIA

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

OBJETIVOS

- Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a criança e família;
- Promover a relação terapêutica respeitando os direitos humanos, das crianças e responsabilidade profissional.

ATIVIDADE REALIZADA

- Estabeleci comunicação eficaz com a criança e pais de acordo com o desenvolvimento da criança.

REFLEXÃO CRÍTICA

A competência comunicacional é algo que nos é exigido em qualquer área de intervenção e que determinará em grande parte o sucesso ou insucesso da mesma. *“A faculdade da comunicação é um dos atributos essenciais dos enfermeiros. Abrange o estudo da situação física, psíquica e social da criança de modo a conhecer o seu comportamento, atitudes e comunicação verbal e não-verbal.”* (JORGE, 2004). Assim, o aprofundamento desta competência assentou na promoção de um ambiente facilitador de relações terapêuticas, respeitando a criança e sua família em toda a sua dimensão biopsicossocial, crenças, culturas e valores familiares. As crianças constituem um desafio à comunicação em Enfermagem, *“pois dependem de múltiplos fatores, destacando-se o estado de desenvolvimento, a situação de saúde/doença e o contexto em que a criança de encontra.”* (SEQUEIRA, 2016). Além da comunicação verbal, é importante também o desenvolvimento de competências a nível da comunicação não-verbal. O tom de voz, a expressão facial, os gestos, a postura, o saber ouvir e “escutar” são fundamentais. O simples toque de mãos, o sorriso podem exprimir atenção, delicadeza, respeito, apoio, empatia e afeto. A comunicação é, como descrito anteriormente, quase sempre auxiliada pela brincadeira e pelos jogos e estes podem ser usados como uma técnica efetiva no relacionamento com a criança. Utilizei, sempre que possível, um boneco ou brinquedo que a criança trazia consigo como forma de aproximação, adequando a linguagem em cada contato estabelecido, de acordo com a sua idade. Percebi também a importância de deixar a criança manusear os objetos que iriam ser utilizados conferindo-lhes assim poder de escolha e decisão. A negociação não se procede da mesma forma com o adolescente, dada as características próprias da sua fase de vida. *“É um erro olhar para o adolescente como um adulto com a sua sabedoria e o seu controle, quanto é um erro assumir que um adolescente tem as preocupações e expectativas de uma criança.”* (HOCKENBERRY & WILSON, 2011). Constatei a forma como o seu pensamento varia entre o de uma criança e o de um adulto:

tanto parece aderir ao regime terapêutico com responsabilidade como toma uma atitude de alguma raiva e revolta.

Após o estabelecimento de um efetivo canal de comunicação entre o enfermeiro e a criança/ jovem e sua família, há lugar para a criação de uma relação terapêutica. Durante os ensinamentos à família procurei adequar o que era transmitido ao grau de compreensão do receptor, pedindo no final uma mensagem de feedback do que tinha ouvido, de forma a perceber o grau de compreensão. Emoções como o choro e o silêncio foram sempre respeitadas e nunca inibidas. Procurei também dar lugar para que os pais expressassem as suas preocupações e ansiedades, estimulando-os a falar, sabendo ouvir, esclarecendo as suas dúvidas, sabendo usar o silêncio quando necessário e demonstrando interesse e disponibilidade para as questões que foram sendo colocadas procurando sempre que possível dissipá-las. A oportunidade de ouvir foi muitas vezes aproveitada para trabalhar sentimentos como a negação, revolta e depressão. No entanto, quando se comunicam más notícias aos pais de criança hospitalizadas, deve ter-se em atenção uma série de aspetos na sua humanização e de uma possibilidade vasta de comportamentos face a esta. Apesar de a aceitação da morte se ter modificado ao longo do tempo, o acompanhamento de uma criança e sua família em processo terminal nunca se fará de uma forma pacífica, sem medos e sem sentimentos ambivalentes.

2.2 DOMÍNIO DA GESTÃO

No domínio da Gestão de Cuidados a argumentação crítico-reflexiva reflete o percurso pessoal traçado na aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão. Estes são fundamentais na área da saúde, por meio de lideranças eficazes em processos de mudança para uma gestão eficiente e eficaz dos recursos sem comprometer a equidade no acesso ao sistema de saúde e qualidade dos cuidados.

COMPETÊNCIAS

Liderar equipas de prestação de cuidados na área da EESIP;
Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP;
Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP;
Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
Colaborar na integração de novos profissionais;
Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
Identificar as necessidades formativas na área da EESIP.

OBJETIVO

- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados especializados em enfermagem.

ATIVIDADES REALIZADAS

- Consultei protocolos, manuais e outros instrumentos no âmbito da gestão de cuidados;
- Compreendi o papel do enfermeiro especialista na gestão de recursos materiais e humanos em função das necessidades;
- Participei na realização dos Planos de Trabalho de cada serviço;
- Cumpri normas de qualidade definidas em cada serviço e fiz uso racional dos recursos;
- Participei na promoção de um ambiente seguro para as práticas;
- Intervi sobre necessidades formativas da equipa de Enfermagem;
- Apoiei e supervisionei enfermeiros mais jovens, estagiários e outros profissionais no desenvolvimento de atitudes e capacidades promotoras da qualidade dos cuidados.

REFLEXÃO CRÍTICA

Relativamente à gestão em Enfermagem compete ao enfermeiro principal *“identificar e reavaliar continuamente os recursos existentes, perante as*

necessidades dos utentes e elaborar propostas coerentes para essa assistência” (KURGANT, 1991). A Gestão dos diferentes recursos é feita por este, no entanto e de acordo com a atual Carreira de Enfermagem, regida pelo Decreto-lei nº 437/91, artigo 7º na alínea e), ao referir que *“confia ao enfermeiro especialista a emissão de pareceres sobre a localização, instalação e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade”*. Ao longo dos diferentes contextos percebi a delegação de funções nos enfermeiros especialistas na gestão de todo o tipo de recursos. A nível da gestão de recursos humanos, o conhecimento da metodologia de elaboração do plano de trabalho, em contextos distintos da minha atividade profissional foi uma mais-valia. É essencial gerir a equipa de acordo com as suas competências sendo reconhecida a relevância dos enfermeiros especialistas. Assume ainda particular importância, no contexto da população pediátrica, a promoção da presença do mesmo enfermeiro na prestação de cuidados à criança, de forma a privilegiar a relação estabelecida, levantando a uma melhor qualidade de cuidados. A nível da gestão de materiais, constatei o papel do enfermeiro especialista na deteção das necessidades, na avaliação da adequação e manutenção do *stock*, bem como no seu controlo. A existência de sistemas informatizados é claramente vantajosa garantindo uma gestão mais cautelosa e eficiente de todo o material, evitando o seu extravio e rutura de *stock*.

No que diz respeito à gestão de informação, a informatização da mesma, como já referido neste documento, veio potenciar maior rigor na documentação de informação, que irá permitir a obtenção de indicadores decorrentes de processo e resultado dos cuidados de enfermagem.

Neste domínio, a integração de novos profissionais no seio de uma equipa assume-se como crucial para maximização do seu rendimento, pelo que procurei perceber e acompanhar as dinâmicas de integração de novos elementos, quer pela observação, quer pela consulta de guias de acolhimento e manuais de integração. Percebi a importância de supervisão destes profissionais, de forma a assegurar não só a segurança dos utentes, como também prepará-los para o exercício reflexivo e posturas assertivas na abordagem de situações distintas da prática profissional. Colaborei ainda com a supervisão de alunos de enfermagem presentes nos diferentes contextos, orientando sempre que adequado, a sua intervenção. O Enfermeiro que assume função de gestão e supervisão pode ser

definido como “*enfermeiro cuja função consiste fundamentalmente em apoiar o desenvolvimento profissional (seu par), ajudando-o a contornar dificuldades, a refletir sobre as práticas, e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade sendo o seu papel central a promoção da qualidade das práticas*” (COTTRELL, cit por Pires, 2004). No zelo pela segurança dos utentes e profissionais, mantive uma postura preventiva e antecipatória, minimizando os riscos potenciais da minha atuação. No âmbito pediátrico os riscos ambientais assumem particular relevo por exemplo, pelo risco de queda tendo a organização das diferentes áreas do serviço sido sempre alvo da minha atenção. Também a nível do Controle da Infecção, o risco de infeção cruzada é uma preocupação dada a particularidade da população pediátrica existindo nas diferentes instituições uma Comissão de Controlo de Infecção com um representante de cada serviço. Na gestão de cuidados, foi meu objetivo otimizar o processo ao nível da tomada de decisão, participando, embora consciente do meu papel de estudante, nas discussões das diferentes equipas, sempre que considerarei oportuno. Desta forma, é possível contribuir para a satisfação das necessidades da criança e família e através de uma eficiente gestão de recursos e de uma comunicação assertiva com a equipa multidisciplinar é também possível contribuir para a consecução dos objetivos das instituições.

2.3 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação é essencial para desenvolver, avaliar e expandir o conhecimento da Enfermagem. Assim, de acordo com POLIT, et al (2004) “*favorece a prática profissional de todos os enfermeiros, incluindo tanto os consumidores da investigação (que lêem e avaliam os estudos) como os produtores de investigação (que planeiam e realizam os estudos de pesquisa)*”. Torna-se por isso, importante, não só, *usar investigação*, mas também *produzir investigação*. O enfermeiro especialista deve ter esta vertente como central ao seu trabalho e desenvolver competências nesta área.

COMPETÊNCIAS

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

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

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 EESIP, assim como outras evidências.

OBJETIVO

- Aplicar resultados de investigação atualizados na prática.

ATIVIDADES REALIZADAS

- Realizei revisão de literatura na procura do conhecimento mais atualizado;
- Partilhei resultados de investigação atualizados com a Equipa de Enfermagem.

REFLEXÃO CRÍTICA

A produção de um discurso fundamentado, demonstrativo de um nível aprofundado de conhecimentos em EESIP surge com a capacidade de utilização do conhecimento mais atual, de forma contínua, sistemática e autónoma. Torna-se necessária uma base sólida de conhecimentos atualizados em Enfermagem, para que todos os cuidados prestados, em todos os domínios, se efetivem em qualidade e potenciadores de boas práticas. Assume-se assim como imperativo que o enfermeiro especialista sustente a sua tomada de decisão, não apenas na sua experiência e intuição mas em sólidos e fidedignos padrões de conhecimento. *“(...)os enfermeiros de pediatria têm a oportunidade única de fortalecer a sua ação no sentido de promover uma diferença significativa na vida da criança e sua família, ao colocar continuamente perguntas sobre os cuidados que presta, e procurando e avaliando a evidência que apoia ou refuta as práticas tradicionais, para a implementação das melhores práticas, avaliando a eficácia da evidência da prática de enfermagem”* (HOCKENBERRY & WILSON, 2011). Quanto mais questionarmos o que fazemos e porque fazemos, mais avançamos. Esta premissa orientou a minha atuação ao longo dos diferentes contextos no sentido

de privilegiar o conhecimento resultante da investigação. Várias foram as situações que suscitaram a pesquisa e muitas vezes a curiosidade de avaliar a adequação da prática à evidência. A título de exemplo foi possível discutir algumas controvérsias como a limpeza do coto umbilical Vs desinfecção com álcool a 70° e ainda a utilização de sacarose Vs glicose a 30% na sucção não nutritiva. Para tal, recorri à pesquisa bibliográfica em bases científicas nomeadamente o Repositório da UCP, Pubmed, UpToDate, Ebesco e Medline que sustentam parte das referências bibliográficas deste documento. Os resultados obtidos foram aplicados na prestação de cuidados, de modo a tomar decisões fundamentadas para a resolução de problemas na prática clínica, como também, para um adequado desenvolvimento nos domínios da gestão e formação. “*O desenvolvimento da disciplina deverá assentar cada vez mais na investigação sobre as principais questões que se colocam à adequação dos cuidados de enfermagem às respostas humanas da pessoa, famílias e comunidades aos processos de saúde*” (OE, 2006). Constatei que os enfermeiros tendem a procurar nos pares a obtenção de informação, que poderá nem sempre ser a mais correta, minimizando a reflexão e a tomada de decisão consciente, o que evidencia o papel do Enfermeiro Especialista como agente motivador da equipa para uma prestação de cuidados de qualidade, baseados na evidência. A evolução no que diz respeito à capacidade de pesquisa ao longo dos diversos contextos foi notória para mim tendo conseguido desenvolver e aperfeiçoar o método devido à necessidade constante da mesma. O alargamento do conhecimento tornou possível uma expressão e interação diferente, conseguindo comunicar de uma forma mais clara com os colegas e restante equipa multidisciplinar, pais e mesmo com a própria criança e jovem. Assim, para além de ter potenciado a mudança nos diferentes contextos, considero que este percurso formativo foi determinante na aquisição e desenvolvimento de competências para, como enfermeira especialista possa guiar a equipa em ações de investigação que potenciem a qualidade da prática clínica e contribuam para o desenvolvimento da profissão.

2.4 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A formação permite a partilha de saberes e experiências e promove enfermeiros reflexivos e intervenientes. Estes espaços de reflexão constituem um dos meios fundamentais para o progresso e desenvolvimento pelo que é fundamental que o enfermeiro especialista adquira determinadas competências.

COMPETÊNCIAS

Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para grupos especializados;
Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
Promover formação em serviço na área da EESIP;
Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

OBJETIVOS

- Reconhecer necessidades de formação com vista a adequação e desempenho profissional no âmbito da EESIP;
- Promover ações de formação aos profissionais de cada contexto, de acordo com as necessidades identificadas.

ATIVIDADES REALIZADAS

- Analisei o plano de formação de cada contexto de estágio;
- Identifiquei as necessidades formativas nos diferentes contextos;
- Elaborei um *Guia de Consulta de Saúde Infantil- Crescer com qualidade* na UCSP (Apêndice I);
- Dinamizei a formação *Manipulação de CVC totalmente implantado* no serviço de Internamento de Pediatria (Apêndice V);
- Realizei *poster* relativo ao *Procedimento de Manipulação de Leites e Fórmulas* para apoio aos assistentes operacionais na copa de leites do Serviço de Neonatologia (Apêndice IV).

REFLEXÃO CRÍTICA

A importância da formação em enfermagem reflete-se na responsabilidade que o indivíduo assume pelo seu processo evolutivo através de uma busca pessoal de recursos educativos. O processo de auto-desenvolvimento inclui a formação e a investigação em enfermagem como principais recursos para desenvolver competências de comunicação que permitam transmissão de conhecimento a uma audiência especializada. Os serviços como espaço privilegiado para essa formação, possibilitam ao profissional diferentes contextos de experiência promovendo a qualidade do cuidar, permitindo uma reflexão sobre o observado e o vivido, o que leva a uma construção ativa do conhecimento na ação. Deste modo, a formação em serviço *“deve ser levada mais a sério pelas instituições, uma vez que permite formar os profissionais no seu contexto de trabalho, e entre outras vantagens, não implica custos de deslocação, nem na inscrição em determinada formação que seja pertinente para a aprendizagem”* (VIEGAS & CUNHA, 2009). A formação deve desenvolver nos formandos as competências necessárias para mobilizarem em situações concretas os recursos teóricos e técnicos adquiridos. *“As necessidades de formação estão diretamente relacionadas com o aumento constante de conhecimentos e habilidades necessárias para a adaptação ao contexto de trabalho”* (VIEGAS & CUNHA, 2009). No que diz respeito à UCSP constatei a inexistência de um plano de ação específico e adequado às necessidades formativas. Uma vez que existia apenas uma enfermeira especialista em SIP e visto que todos os enfermeiros ficam destacados para a Consulta de SI, em conjunto com a enfermeira tutora, verifiquei a necessidade de elaborar um Guia de Apoio à mesma. Os objetivos da criação deste guia passaram por facilitar a comunicação entre profissionais, criar procedimentos e ritmos compatíveis de ação nos diferentes procedimentos das consultas enfermagem de SIP e permitir uma utilização rápida em situação de consulta. Nos restantes contextos estava destacada uma enfermeira especialista para formação em serviço, identificando e articulando as necessidades formativas da equipa. No Serviço de Internamento de Pediatria verifiquei que seria importante um momento de formação relativo à utilização do CVC totalmente implantado visto não ser uma prática corrente neste serviço e ser uma técnica com qual trabalho diariamente. Este foi realizado após a passagem de turno da manhã para a tarde com o objetivo de reunir o maior número de profissionais. Foi

utilizado um modelo de demonstração e todos os profissionais presentes tiveram a possibilidade de realizar o procedimento uma vez, podendo desta forma ser detetadas as principais dificuldades, aproveitando o momento para o esclarecimento de dúvidas. No final foi distribuído um panfleto informativo sendo posteriormente disponibilizado a todo o serviço. No Serviço de Neonatologia verifiquei a necessidade de intervir junto das assistentes operacionais no que diz respeito ao *Procedimento de manipulação de leites e fórmulas* criando *poster* para orientação de boas práticas. “ *É uma evidência que a aprendizagem no posto de trabalho tem-se vindo a configurar como um novo paradigma da formação, destacando-se cada vez mais a integração do lugar de aprender com o lugar de fazer para que o meio profissional se transforme num meio educativo, um local privilegiado para a edificação do saber.*” (RODRIGUES et al, 2006).

3. ANÁLISE GLOBAL DO ESTÁGIO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A conclusão de mais um processo formativo implica a análise relativamente à aprendizagem resultante e implicação para o futuro profissional.

O exercício profissional de enfermagem ao nível da especialidade requer um elevado grau de conhecimentos, assim como a dedicação e humanização dos cuidados, diferenciando a tomada de decisão e os cuidados prestados, nomeadamente nas situações mais complexas e incorporando os quatro domínios da profissão: Prestação de cuidados, Gestão, Formação e Investigação.

É extremamente importante salientar a pertinência que todo o enquadramento teórico teve ao longo deste percurso e que associado à prática constituíram a base da minha formação enquanto Enfermeira Especialista em SIP. Na abordagem de questões simples às mais complexas, com vista à prestação de cuidados especializados e de qualidade, valorizei a prática baseada na evidência no processo de tomada de decisão pela *“utilização conscienciosa, explícita e criteriosa de informações derivadas de teorias, investigação para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado e a indivíduos ou grupos de pacientes, levando em consideração as necessidades individuais e preferenciais”* (GALVÃO, et al, 2004).

Embora em contextos diferentes todos os estágios cruzam-se em vários aspetos, conforme demonstrou a reflexão elaborada, simbolizando um fio condutor que sustenta o cuidar em Pediatria. A oportunidade de contato com os CSP possibilitou a aquisição de uma série de conhecimentos que irão potenciar uma assistência personalizada. Assim, terei em conta uma nova perspetiva da família, valorizando o seu papel na comunidade, podendo intervir de forma estratégica, atendendo à promoção da parentalidade e ao apoio na transição de papéis.

O contexto de internamento, apesar da minha experiência anterior, foi uma mais-valia, pois exigiu um investimento particular na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, encarando não apenas como um

momento de crise mas como oportunidade de intervenção, diminuindo os aspetos negativos da hospitalização. Desenvolvi as minhas capacidades comunicacionais permitindo no futuro uma maior proximidade com a criança e família e envolvimento desta num contexto de parceria de cuidados.

Os contextos de SUP e Neonatologia exigem experiência e conhecimento, desde as situações mais habituais, às situações mais complexas. Uma vez que também exerço funções num SAUP, o desenvolvimento de competências de promoção de parentalidade e educação para a saúde aliadas à necessidade da rápida deteção de sinais de alarme, numa avaliação criteriosa da criança, focalizando a intervenção no estabelecimento de prioridades, com vista a uma intervenção eficaz, será sem dúvida fundamental na prática.

Tenho como objetivo investir na formação em serviço, identificando as necessidades formativas do meu contexto de trabalho e promovendo um plano de formação tendo em vista o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros, incentivando sempre à investigação como vetor fundamental para a produção de conhecimento em enfermagem.

Considero que a capacidade de intervenção precoce agora maximizada, associada à capacidade de antecipar situações será uma mais-valia para mim enquanto pessoa e profissional, para as instituições onde exerço funções mas essencialmente para a criança e família.

CONCLUSÃO

O final de um ciclo implica uma avaliação reflexiva sobre a concretização dos objetivos delineados e sobretudo da aprendizagem que resultou dessa experiência.

A metodologia de descrição e reflexão utilizada, permitiu-me uma análise do trabalho desenvolvido de forma a consolidar os conhecimentos adquiridos incorporando-os nas experiências vivenciadas, e permitindo assim a aquisição de competências na área da SIP.

Na conclusão da última etapa deste processo formativo, e tendo em conta os indicadores de avaliação propostos, considero que os objetivos a que me propus foram globalmente atingidos, de acordo com as atividades desenvolvidas e as experiências que os diferentes contextos proporcionaram. Assim, no desenrolar deste percurso, consegui aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares nos diversos contextos. Considero também que alcancei a integração de conhecimentos na resolução de questões complexas, pela apresentação de soluções em situações de informação limitada e incompleta, tendo como base na minha atuação as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem das mesmas.

Paralelamente, na operacionalização da prática reflexiva evidenciada, fui capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, de forma a promover o desenvolvimento da profissão.

A oportunidade de conviver com colegas, outros profissionais de saúde, docentes, crianças e seus familiares permitiu-me alargar horizontes, aprender e (re) aprender modos de estar na profissão, (re) pensar sobre as minhas atitudes e sobre a dos outros profissionais, conciliando esforços no sentido de cada vez mais prestar cuidados com excelência a todos aqueles que de mim necessitarem.

Após o término de um longo percurso de evolução pessoal e profissional, exigente e complexo, com garantia da aquisição e desenvolvimento de competências exigidas nos quatro domínios, assumo orgulhosamente a transição para um novo papel de enfermeira especialista, considerando que todos os dias terei novos desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. – **Identidade, formação e trabalho**. Coimbra: Formasau e Educa, 2001.

ABREU, W. – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau e Educa, 2007.

ALDRIDGE, M. – **Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit; One's Unit Experience**. Critical Care Nurse. 25: 6 2005, 40-50.

BATALHA, L. – **Dor em Pediatria Compreender para Mudar**. Lisboa: Lidel, 2010.

BRITO, I. – **O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena**. In: Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. 1ª Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2006.

BRITO, T R., RESCK, Z. M., MOREIRA, D. S. & MARQUES, SM. - **As práticas lúdicas no quotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica**. Escola Anna Nery Revista Enfermagem. 13: 4 2009, 802-808.

CARDOSO, A. – **Representação dos conceitos centrais da enfermagem – num contexto de saúde materna e obstetrícia**. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, 2003.

CARVALHO, A. L. - **Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem**. Lisboa: Instituto Piaget. 2004.

CASEY, A. – **Development and Use of Partnership Model of Nursing Care**. In GLASPER, E. A., TUCHER, A – *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari, 1993, 183-193.

CIPE® Versão 2011 – **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

CRUZ, O. – **Parentalidade**. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto, 2005.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS, 2005) – **Programa - Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, Orientação Técnica nº12**. 2ª Edição. DGS, 2005.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS, 2006) - **Programa Nacional de Saúde Escolar**. DGS. Junho. 2006.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS, 2013) - **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. DGS. Junho. 2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DSG, 2011) – **Programa Nacional de Vacinação**. DGS. Dezembro. 2011.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DSG, 2018) – **Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata**. DGS. Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018.

FERNANDES, D. – **O atendimento à criança em Urgência Pediátrica**. Ordem dos Enfermeiros, 2015.

FERREIRA, M. – **Empenhamento Organizacional de Enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão**. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*. 2007. 6-13.

FIGUEIREDO, M. H.- **Enfermagem de Família: um contexto do cuidar** [tese]. Porto: ICBAS, 2009.

FISHER, H. - **The needs of parents with chronically sick children: a literature review**. Journal of Advanced Nursing. 36:4 2001, 600-607.

GAGE, J., EVERETT, K & BULLOCK, L. – **Integrative Review of Parenting In Nursing Research**. Journal of Nursing Scholarship. 38: 1 2006, 56-62.

GALVAO, C. M., SAWADA, N. O., TREVIZAN, M. A. – **Revisão Sistemática recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem**. Revista Latino- Americana de Enfermagem. [online] Vol. 12, 2004, 549-556. [Consult. 27.02.2018]. Disponível em www.scielo.br/scielo.php

HOCHENBERRY, M., WILSON, D. – **Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2011.

IPO PORTO – **Manual da De Normas de Enfermagem**. 2016.

JORGE, A. M. – **Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. & KLAUS, P. – **Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KURCGANT, P. - **Princípios da administração em Enfermagem**. São Paulo: Altas, 1991.

MELEIS AI, SAWYER LM, IM E, MESSIAS DKH, DEANNE KH, SCHUMACHERK K. – **Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory**. Advanced Nursing Science. 23:1 2000, 12-28.

NUNES, L., GOMES R. – **Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Consulta de Enfermagem Pediátrica**. Ensaios e Ciência. 10:1 2006. 223-237.

OLIVEIRA, S. L. – **Tratado de Metodologia Científica: PROJETOS DE PESQUISAS, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira, 1997.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2002) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2006) – **Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem.** Ordem dos Enfermeiros. 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2007) – **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. outubro, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2008) – **Dor: Guia Orientador de Boa Prática.** Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I. número 1. 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2009) – Cadernos Temáticos – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades clínicas em Enfermagem. Individualização e Reconhecimento de Especialidades clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista.** Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, dezembro 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2010) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promover o desenvolvimento infantil na criança.** Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Volume 1. Série I. número 3. 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2011a) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.** Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Volume 2. Série I. número 3. 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.** 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica Vs Enfermeiro Generalista na Vigilância de Saúde Infantil.** Parecer do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nº 13/2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia Orientador de Boas Práticas.** Cadernos OE, a:1 2008. 1-51.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia Orientador de Boas Práticas em Saúde Infantil e Pediatria.** Cadernos OE, 3:1 2010.

PHANEUF, M. – **Planificação de cuidados: um Sistema integrado e personalizado.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

PIRES, L. – **A Formação de Assistentes Sociais na Saúde, Intervenção Social.** 21 2004. 50-53.

POLIT, D. F. HUNGLER, B. P., BECK, C. T. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto de Lei no 161/ 96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto de Lei nº 104/98, de 21 de Abril.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto de Lei no 437/ 91, de 9 de Novembro.

RODRIGUES, A., NASCIMENTO C., ANTUNES, L., MESTRINHO, M. G., SERRA, M., MADEIRA, R., CANÁRIO, R., LOPES, V. – **Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados.** Loures: 1ª Edição. Lusociência, 2007.

SANTOS, L. – **Atividade Lúdica – Espaço, Objetivos e que Profissionais Intervêm?** In: Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. 1ª Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2006.

SANTOS, M. S. - **Vivência Parental da Doença Crónica: Estudo sobre a experiência subjetiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e diabetes**. Lisboa: Edições Colibri/ Instituto Politécnico de Lisboa, 2010.

SARAIVA, H. – **Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção**. Lisboa: Lidel, 2010.

SCHNEIDER, V. – **Massagem Infantil: Um Guia para Pais Carinhosos**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Record. 2007.

SCHWENGBER, D. D. S., PICCININI, C. A., . – **Depressão maternal e interação mãe- bebê no final do primeiro ano de vida**. Revista Psic. : Teor. e Pesq. [online] Vol. 20, 2004, 233-240. [Consult. 25.02.2018]. Disponível em www.scielo.br/scielo.php

SEQUEIRA, C. – **Comunicação Clínica e Relação de Ajuda**. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016.

SERRANO,C., LEÃO, C., SILVA, I. – **Ensinar os pais na execução da Técnica de Alimentação por Biberão**. Departamento de Pediatria e Obstétrica ULSM. 2010.

VIEGAS, D. & CUNHA, N. H. S. – **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanizar**. Rio de Janeiro: Wak Editora. 57, 2009.

ZENGERLE- LEVY, K- **Practices that facilitate critically burned children's holistic healing**. *Qualitative Health Research*. 14:9 2004. 1255-1275.

WHALEY, L. F. & WONG, D. L. – **Enfermagem Pediátrica, elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE I Guia de Apoio a Profissionais na Consulta de Saúde Infantil - Crescer com qualidade

APÊNDICE II Material de apoio utilizado na AES: Primeiros Socorros para Crianças

APÊNDICE III Slides de apresentação utilizados na AES: Crianças no Automóvel - A escolha da cadeirinha adequada

APÊNDICE IV Guia Orientador para Assistentes Operacionais - Procedimento de Manipulação de Leites e Fórmulas

APÊNDICE V Guia Orientador para Enfermeiros - Manipulação de CVC totalmente implantado

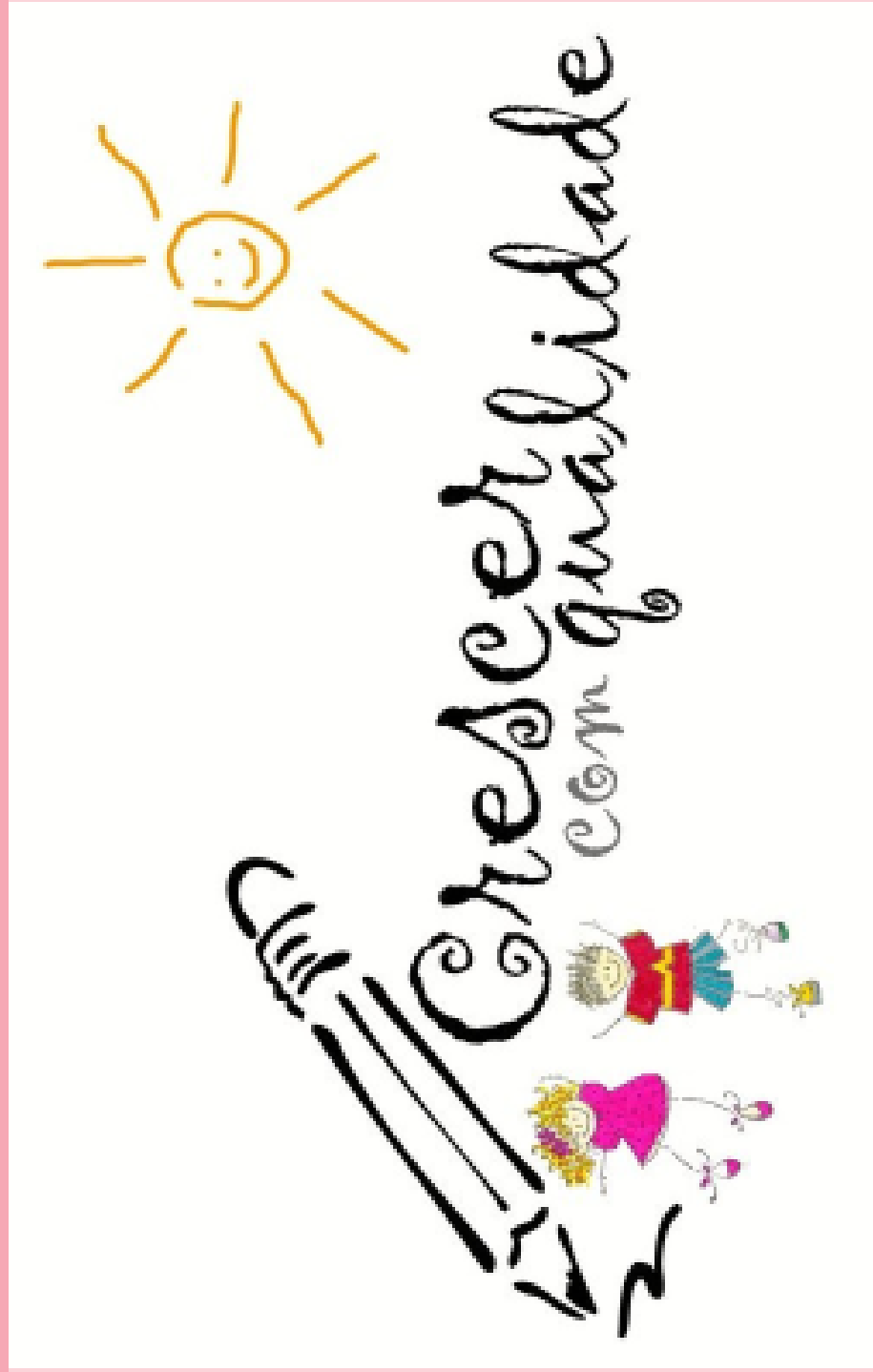
APÊNDICE VI Folheto apresentado na AES: Conservação do Leite Materno

APÊNDICE VII Folheto apresentado na AES: Preparação de Leite Adaptado

APÊNDICE I

Guia de Apoio a Profissionais na
Consulta de Saúde Infantil - Crescer com
qualidade

GUIA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

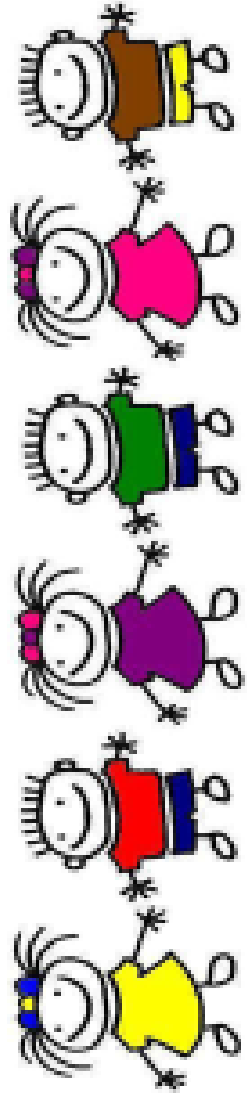


Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Barão do Corvo

GUIA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

No fundo do mar há brancos peixes,
Onde as plantas são animais
E os animais são flores.
Mundo silencioso que não atinge
A agitação das ondas.
Abrem-se rindo conchas redondas,
Baleia e cavalo-marinho.
Um pulvo avança
No desalinho
Das seus mil braços,
Uma filar dança,
Sem ruído vibram os espaços.
Sobre a areia o tempo passa
Leve como um lenço,
Mas por mais bela que seja cada coisa
Tem um momento em si suspensão.

Sophia de Azeilo Breymér Andrezen. *Fundo do Mar*



GUIA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

INTRODUÇÃO

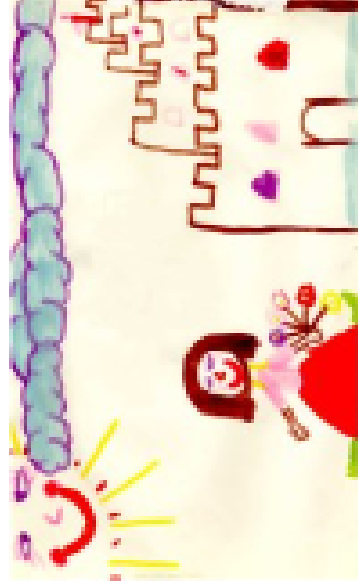
Acompanhar durante toda a vida uma pessoa é o horizonte temporal do trabalho do Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários. Atuar em grande proximidade das crianças e jovens, famílias e comunidade, com um leque alargado de responsabilidades e com base no seu conhecimento, poder potenciar a sua intervenção de promoção, assistência e prevenção na área da vigilância da saúde da criança/adolescente.

Criei um guia para a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil (CSEI), em colaboração com a Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Fernanda Graveiro com os seguintes objetivos:

- Facilitar a comunicação entre profissionais de saúde;
- Criar procedimentos e ritmos compatíveis da ação de diferentes procedimentos das consultas de SI;
- Permitir uma utilização rápida em situação de consulta.

A organização do guia respeita as diferentes fases do planeamento de consultas de Saúde Infantil e Juvenil e as características de cada estágio de vida, sendo que para cada momento identifica:

- Itens a avaliar na criança;
- Indicações alimentares;
- Cuidados de saúde;
- Vacinas a administrar.



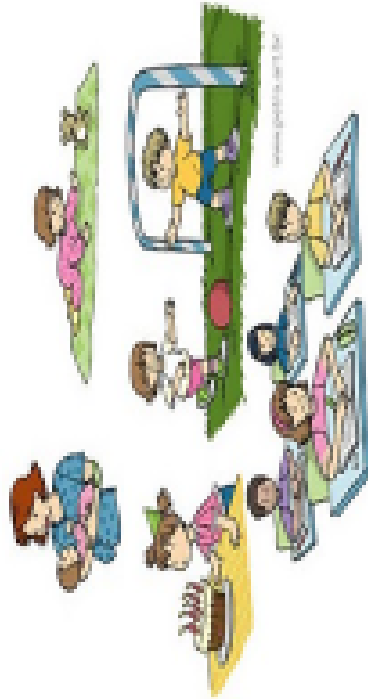
GUIA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

Esquema de consultas preconizado pela DGS:

- ✓ **1ª consulta** - o mais precocemente possível após a alta hospitalar e de preferência na 1ª semana de vida (esta consulta deverá ser previamente marcada, devendo ser dadas indicações à grávida quando da sua última visita ao Centro de Saúde)

Depois aos:

- ✓ **1º mês** (esta consulta deverá ficar marcada quando da 1ª visita do RN ao Centro de Saúde)
- ✓ **2 meses**
- ✓ **4 meses**
- ✓ **6 meses**
- ✓ **9 meses**
- ✓ **12 meses**
- ✓ **15 meses**
- ✓ **18 - 24 meses**
- ✓ **3 anos**
- ✓ **4 anos**
- ✓ **5/6 anos** - Exame global de saúde antes da escolaridade obrigatória (ficha de ligação)
- ✓ **8 anos**
- ✓ **11/13 anos** - Exame global de saúde antes do início do 3º Ciclo do Ensino Básico (consulta do adolescente)
- ✓ **15 anos**
- ✓ **18 anos**



Estas consultas coincidem normalmente com as imunizações

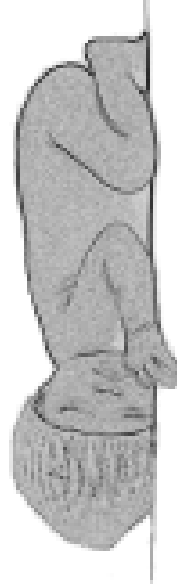
PRIMEIRA CONSULTA

Objetivos:

- Detetar a presença de malformações congénitas, sinais de infeção, distúrbios metabólicos e consequências decorrentes de intercorrências gestacionais e trabalho de parto;
- Avaliar a capacidade de adaptação do RN à vida extra-uterina.

AVALIAR

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Realização de diagnóstica precoce
5. Realização da 1ª vacina - BCG e VHB se não tiver sido feita na Maternidade (efetuar registos e marcar as seguintes, segundo PNV- **anexo 5**)
6. Exame Físico do RN (**anexo 1**)
(deve ser realizado com o RN despido, em condições térmicas satisfatórias)



Alimentação

- Nº de refeições nas 24 h
- Aleitamento materno/ artificial/ misto
- Incentivar amamentação (salvo contra-indicações)
- Observar e vigiar uma mamada (SO5)



IDADE	DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
0-2 Meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Puxada à posição de sentado, a cabeça pende para trás ✓ Olha para a face da mãe quando fala ou o alimento ✓ Vira os olhos e a cabeça em resposta à voz humana ✓ Faz força com os pés para baixo e endireita o corpo 	<ul style="list-style-type: none"> > Ausência de controle da cabeça > Nunca segura a face humana > Não vira os olhos e a cabeça para o som > Hiper ou hipotonia na posição de pé

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Lavagem das mãos
- ✓ Esterilização de biberon, chupetas e tetinas
- ✓ Cuidados com a pele e com a roupa do bebê
- ✓ Prevenção de acidentes:
 - Queimaduras (leite, água da banheira)
 - Quedas
 - Aflixia
- ✓ Transporte do recém-nascido em segurança
- ✓ Síndrome de morte súbita (posicionamento aconselhado no berço)
- ✓ Cólicas do bebê
- ✓ Vantagens do aleitamento materno



EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Lavagem das mãos
- ✓ Esterilização de biberons, chupetas e tetinas
- ✓ Cuidados com a pele e com a roupa do bebé
- ✓ Prevenção de acidentes:
 - Quedas (leite, água do banho)
 - Quedas
 - Asfixia
- ✓ Transporte do bebé em segurança
- ✓ Síndrome da morte súbita (posicionamento aconselhado no berço)
- ✓ Programa Nacional de Vacinação



CONSULTA DOS 2 MESES

2 MESES



AVALIAR

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Estado da pele e mucosas
5. Postura
6. Desenvolvimento - Teste de Sheridan (*anexo 3*)

SINAIS DE ALERTA	<ul style="list-style-type: none">> Não fixa nem segue objetos;> Não sorri;> Não há qualquer controle da cabeça;> Mãos sempre fechadas;> Membros rígidos em repouso;> Sobressalto ao menor ruído;> Choro e grita quando se toss;> Pobreza de movimentos.
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

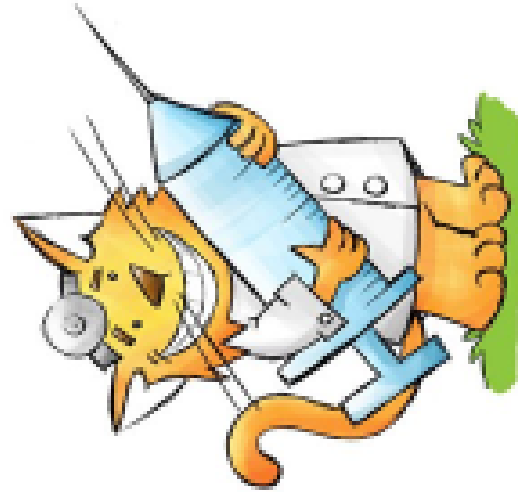


Alimentação

- Nº de refeições nas 24H
- Tipo de leite - materno/ adaptado/ misto

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Lavagem das mãos
- ✓ Esterilização de biberons, chupetas e tetinas
- ✓ Prevenção de acidentes:
 - Queimaduras (leite, água do banho)
 - Quedas
 - Asfixia
- ✓ Transporte do bebé em segurança
- ✓ Síndrome de morte súbita (posicionamento aconselhado no berço)



VACINAÇÃO (PNIV - anexo 5)

- VIP; DTPa; Hib
- VHB2
- Vacinas Extra - Plano (anexo 7):
 - Pneumocócica: PN10 (Synflorix) e PN13 (Prevenar)
 - Rotavírus: Rotateq (3 doses) e Rotarix (2 doses)
- ◊ Registrar e marcar as seguintes

CONSULTA DOS 3 MESES

AVALIAR:

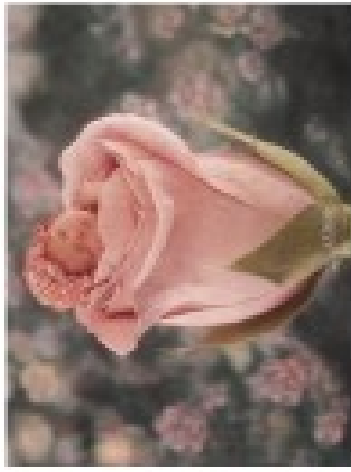
- 1. Peso (SOS)**
- 2. Postura**
- 3. Desenvolvimento - Teste de Sheridan ([anexo 3](#))**

Alimentação

- Nº de refeições nas 24 h
- Tipo de leite - materno/ artificial/ misto

VACINAÇÃO (PNV - [anexo 3](#))

- > MenC I
- > Vacinas extra-plano se indicação ([anexo 7](#))
- ◊ Registrar e marcar as seguintes



CONSULTA DOS 4 MESES

AVALIAR:

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Postura
5. Desenvolvimento - Teste de Skaridan (**anexo 3**)



4 MESES

Idade	DESENV. PSICO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
4 MESES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mãos habitualmente abertas ✓ Seguro por alguns instantes os objetos nas mãos ✓ Em decúbito dorsal segue os objetos com os olhos ✓ Sorri 	<ul style="list-style-type: none"> > Mãos sempre fechadas > Não há controle da cabeça > Membros rígidos em repouso > Chora e grita quando se lhe toca > Peixeira de movimentos > Não fixa nem segue objetos > Não sorri

Alimentação

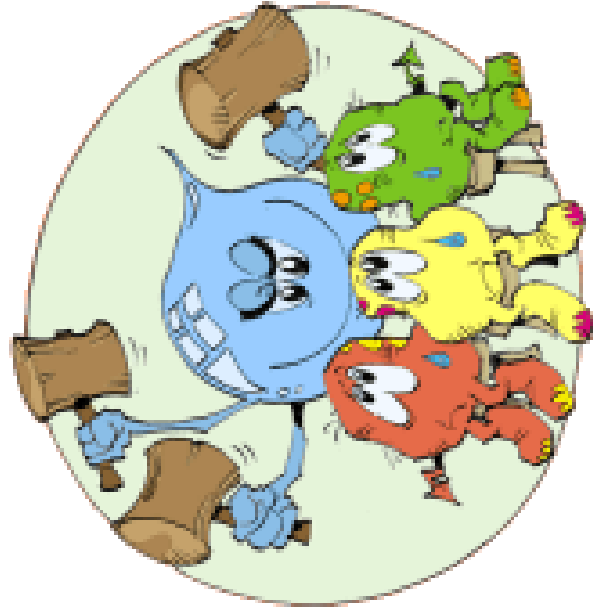
- Nº de refeições nas 24 h
- Tipo de leite - materno/ artificial/ misto
- **Pender o início da diversificação alimentar tendo em consideração:**
- Avaliação ponderal
- Aleitamento materno exclusivo ou não;
- Reflexo de extrusão presente/ausente (movimento da língua para expulsar qualquer material da boca que não seja associado à ação de mamar)
- Alterações de comportamento (choro, sono), representativas de fome/ necessidade de outro tipo de alimentos;
- Existência ou não de contra-indicações clínicas.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Como fazer a Diversificação Alimentar ([anexo 6](#))
- ✓ Lavagem das mãos
- ✓ Prevenção de acidentes:
 - Queimaduras (leite, água do banho)
 - Quedas
 - Asfixia
- ✓ Transporte do bebé em segurança
- ✓ Estimulação cognitiva com brinquedos adequados

VACINAÇÃO (PNW - [anexo 5](#))

- VIP: DTPa; Hib
- Vacinas extra-plano se indicação ([anexo 7](#))
- ❖ Registrar e marcar as seguintes



CONSULTA DOS 5 MESES

AVALIAR:

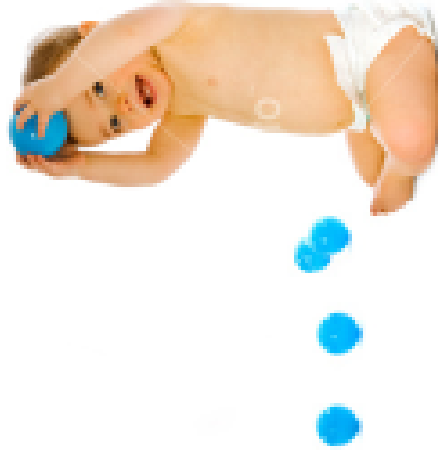
- Peso (**SOS**)
 - Desenvolvimento - Teste de Sheridan (**anexo 5**)
- Alimentação**
- Nº de refeições nas 24 h
 - Tipo de leite - materno/ artificial/ misto
 - Diversificação Alimentar - Sim/Não

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Como fazer a Diversificação Alimentar (**anexo 6**)
- ✓ Transporte em segurança
- ✓ Escolha e higiene dos brinquedos
- ✓ Prevenção de acidentes (quedas, queimaduras, intoxicações)
- ✓ Estimulação cognitiva com brinquedos adequados

VACINAÇÃO (PNV - anexo 2)

- > MenC II
- > Vacinas extra-plano se indicação (**anexo 7**)
- ❖ Registrar e marcar as seguintes

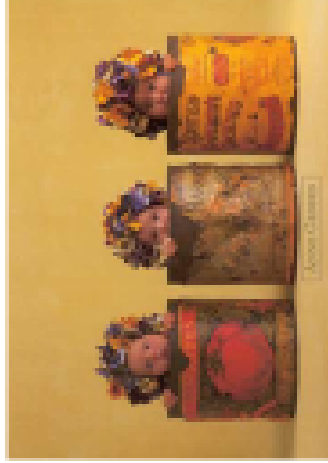


5 MESES

CONSULTA DOS 6 MESES

AVALIAR:

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Dentição ([anexo 4](#))
5. Desenvolvimento - Teste de Sheridan ([anexo 3](#))



6 MESES

Idade	DESENV. PSICO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
6 Meses	<ul style="list-style-type: none">✓ Controlo a cabeça✓ Em pé sustenta o peso do corpo✓ Preensão dos objetos e leva-os à boca✓ Vocaliza✓ Ri alto	<ul style="list-style-type: none">> Ausência do controlo da cabeça> Membros inferiores rígidos> Não pega em objetos> Não reage aos sons nem vocaliza> Irritabilidade constante> Estrecho manifeste e constante

Alimentação

- N.º, quantidade e qualidade das refeições nos 24 h
- Iniciar a Diversificação Alimentar, se ainda não a iniciou ([anexo 6](#))

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Como fazer a Diversificação Alimentar ([anexo 6](#))
- ✓ Prevenção de acidentes (quedas, queimaduras, afogamento, intoxicações)
- ✓ Segurança da habitação - proteção de tomadas elétricas, fontes de aquecimento
- ✓ Transporte em segurança
- ✓ Escolha e higiene dos brinquedos
- ✓ Dentição - escovação, suave desde o aparecimento do 1º dente
- ✓ Estimular o bebé a sentar-se, gatinhar e pôr-se de pé

VACINAÇÃO (PNV - [anexo 5](#))

- VIP: DTPa; Hib
- VMB 3
- Vacinas extra-plano se indicação ([anexo 7](#))
- ◊ Registrar e marcar as seguintes



CONSULTA DOS 9 MESES

AVALIAR:

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Dentição ([anexo 4](#))
5. Desenvolvimento - Teste de Sheridan ([anexo 3](#))



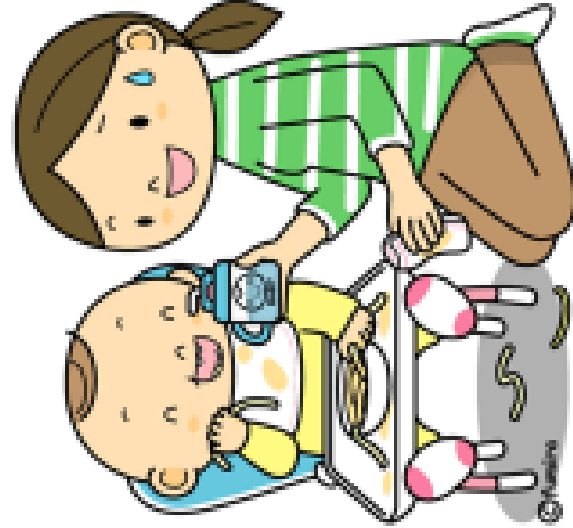
9 MESES

IDADE	DESENV. PSICO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
9 Meses	<ul style="list-style-type: none">✓ Senta-se sozinho sem apoio✓ Sentado tem equilíbrio e movimentação✓ Faz pinça com o polegar e o indicador✓ Procura objeto que cai✓ Repete sons ou sílabas✓ Distingue familiares de estranhos✓ Mastiga	<ul style="list-style-type: none">> Não se senta> Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição> Sem prensão palmar, não leva objetos à boca> Não reage aos sons> Apático, sem relacionamento com familiares> Engasga-se facilmente> Estrobismo

Alimentação
= Nº, quantidade e qualidade das refeições

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Alimentação do bebé
- ✓ Ensinos sobre erros alimentares mais frequentes
- ✓ Prevenção de acidentes (quedas, queimaduras, afogamento, intoxicações)
- ✓ Segurança da habitação - proteção de tomadas elétricas, fontes de aquecimento, escadas, janelas
- ✓ Transporte em segurança
- ✓ Escolha, higiene e segurança dos brinquedos
- ✓ Dentição - higiene
- ✓ Estimular e bebé a palmar
- ✓ Desaconselhar andarilhos



CONSULTA DOS 12 MESES



AVALIAR:

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Dentição (**anexo 4**)
5. Desenvolvimento - Teste de Sheridan (**anexo 3**)

12 MESES

IDADE	DESENV. PSICO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
12 Meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Passa de umas posições para as outras ✓ Atira um objeto ✓ Procura objeto escondido ✓ Vocaliza com diversas entoações ✓ Imita gestos 	<ul style="list-style-type: none"> > Não aguenta o peso nas pernas > Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão > Não brinca > Não responde à voz > Não brinca nem estabelece contacto > Não mastiga

Alimentação

- + Nº, quantidade e qualidade das refeições

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

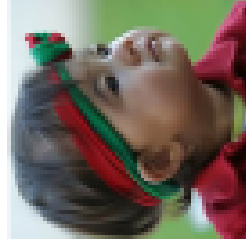
- ✓ Alimentação do bebé
- ✓ Alertar sobre erros alimentares mais frequentes
- ✓ Prevenção de acidentes (quedas, queimaduras, afogamento, intoxicações)
- ✓ Segurança da habitação - proteção de tomadas elétricas, fontes de aquecimento, escadas, janelas
- ✓ Transporte em segurança - adequar à idade e peso
- ✓ Escolha, higiene e segurança das brincadeiras
- ✓ Dentição - higiene
- ✓ Estimular a erigência e andar e a falar
- ✓ Lidar com as birras - necessidade de habituar a horários, regras e estabelecer limites



CONSULTA DOS 15 MESES

AVALIAR:

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Dentição ([anexo 4](#))
5. Desenvolvimento - Teste de Sheridan ([anexo 3](#))



Alimentação

- Número, quantidade e qualidade das refeições (pequeno almoço, lanche e meio da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar, e pequeno lanche antes de dormir)
- Alimentação da família com pouco sal, açúcar e gorduras

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Alimentação da criança (alimentos pequenos, duros e lisos podem provocar engasgamento e sufocação)
- ✓ Ensinos sobre erros alimentares mais frequentes
- ✓ Aconselhar leite de vaca meio gordo/gordo ultrapasteurizado só após os 12 meses, se não existirem contra-indicações
- ✓ Redução do apetite e crescimento mais lento características desta fase
- ✓ Prevenção de acidentes - marcha - (quedas, queimaduras, intoxicações) e transporte em segurança
- ✓ Segurança da habitação (atenção pontas de toalhas, canto das mesas, pegas das tachas)
- ✓ Escolha, higiene e segurança dos brinquedos
- ✓ Dentição - higiene
- ✓ Lidar com as birras - necessidade de habituar a horários, regras e estabelecer limites
- ✓ Estimulação cognitiva e social da criança

VACINAÇÃO (PNV - [anexo 5](#))

- VA5PRI
- MenC III
- Vacinas extra-plano se indicação ([anexo 7](#))

♦ Registrar e marcar as seguintes

CONSULTA DOS 18 MESES

AVALIAR:

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Dentição
5. Desenvolvimento - Teste de Sheridan (anexo 3)



IDADE	DESENV. PSICO - MOTOR	SINAIS DE ALARME
15 Meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usa colher ✓ Anda 	<ul style="list-style-type: none"> > Não consegue levar a colher à boca
18-24 Meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anda sozinho ✓ Dá pontapé à bola ✓ Coloca cubos no caixão ✓ Utiliza chavena e colher 	<ul style="list-style-type: none"> > Não anda > Anda sempre nas pontas dos pés; > Não pega em nenhum objecto entre o polegar e o indicador > Não responde quando o chamam > Não constrói nada (legos) > Não compreende o que se lhe diz > Não pronuncia palavras > Não procura imitar

Alimentação

- Nº, quantidade e qualidade das refeições
- Alimentação da família com pouco sal, açúcar e gorduras

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Ensinos sobre erros alimentares mais frequentes
- ✓ Prevenção de acidentes (quedas, queimaduras, intoxicações) e transporte em segurança
- ✓ Segurança da habitação
- ✓ Escolha, higiene e segurança das brincadeiras
- ✓ Dentição - higiene
- ✓ Lidar com as birras - necessidade de habituar a heróias, regras e estabelecer limites
- ✓ Estimulação cognitiva e social da criança

VACINAÇÃO (PNV - anexo 5)

- DTPa+Hib4
- Vacinas extra-plano se indicação (anexo 7)
- ⊖ Registrar e marcar as seguintes



CONSULTA DOS 24 MESES/ 2 ANOS



AVALIAR:

1. Peso
2. Comprimento
3. Perímetro cefálico
4. Índice de massa corporal
5. Dentição (**anexo 4**)
6. Desenvolvimento - Teste de Sheridan (**anexo 3**)

SINAIS DE ALERTA	<ul style="list-style-type: none">> Não anda;> Deita os objectos fora;> Não constrói nada;> Não parece compreender o que se lhe diz;> Não pronuncia palavras inteligíveis;> Não se interessa pelo que está em seu redor (não estabelece contacto);> Não procura imitar;> Estrabismo.
-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Alimentação

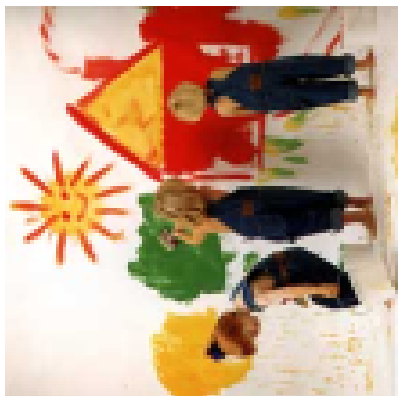
- Nº, quantidade e qualidade das refeições
- Alimentação da família com pouco sal, açúcar e gorduras

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Ensinos sobre erros alimentares mais frequentes
- ✓ Prevenção de acidentes
- ✓ Prevenção de intoxicações - tempos de espera: produtos químicos fora do alcance da criança; informar sobre CIAV (Centro de Informação Anti-Venenos) 808250143
- ✓ Dentição - higiene
- ✓ Estimulação cognitiva e social da criança
- ✓ Desmama da chupeta
- ✓ Treino do "baciô", sem pressionar a criança;
- ✓ Calçado adequado
- ✓ Líder em as birras - necessidade de habituar a horários, regras e estabelecer limites: não ceder a "chantagem"- "idade do não"
- ✓ Horários para ver televisão
- ✓ Horário de deitar; ansiedade da separação; terrores noturnos
- ✓ Partilha dos tempos livres em família (passatempo, desenhos, contar histórias)



CONSULTA DOS 3 ANOS



AVALIAR:

1. Peso
2. Estatura
3. Índice de massa corporal
4. Dentição (**anexo 4**)
5. Tensão arterial
6. Desenvolvimento - Teste de Sheridan (**anexo 3**)

Alimentação

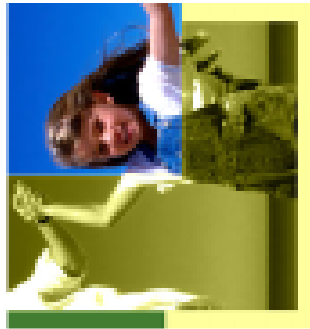
- Hábitos alimentares da família (atenção a erros alimentares, refrigerantes só em dias "de festa")

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Ensinos sobre erros alimentares mais frequentes
- ✓ Prevenção de acidentes
- ✓ Dentição - higiene
- ✓ Desmame da chupeta e biberão
- ✓ Controle de estímulos
- ✓ Comportamento da criança na creche - birras, ciúmes, conflitos
- ✓ Estimular a linguagem (pronunciar corretamente as palavras, falar com ela acerca do seu dia-a-dia, ler livros/histórias)
- ✓ Horários para ver televisão
- ✓ Partilha dos tempos livres em família
- ✓ Distinguição entre o sexo feminino e masculino (início da descoberta do sexo oposto)

3 ANOS

CONSULTA DOS 4 ANOS



AVALIAR:

1. Peso
2. Estatura
3. Índice de massa corporal
4. Tensão arterial
5. Dentição ([anexo 4](#))
6. Lateralidade
7. Desenvolvimento - **Teste de Sheridan (anexo 3)**

IDADE	DESENV. PSICO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
4 -5 anos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salta ao "pé coxinho" ✓ Sobe abertor botões ✓ Recorta ao longo dum fio lizo ✓ Copia o círculo e o cruz ✓ Brinca ✓ Constrói frases para exprimir ideias 	<ul style="list-style-type: none"> > Hiperactivo, dificuldade de concentração > Linguagem incompreensível, gaguez > Estrabismo ou suspeita de perturbações/défice de visão > Suspeita de perturbação/défice de audição

Alimentação

- Hábitos alimentares da família

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Ensinos sobre erros alimentares mais frequentes
- ✓ Prevenção de acidentes
- ✓ Dentição - higiene
- ✓ Linguagem da criança - idade da fantasia, imaginação muito fértil
- ✓ Nernel descoberta e manipulação dos órgãos genitais
- ✓ Horários para ver televisão e selecção dos conteúdos
- ✓ Actividades desportivas benéficas (natação, etc)
- ✓ Partilha dos tempos livres em família

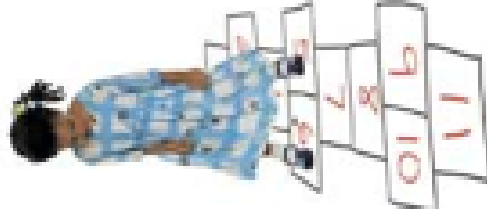


4 ANOS

CONSULTA DOS 5-6 ANOS

AVALIAR:

1. Peso
2. Estatura
3. Índice de massa corporal
4. Perímetro abdominal
5. Dentição
6. Tensão arterial
7. Audição
8. Linguagem
9. Visão
10. Postura
11. Lateralidade
12. Desenvolvimento - Teste de Sheridan (**anexo 3**)



- ❖ Exame global de saúde antes do início da escolaridade obrigatória - Registo no SAPE

Alimentação

- Hábitos alimentares da família

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Ensinos sobre erros alimentares mais frequentes
- ✓ Dentição e higiene - escovagem correta
- ✓ Incentivar a 1ª consulta do dentista
- ✓ Curiosidade intelectual, idade dos "porquês" - pais devem responder de forma simples e verdadeira
- ✓ Incentivar atividades extra-escolares - desportos, leitura, etc.
- ✓ Prevenção de acidentes - afogamentos, quedas, atropelamentos

- ✓ Horários para ver televisão
- ✓ Necessidade de pelo menos 10 horas de sono
- ✓ Atividades escolares
- ✓ Emuresse noturna
- ✓ Viajar em segurança no automóvel e em autocarros escolares
- ✓ Condições de segurança em parques infantis
- ✓ Regras básicas de comportamento

VACINAÇÃO (PNIV - anexo 5)

- DTPa5+VIP4
- VASPR2
- ⇄ Registrar e marcar as seguintes



CONSULTA DOS 8 ANOS

AVALIAR:

1. Peso
2. Estatura
3. Índice de massa corporal
4. Dentição (**anexo 4**)
5. Tensão arterial
6. Audição
7. Linguagem
8. Visão
9. Postura
10. Lateralidade



IDADE	DESENV. PSICO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
6 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> ✓Melhora o equilíbrio ✓É ativo e impulsivo ✓Começa a aprender a ler e a escrever em manuscrito ✓Usa ambas as mãos com independência ✓Orienta-se no tempo e no espaço ✓Deixa o egocentrismo 	<ul style="list-style-type: none"> > Não consegue fazer habilidades > É apático e desinteressado > Não distingue a mão esquerda da direita > Não consegue ler nem escrever > Mantém-se centrado em si

Alimentação

- Hábitos alimentares da família
- Alimentação na escola
- Importância de um pequeno-almoço completo

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Hábitos de estudo - papel dos pais
- ✓ Prevenção de acidentes - atropelamentos, quedas, atropelamentos, etc.
- ✓ Segurança enquanto passageiro e enquanto peão
- ✓ Ocupação de tempos livres

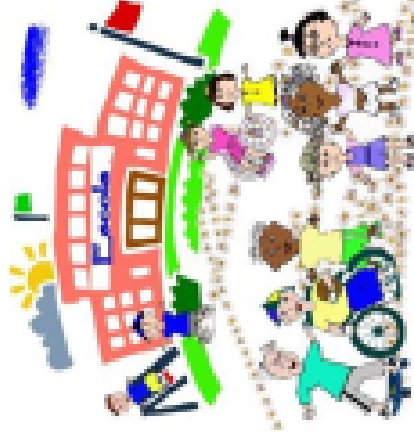
Não tem vacinação, relembrar os seguintes



CONSULTA DOS 10 - 13 ANOS

AVALIAR:

1. Peso
2. Estatura
3. Índice de massa corporal
4. Dentição
5. Tensão arterial
6. Audição
7. Visão
8. Postura
9. Lateralidade
10. Transformações pubertárias



- ◊ Exame global de saúde antes do início do 3º ciclo do ensino básico - Presenchimento da Ficha de Ligação Médica da família/Saúde escolar

IDADE	DESENV. PSÍCO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
Adolescência	<ul style="list-style-type: none">✓ Descoordenação✓ Postura deficiente✓ Canal-se facilmente	<ul style="list-style-type: none">> Não aprender a viver com "o seu novo corpo"> Não correção da postura> Não se torna ativo

Alimentação

- Hábitos alimentares
- Necessidades nutricionais
- Escolha de alimentos menos saudável - pressão do grupo de amigos
- Importância de um pequeno-almoço completo

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Transição para o 5º ano - etapa mais exigente para a criança.
- ✓ Grupos de amigos e consumo nocivos - sensibilização da criança/pais para a prevenção de consumo nocivos
- ✓ Promoção da segurança e prevenção de acidentes (piscinas, praias, parques infantis)
- ✓ Sexualidade
- ✓ Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor
- ✓ Ocupação de tempos livres
- ✓ Encaminhamento para consulta de planeamento familiar, se necessário

VACINAÇÃO (PNV - anexo 5)

- Td
- VASPR2 - a nascer antes de 1993
- VHB (1,2 e 3) - esquema 0, 1, 6 meses, a nascer antes de 1999
- HPV - Jovens do sexo feminino com 13 anos
- ❖ Registrar e marcar as seguintes



CONSULTA DOS 15 - 18 ANOS

AVALIAR:

1. Peso
2. Estatura
3. Índice de massa corporal
4. Dentição
5. Tensão arterial
6. Audição
7. Visão
8. Postura
9. Lateralidade
10. Desenvolvimento



IDADE	DESENV. PSICO-MOTOR	SINAIS DE ALERTA
Fim da adolescência	<ul style="list-style-type: none">✓ Aumento da energia✓ Aumento das habilidades e da coordenação motora	<ul style="list-style-type: none">> Inércia> Manutenção da descoordenação

Alimentação

- Hábitos alimentares - atenção aos distúrbios alimentares (anorexia, bulimia)
- Necessidades nutricionais
- Escolha de alimentos menos saudável - pressão do grupo de amigos
- Importância de um pequeno-almoço completo

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- ✓ Grupos de amigos e consumo nocivos - inculcar o direito a dizer "não"
- ✓ Promoção da segurança e prevenção de acidentes
- ✓ Benefícios da prática desportiva regular
- ✓ Sexualidade
- ✓ Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor
- ✓ Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada
- ✓ Encaminhamento para consulta de planeamento familiar, se necessário
- ✓ Ocupação de tempos livres
- ✓ Tempo de crescimento - físico e psicológico - os pais devem ser capazes de respeitar esse crescimento e estar atentos aos sinais de alerta



BIBLIOGRAFIA

BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert M.; ARVIN, Ann M. - Tratado de pediatria. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

BOLETIM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL. Ministério da Saúde, 2001.

LISSAUER, Tom; CLAYDEN, Graham - Manual ilustrado de pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO 2006. Direcção-Geral da Saúde, 2006.



Trabalho Elaborado por: Sofia Silva
(Aluna do Mestrado em Enfermagem com
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
da Universidade Católica do Porto)

ANEXO 1
O EXAME FÍSICO DO RN



Exame Físico de RN

(deve ser realizado com o RN despido, em condições térmicas satisfatórias)

Observação geral: Avellar a postura, atividade espontânea, tônus muscular; características da respiração, fócies, estado de hidratação, estado consciencial;

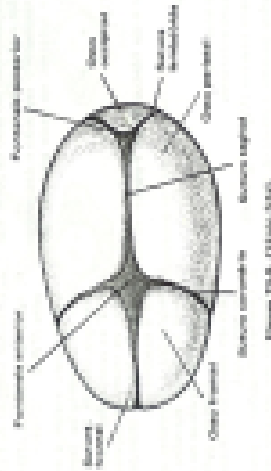
Pele: Coloração rosada, palidez supers geralmente a existência de anemia e/ou vasoconstricção periférica; cianose generalizada (geralmente causada por patologia cardio-respiratória); icterícia; eritema tóxico, millium sebáceo, edema, outras alterações; hematomas, petéquias.

Fontanela: Posterior: formato triangular, mede entre 0,5 e 1cm deve fechar até aos 3^o mês de idade;

Anterior: formato losango, mede entre 4/5cm ao nascer, mede 4 cm aos 4^o mês, mede 1cm ao ano de idade, deve encerrar até aos 18 meses

• O encerramento normal das fontanelas anterior e posterior e de todas as suturas está em estreita relação com o crescimento normal da cabeça;

• Fontanela tensa e abaulada pode ser sinal de um quadro infeccioso, fontanela deprimida pode ser sinal de desidratação)



Cabeça: Morfologia (pode apresentar deformidades transitórias dependentes da apresentação cefálica e do próprio parto); Suturas após o parto, o afastamento das suturas pode estar diminuído devido ao encolhimento dos ossos do crânio, sem significado patológico; Cranioestenose (soldadura precoce de uma ou mais suturas cranianas provocando deformidade e HIC; alterações ósseas craniotabes (zona de téguas ósseas depressivas), a sua persistência até 3^o mês requer investigação).

Olhos: Observar sobrancelhas, cílios, movimentos palpebrais; secreções oculares, hemorragias conjuntivais; Pupila: tamanho(midriase, miase), reação à luz (leucocoria, anisocoria), presença de estrabismo não tem significado nesta idade.

Exame Físico do RN (continuação)

Orelhas: Observar forma, tamanho, simetria, implantação e papilomas pré auriculares;
Nariz: Observar a forma, permeabilidade das conchas, presença de secreções;
Boca: Observar a conformação do palato (presença de fenda palatina), presença de dentes, lábios (lábio leporino); desvio da comissura labial que pode estar associado a paralisia facial por traumatismo do parto; micrognatia e retrognatia; Visualizar úvula, tamanho da língua e freio lingual;
Pescoço: Explorar mobilidade, tônus e alterações;
Tórax: O tórax do RN é cilíndrico e o ângulo costal é de 90°. Observar simetria, mamas (ingurgitamento). A respiração é abdominal, a FR cerca de 40cpm; Observar sinais de SDR;
Cardiovascular: Fe varia 120 a 160 bpm;
Abdômens: Vigiar distensão abdominal; Coto umbilical (mumificação, cheiro, presença de sinais inflamatórios)/ anafalaxia; Observar sistematicamente o orifício anal;
Estado da pele e mucosas: Hidratação;
Genitália: Masculino: a palpação da bolsa escrotal permite verificar a presença ou ausência dos testículos; Hidrocele, fimose; Feminino: os pequenos lábios e clitóris estão proeminentes, pode aparecer nos primeiros dias secreção esbranquiçada e às vezes hemorrágica, pesquisar aderência dos pequenos lábios;
Coluna Vertebral: examinar a coluna especialmente na área sacrolombar, percorrendo com os dedos a linha média (espinha bifida, mielomeningocele e outros defeitos)
Extremidades: os dedos devem ser examinado (polidactilia, sindactilia); atividade espontânea; pesquisa de simetria das pregas da face posterior da coxa e subglúteas, posição do pé (pé bato ou valgo), presença de alterações.
Exame neurológico: o exame neurológico compreende a observação da atitude, reatividade, tônus, movimentos e reflexos do RN; deve-se pesquisar os reflexos de Moro, Sucção, Preensão palmar, tônus do pescoço, Extensão cruzada dos membros inferiores, endireitamento do tronco e marcha automática - anexo 4



ANEXO 2
O DESENVOLVIMENTO PONDERAL DA CRIANÇA



Desenvolvimento Ponderal da Criança

Aumento de peso e estatura

- ❖ Nos 1^os 10 dias de vida a criança pode perder até 10% do seu peso depois deve começar a recuperar. O aumento de peso é em média 30x35 g/dia durante os primeiros meses;
- ❖ Entre o 4-5 mês o peso do bebé é +/- o dobro do nascimento;
- ❖ Aos 12 meses o seu peso triplica e cresce +/- 25cm desde o nascimento;
- ❖ Entre o 1^o e 2^o ano de vida a criança passa por uma fase em que o seu desenvolvimento abranda, em que regra geral come mal que é conhecida por anorexia fisiológica do 1^o ano de vida;
- ❖ Ao 2^o ano de vida o seu peso é 4 vezes mais e a estatura aumentou aproximadamente 35cm;
- ❖ Ao 3^o ano de vida tem a altura de metade de um adulto e um ganho ponderal de aproximadamente 2kg/ano até aos 5 anos
- ❖ Dos 5-10 anos o ritmo de crescimento é lento e contínuo. Tem um ganho ponderal de +/- 3,18kg/ano e estatura de 7cm/ano;
- ❖ Dos 11-18 anos o ritmo de crescimento é rápido;
- ❖ Nas raparigas o ganho mais rápida do peso ocorre regra geral no ano que antecede a menarca.

ANEXO 3
TESTE DE SHERIDAN



TESTE DE SHERIDAN [18 MESES – 6 ANOS]

	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> - Anda livre; - Aprende a temporear de objectos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Corre; - Salta e desce com os 2 pés no mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio voluntário num pé; - Salta e desce as escadas alternadamente. (Desce alternadamente num pé, depois o outro). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pula num só pé por 10 a 15 segundos; - Salta e desce as escadas alternadamente; - Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fica num pé de 3 a 5 segundos, com as pernas abduzidas sobre o pé; - Salta alternadamente num pé.
VISÃO E MOTRICIDADE FINA	<ul style="list-style-type: none"> - Conta 6 blocos de 3 cubos; - Faz rotacões no sentido horário e anti-horário por um lado; - Usa um livro de histórias e tenta ver as páginas de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói torre de 8 cubos; - Imita rotacões circulares; - Conta de 1 a 3; tenta ver uma página de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói torre de 9 cubos; - Imita (3 anos) e copia (3 anos e meio) o pontar de 3 cubos; - Copia o círculo; - Imita a cruz; - Constrói 2 torres, colocando a vermelha e a amarela por dentro e a azul e o verde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói escada de 8 cubos; - Copia a cruz; - Constrói a metade 4 cores básicas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói a escada com 10 cubos; - Copia o quadrado e o triângulo; - Conta 8 cubos de uma única vez; - Nomeia 4 cores.
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais; - Mostra em si os seus pontos de vista, o objecto, o que se espera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz o primeiro nome; - Faz palavras simples livres. Junta duas ou mais palavras distribuídas frases curtas; - Linguagem incompreensível mas com palavras; - Nomeia objectos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diz o nome completo de 6 itens; - Vocabulário estendido mais pouco compreensível por estranhos; - Definição da articulação e significado de palavras; 	<ul style="list-style-type: none"> - Salta o nome completo de 6 objectos e 6 acções naturalmente e com facilidade; - Linguagem compreensível; - Aprende algumas palavras novas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Salta o nome completo de 6 objectos, 6 acções, 6 estados naturalmente e com facilidade; - Vocabulário fluente e compreensível com alguns erros;
COMPROMETIMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Brinca por um tempo sem interacção social e levanta o tom quando irritado; - Segura e coloca o livro sobre a base; - Não gosta que lhe peguem ao colo; - Exige muita atenção; - Imita actividades de 1 ao 30. 	<ul style="list-style-type: none"> - Põe o copo e os papéis; - Usa livro e colher; - Brinca por um tempo sozinho no lugar não estruturado; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode brincar sozinho no chão, desordenadamente e repetidamente; - Vai sozinho ao WC; - Corre com colinho e garfo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Põe vestidas e despias, com o copo e o abridor de latas de leite; - Conta de brincar com crianças de igual idade; - Sabe esperar pelo seu vez; 	<ul style="list-style-type: none"> - Vestido só; - Usa os objectos e o colar, limpa-se só; - Escolhe os amigos; - Compreende as regras do jogo;

ANEXO 4
A DENTIÇÃO



Dentição da Criança

Dentição:

✓ Entre os 6-7 meses aparecem os 1ºs dentes - 2 incisivos centrais inferiores



✓ Aos 7-9 meses os 4 incisivos superiores



✓ Aos 12 meses os 2 incisivos laterais inferiores



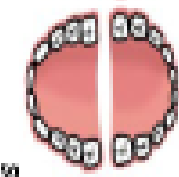
✓ Aos 14 meses os 4 molares



Dentição da Criança

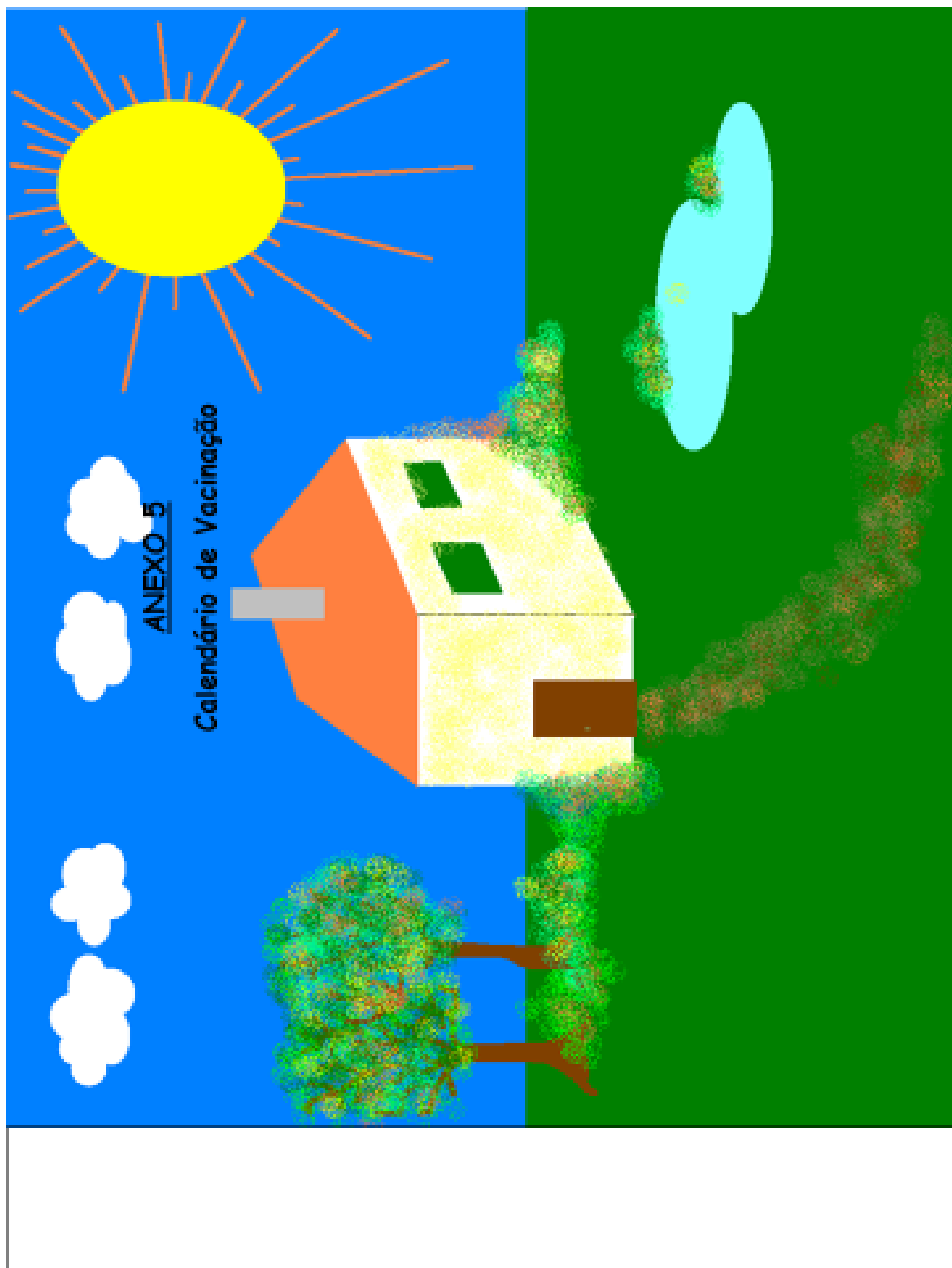
Dentição:

- ✓ Aos 18 meses os 4 caninos
- ✓ Aos 2 $\frac{1}{2}$ anos ficam com a 1ª dentição completa com o nascimento dos 4 segundos molares



Dentição definitiva:

- ✓ Aos 6/7 anos até aos 14 anos começam a mudar a dentição à média de 4 dentes por ano
- ✓ Aos 18 anos nascem os dentes do siso



**Programa Nacional de Vacinação, 2008
Esquema recomendado**

Vacinas contra	Meses										Total de vacinas (a/b/c) anos	
	0 ano- cumprido	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos		
Tuberculose	BCG											
Poliomielite		VP-1		VP-2		VP-3			VP-4			
Difteria - Tétano - Pertussis		DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5		DTPa 6a	DTPa 6b
Infecções por <i>Meningococcus</i> e <i>Streptococcus</i>		IM-1		IM-2		IM-3		IM-4				
Hepatite B	VIH-1	VIH-2				VIH-3				VIH-4a	VIH-4b	
Sarampo - Parotidite - Rubéola									VAZM-1	VAZM-2		
Doença Meningocócica C			MenC-1		MenC-2							
Infecções por Vírus do Papiloma Humano												VP-23

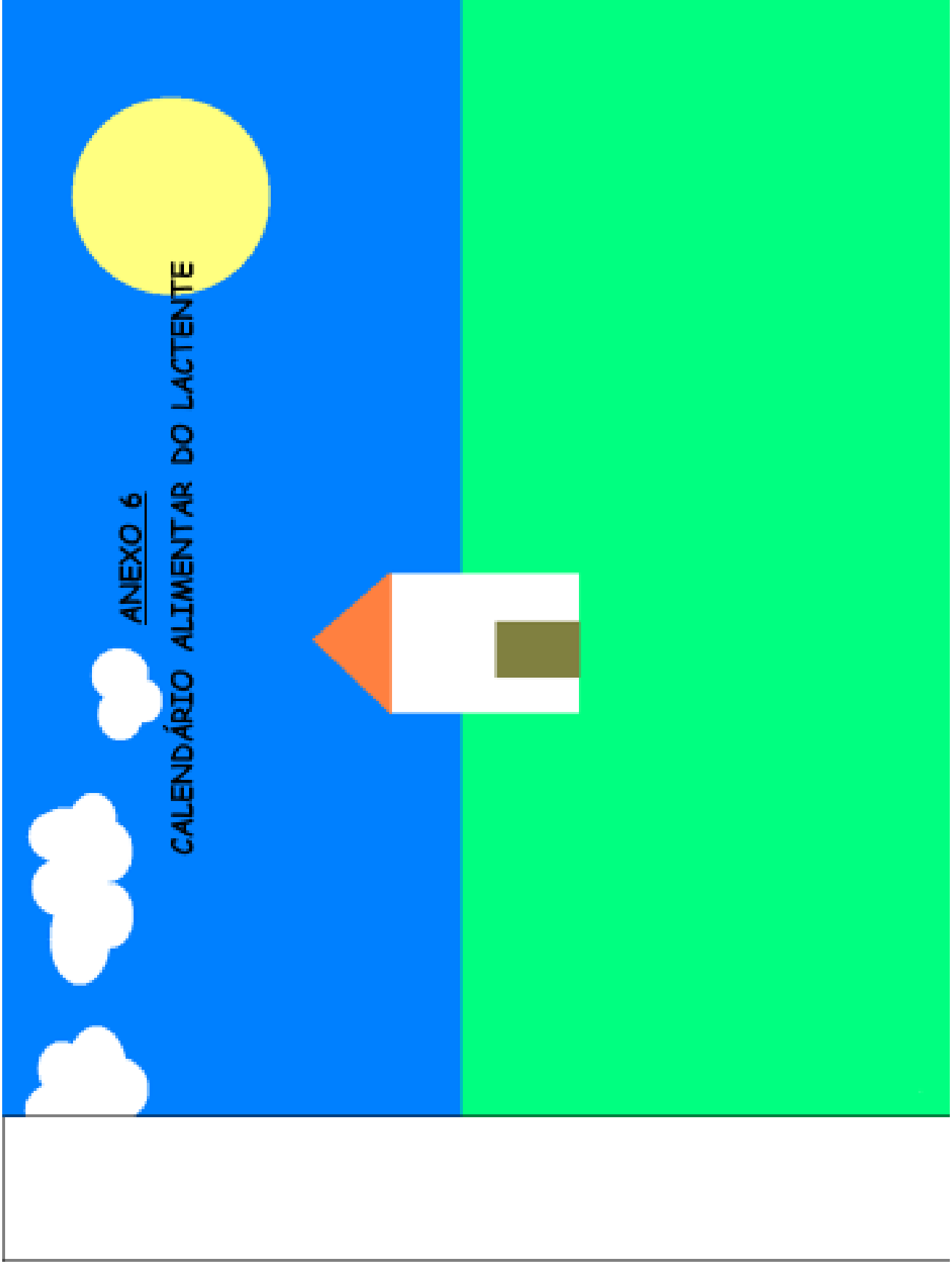
(a) VIH-4b aplica-se aos nascidos a partir de 1998, não vacinados, segundo o esquema (a) e (b) meses.

(b) VAZM-2 aplica-se apenas aos nascidos a partir de 1999, não vacinados, segundo o esquema (a) e (b) meses.

Calendário vacinação/locais de vacinação			
RN	BCG VHB1		Braço esquerdo Coxa direita
2 meses	DTPaHibVip VHB2	Engerix B0 Pentaxiv ou Infanrix (rosa)	Coxa esquerda Coxa direita
3 meses	Men C I	Neisvac ou Menjugate	Coxa esquerda
4 meses	DTPaHibVipII	Manter vacina administrada anteriormente	Coxa esquerda
5 meses	Men C II	Manter vacina administrada anteriormente	Coxa direita
6 meses	DTPaHibVip III VHBIII	Manter vacina administrada anteriormente	Coxa esquerda Coxa direita
15 meses	VASPR (viva) Men C III	MMRII Manter vacina administrada anteriormente	Braço direito Braço esquerda
18 meses	DTPaHib IV	Infanrix Hib (verde)	Braço esquerdo
5/6 Anos	DTPaVip V VASPR	Tetravac	Braço esquerdo Braço direito
10 - 19 Anos	Td VASPR (antes de 93) VHB1,II,III HPV		Braço esquerdo Braço direito Braço direito Braço esquerda
10 /10 Anos	Td VI	Gardasil	Braço esquerdo

ANEXO 6

CALENDÁRIO ALIMENTAR DO LACTENTE



Leis fundamentais da alimentação

1 - Lei da quantidade:

A quantidade de alimentos deve ser suficiente para cobrir as exigências energéticas do organismo e manter o equilíbrio do seu balanço

2 - Lei da qualidade:

O regime alimentar deve ser completo na sua composição para oferecer ao organismo, que é uma unidade indivisível, todas as substâncias que o integram

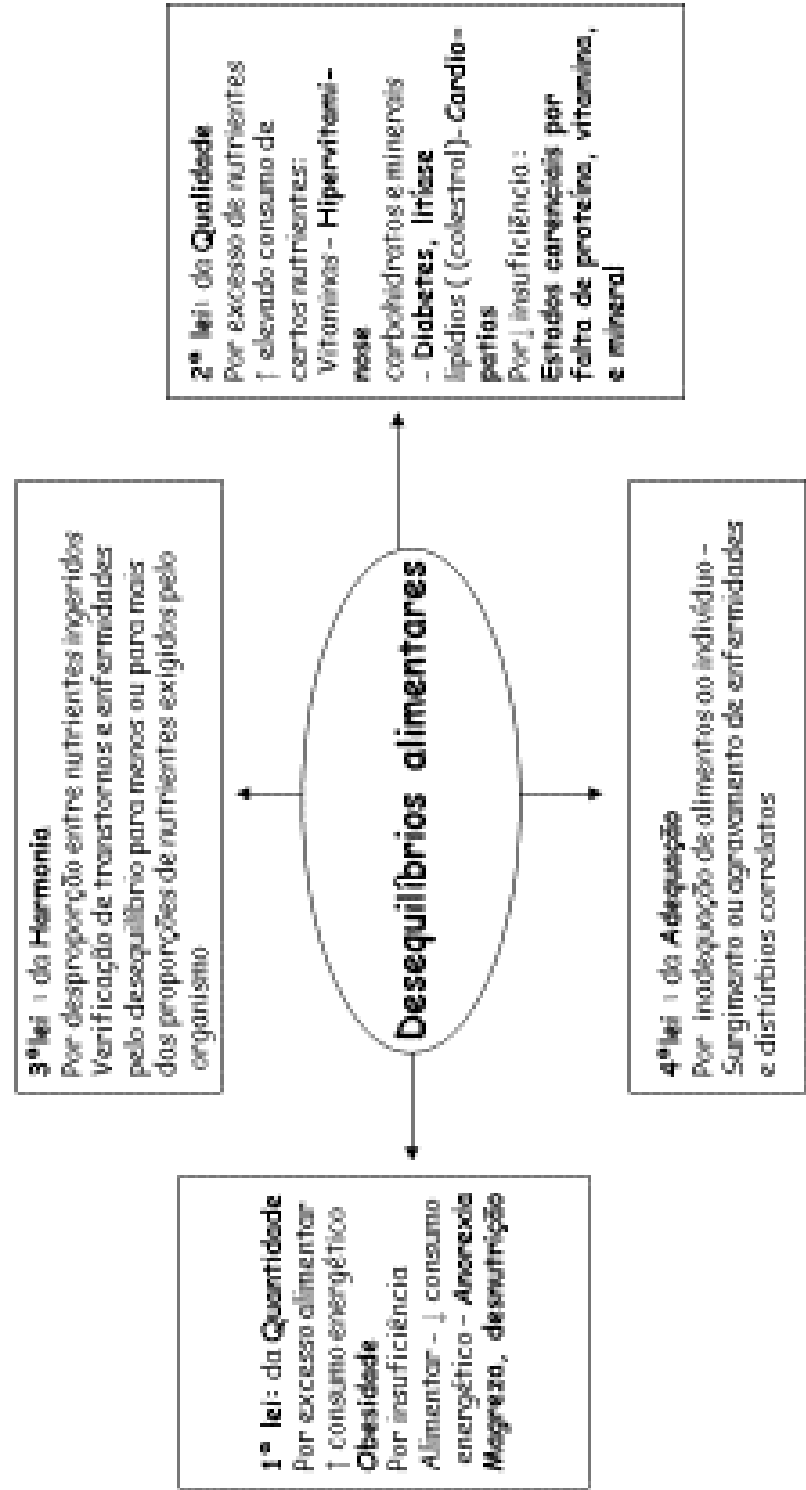
3 - Lei da harmonia:

As quantidades dos diversos nutrientes que integram a alimentação devem guardar uma relação proporcional entre si

4 - Lei da adequação:

A alimentação deve ser adequada às necessidades do organismo, de acordo com as condições fisiológicas ou patológicas do indivíduo

CONSEQUÊNCIAS DA INFRACÇÃO DAS LEIS DA ALIMENTAÇÃO



Aos 6 meses

Aos 6 meses – papa lática com glúten que deve ser dada à colher;

Aos 6 meses – Sopa de Legumes:

- Deve iniciar por um caldo simples feito com cenoura ou abóbora, e pequenas quantidades de batatas ou arroz;
- Após a 1ª semana, introduzir outros legumes: iniciar pela alface, couve branca, peca ou tranchuda, folha verde do alho francês, cebola, agrião (só de estufa);
- Não adicionar sal (até aos 12 meses);
- Depois de cozido e passado adicionar um fio de azeite em cru;

Fruta:

- Pêra, maçã e banana.

Aos 7 meses

Introdução da carne na sopa:

- Iniciar pelas carnes brancas (frango, peru e coelho). Posteriormente borrego e vitela. Não ultrapassar os 30/40 g/dia;
- Deve, numa fase inicial, após a cozedura retirar a carne antes do processo de trituração;

Papa com glúten;

Pão de trigo;

Bolachas (maria, torrada, água e sal).

Farinha de pau;

Purê;

Massa;

Agordo;

Sumo de laranja ou outro cítrico;

Pêssego, uva, ameixa, cereja e melão.



6 Meses

9 Meses

- ❖ Carne de porco (fibra sem gordura visível);
- ❖ Peixe;
- ❖ Gema de ovo (começar com $\frac{1}{2}$ uma vez por semana);
- ❖ Espinafre, nabo, beterraba;
- ❖ Iogurte natural.



12 meses

- ❖ Leite de Vaca
- ❖ Leguminosas:
 - ervilhas
 - lentilhas
 - feijão
- ❖ Claro de ovo
- ❖ Morangos, framboesa, amora
citrinos (laranja)
- ❖ Couve galega
- ❖ Mel
- ❖ Introdução da dieta alimentar
progressivamente



ANEXO 7

Vacinação Extra - Plano



PREVENAR (PN13) e SYNFLORIX (PN10)

•O esquema de vacinação terá de ser definido pelo Pediatra da criança;

•Os esquemas habituais são:

- ✓ 2, 4 e 6 meses com reforço aos 15 meses
- ✓ 3, 5 e 7 meses com reforço aos 18 meses



Vacina	RotaTeq®	Rotarix®
<p>Esquema de vacinação</p>	<ul style="list-style-type: none"> -3 doses orais -1ª dose 6-12 semanas -2, 4 e 6 meses -Mínimo 4 semanas entre doses -Nunca após 26 semanas -Completar esquema com a mesma vacina -Sem restrições dietéticas 	<ul style="list-style-type: none"> -2 doses orais -1ª dose > 6 semanas -2ª dose > 10-24 semanas -Mínimo de 4 semanas entre doses -Nunca após 26 semanas -Completar esquema com a mesma vacina

Intervalos entre múltiplas doses da vacina HPV

Para a vacina HPV tetravalente devem ser respeitados intervalos mínimos de 1 mês entre a primeira e a segunda dose e de 3 meses entre a segunda e a terceira dose (RCM).



APÊNDICE II

Material de apoio utilizado na AES:
Primeiros Socorros para Crianças



Plano da Sessão – Primeiros Socorros

25 de Novembro de 2010 Escola EB1 Vilar de Andorinho – Escola do Vilar																	
Duração Total da Sessão	60 minutos																
Grupo-alvo	Crianças do 4.º ano a frequentar a Escola EB1 de Vilar																
Disruptores	Elisabete Oliveira e Sofia Silos																
Objetivo Geral:	Que as crianças com idades compreendidas entre os 8 e 9 anos de idade a frequentar o 4.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico da Escola do Vilar demonstrem conhecimentos e capacidades acerca de Primeiros Socorros																
Objectivos Específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Elucidar importância dos Primeiros Socorros; • Identificar os Serviços de Prestação de Socorro na Instituição; • Permitir que crianças reconheçam as situações com necessidade de Primeiros Socorros; • Promover a aquisição de conhecimentos sobre a prática de Primeiros Socorros em situações particulares; • Dotar de capacidades para realizar Primeiros Socorros nas várias situações apresentadas; • Promover a capacidade de decisão e de comportamentos adequados. 																
Fases da Sessão	Conteúdos																
Introdução	Apresentação das enfermeiras do Serviço de Primeiros Socorros.																
Desenvolvimento	<p>Apresentação (simulação) de exemplos de situações com necessidade de primeiros socorros como queda com trauma aberto e fechado da cabeça, membros superiores e inferiores e hemorragia nasal - apelar à participação de um aluno para cada situação;</p> <p>Demonstração de como proceder em cada situação apresentada;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p>																
Conclusão	<p>Síntese da sessão;</p> <p>Avaliação de conhecimentos das crianças sobre primeiros socorros.</p> <p>Entrega de diploma.</p>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Métodos/ Técnicas</th> <th>Recursos</th> <th>Tempo</th> <th>Avaliação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Expositivo Activo</td> <td>Mala de Primeiros Socorros</td> <td>5 min</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expositivo Demonstrativo Activo/ Brainstorming/ Dinâmica de grupos</td> <td> Mala de Primeiros socorros com: - Compressas esterilizadas; - Soro fisiológico; - Iodopovidona dérmica; - Ligaduras de tamanhos variados; - Adesivos; - Pensas rápidas; - Talas. </td> <td>45 min</td> <td> Observação directa da participação das crianças. Avaliação da comunicação verbal e não verbal </td> </tr> <tr> <td>Expositivo</td> <td>Logo de correspondência Diplomas</td> <td>10 min</td> <td>Avaliação final</td> </tr> </tbody> </table>	Métodos/ Técnicas	Recursos	Tempo	Avaliação	Expositivo Activo	Mala de Primeiros Socorros	5 min		Expositivo Demonstrativo Activo/ Brainstorming/ Dinâmica de grupos	Mala de Primeiros socorros com: - Compressas esterilizadas; - Soro fisiológico; - Iodopovidona dérmica; - Ligaduras de tamanhos variados; - Adesivos; - Pensas rápidas; - Talas.	45 min	Observação directa da participação das crianças. Avaliação da comunicação verbal e não verbal	Expositivo	Logo de correspondência Diplomas	10 min	Avaliação final
Métodos/ Técnicas	Recursos	Tempo	Avaliação														
Expositivo Activo	Mala de Primeiros Socorros	5 min															
Expositivo Demonstrativo Activo/ Brainstorming/ Dinâmica de grupos	Mala de Primeiros socorros com: - Compressas esterilizadas; - Soro fisiológico; - Iodopovidona dérmica; - Ligaduras de tamanhos variados; - Adesivos; - Pensas rápidas; - Talas.	45 min	Observação directa da participação das crianças. Avaliação da comunicação verbal e não verbal														
Expositivo	Logo de correspondência Diplomas	10 min	Avaliação final														

AES : Intervenção em Contexto Escolar

Escola de Vilar

ORIENTAÇÕES PARA SESSÃO

Duas enfermeiras entram na sala de aula (a correr e a dizer “tinoni”) e uma pergunta:

SOFIA - Quem é que nos chamou? Telefonaram para o 112?

Alunos (A) – Nãaooo!

ELISABETE – Como é possível? Não pode ser brincadeira. Isto é muito sério. Vamos ter de fazer qualquer coisa. Vamos fazer ensinar a prestar primeiros socorros. Querem fazer de conta?

A - Siiiiim

SOFIA – Repara, aquela menina parece que está a deitar sangue pelo nariz. Vem cá, por favor! Vamos já tratar disso. Anda para aqui. Vou calçar as luvas (acabei mesmo agora de lavar as mãos) e tu Elisabete podias preparar a mesa com o material.

Elisabete utiliza a secretária como mesa e prepara o material de primeiros socorros

SOFIA- Carrega na tua narina com estes dois dedos e vamos tentar parar esta hemorragia. Põe a cabeça para baixo.

Parou? Já não deita sangue? Ainda bem. Se não parasse tínhamos de pôr gelo e uma compressa na narina para fazer tamponamento (MOSTRAR).

ELISABETE pergunta:

Vamos ver se aprenderam: Então como se faz quando alguém está a deitar sangue pelo nariz?

A - Carregar na narina para parar a hemorragia. Pôr a cabeça para baixo. Colocar gelo e colocar compressa se demorar a passar. Calçar sempre luvas.

SOFIA ajuda e repete, de forma a que a resposta fique certa.

SOFIA - Como estes meninos aprenderam bem vamos ensinar-lhes mais coisas.

ELISABETE- Sabiam que Primeiros Socorros são a primeira ajuda que se presta quando alguém tem uma queda, um acidente ou uma doença? Claro que se isto acontecer devem chamar logo um adulto. Mas é sempre bom saber o que fazer.

SOFIA– Ontem vi um filme onde dois meninos na escola caíram no recreio: Um fez um hematoma na cabeça - “galo”! O outro ficou a deitar sangue do joelho.

Quem quer vir aprender a tratar o hematoma na cabeça? Sabem como se faz?

A – Respondem.

Elisabete – Comenta as respostas com o improviso necessário

SOFIA – O “galo” precisa de ficar muito fresquinho, por isso lá vai o gelo. Pode ser que o galito não cante à meia-noite... Ah! Ah! E como é na cabeça temos de estar atentos para ver se ficamos mal dispostos, com vontade de vomitar ou com muito soninho. Se isso acontecer temos sempre que dizer a um adulto.

ELISABETE – E a ferida quem quer vir tratar? Dois meninos. Um faz de conta que tem a ferida e o outro vai ser o socorrista.

A – 2 alunos participam.

SOFIA – Doi muito? O nosso socorrista vai ajudar. O melhor é usar o material necessário que está na mesa. Então como vamos fazer?

ELISABETE – Tratar feridas. Muito bem, primeiro vamos primeiro calçar luvas.

Depois vamos proteger a ferida com compressas esterilizadas. Sabem o que são as compressas? (*mostrar para que todos vejam*). Sabem **NUNCA devem usar algodão, para não deixar “pelos” na ferida.**

Agora vamos limpar a pele à volta da ferida com soro fisiológico ou com água e sabão. Começar a lavar no meio e depois dos lados.

Agora que está lavada vamos secar a ferida com uma compressa. Com muito cuidado.

SOFIA- Então e agora que fazemos?

Claro. Vamos desinfetar com Betadine®.

Já está? Precisa de penso? Se for só um arranhão pode ficar ao ar, senão convém pôr um penso. De qualquer forma devemos sempre mostrar a alguém crescido a ferida. Eu acho que esta ferida precisa de um penso!

A – Respondem e atuam de improviso.

ELISABETE- O QUE NÃO DEVEM FAZER?

Tocar nas feridas sangrantes sem luvas;

Utilizar o material (luvas, compressas, etc.) em mais do que uma pessoa;

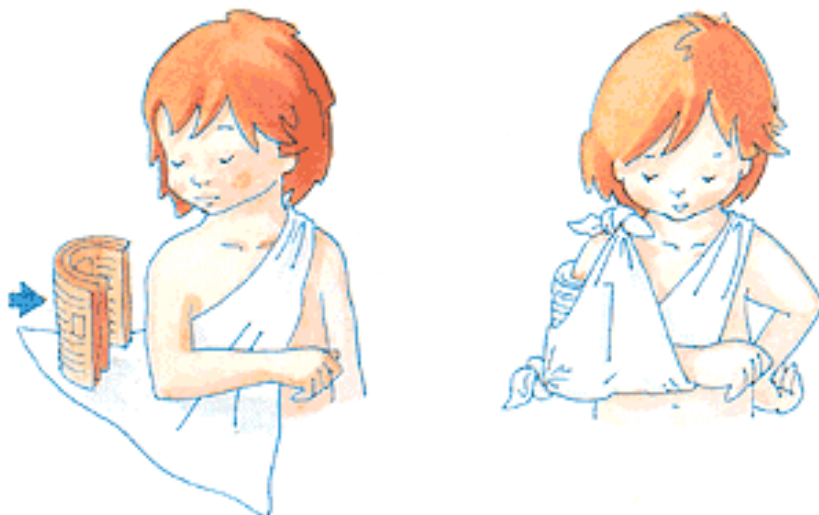
Soprar, tossir ou espirrar em cima da ferida;

SOFIA– Agora estou a reparar que aquele menino caiu e magoou-se o braço. Vamos ajudar a vir para aqui. Que temos de fazer? Alguém sabe?

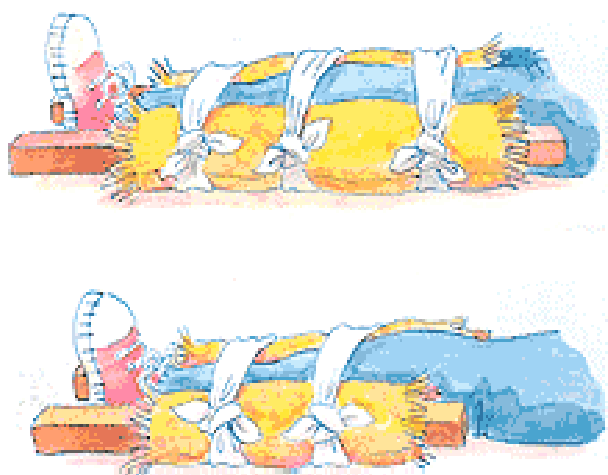
A – Respondem

S e E– Comentam as respostas com o improviso necessário

SOFIA - Pois é: não deve mexer o braço e aplica-se gelo. Se fosse no pé era a mesma coisa. Uma boa maneira de não mexer o braço é colocar ao peito preso com um lençinho! Vamos ver como é...



ELISABETE- E se fosse no joelho ou no pé? No pé coloca-se gelo e evita-se mexer e colocá-lo na chão. Como é mais difícil evitar mexer o joelho, às vezes é necessário colocar talas para manter a perna quietinha (MOSTRAR)! Nós vamos explicar-vos como é!



SOFIA- Muito bem!!!! Portaste-te muito bem!! És um verdadeiro Socorrista!!

ELISABETE- Querem agora treinar um bocadinho com o vosso colega do lado enquanto nós ajudamos?

(Distribuição de material e acompanhamento da atividade durante 10 minutos.)

SOFIA- Agora vamos distribuir uma ficha pequenina para ver se vocês aprenderam tudo o que vos explicamos!

Conclusão e distribuição de diplomas!

Diplomas usados na AES - Primeiros Socorros para Crianças



DIPLOMA

As Enfermeiras Elisabete Oliveira e Sofia Silva, alunas do Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, têm o prazer de felicitar _____, aluno/a do 3º ano da Escola EB 1 de Vilar de Andorinho, pelo **excelente desempenho** na *Formação de Primeiros Socorros*.

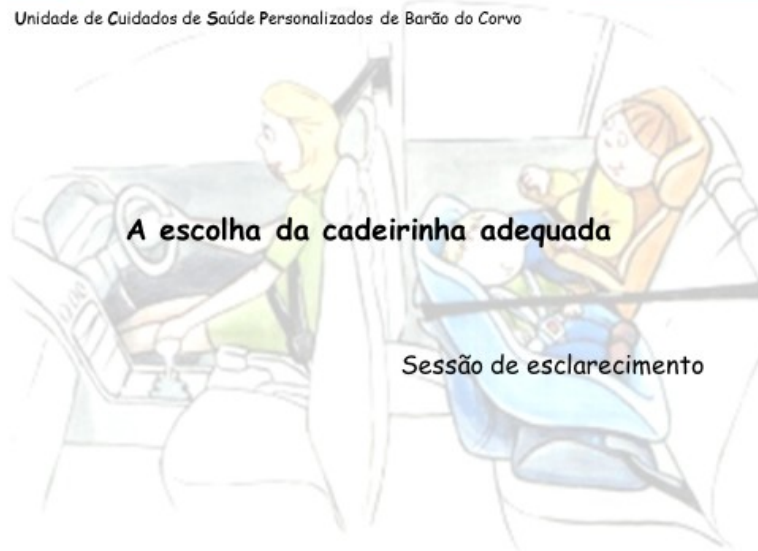


DIPLOMA

As Enfermeiras Elisabete Oliveira e Sofia Silva, alunas do Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, têm o prazer de felicitar _____, aluno/a do 3º ano da Escola EB 1 de Vilar de Andorinho, pelo **excelente desempenho** na *Formação de Primeiros Socorros*.

APÊNDICE III

Slides de apresentação utilizados na
AES: Crianças no Automóvel - A escolha
da cadeirinha adequada



A escolha da cadeirinha adequada

Sessão de esclarecimento

Uma cadeirinha para cada criança.



ATÉ AOS 4 ANOS

- ▶ As crianças têm o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada;
- ▶ Devem viajar em cadeirinhas voltadas para trás até aos 3 ou 4 anos;
- ▶ As cadeiras 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;
- ▶ Nunca podem ser instaladas no lugar da frente se houver um airbag frontal ativo.

RECÉM - NASCIDO

Cadeira até aos 13 Kg ou 75cm

- ▶ Normalmente designada por "ovinho" é a cadeira mais indicada para recém-nascidos e crianças até aos 12 meses;
- ▶ Deve ser utilizada desde a primeira viagem do bebé, da maternidade até casa, e até o mais tarde possível, mesmo que os pés batam nas costas do banco ou que as pernas fiquem dobradas;



RECÉM - NASCIDO

Cadeira até aos 13 Kg ou 75cm



- ▶ Enquanto pesar menos de 13Kg, o arnês (cinto interno) estiver à altura do ombro e a cabeça bem apoiada, a criança não deverá mudar para uma cadeira maior;
- ▶ A alcofa, onde a criança viaja deitada e portanto com a cabeça menos protegida, só deve ser utilizada em casos especiais e por indicação médica.

MAIS DE 12 MESES

- ▶ A partir desta idade existem muitos modelos de cadeirinhas;
- ▶ O mais importante é que a criança continue a ser transportada voltada para trás e sempre que possível até aos 3 ou 4 anos;
- ▶ Antes dos 18 meses ou dois anos a criança nunca deve viajar voltada para a frente;



MAIS DE 12 MESES

- ▶ Os modelos que estão homologados de costas até aos 13 Kg (como por exemplo dos 0 aos 18Kg) permitem transportar a criança de costas até aos 18 meses ou 2 anos;
- ▶ Existem outros modelos que podem ser usados virados para trás até aos 18Kg ou 25Kg (4 anos ou até mais);



MAIS DE 12 MESES

- ▶ Existem outros modelos que podem ser usados virados para trás até aos 18Kg ou 25Kg (4 anos ou até mais).
- ▶ São cadeiras maiores e com mais espaço para as pernas que geralmente têm um pé que apoia no chão do automóvel, existindo modelos com e sem sistema Isofix
- ▶ Todos estes modelos de cadeirinhas nunca devem ser utilizados antes dos 8 ou 9 meses, mesmo que a criança já pese mais que o peso mínimo indicada na mesma.



Cadeiras com sistema ISOFIX

- ▶ Existe nos automóveis mais recentes;
- ▶ Aumenta a segurança das crianças pois facilita a instalação das cadeirinhas, reduzindo os erros de colocação;
- ▶ Colocadas em 3 pontos de apoio evitando a rotação da cadeira em caso de acidente.



DEPOIS DOS 4 ANOS

- ▶ Depois dos 4 anos e quando pesam mais de 15Kg, as crianças já podem viajar viradas para a frente numa cadeira de apoio (banco elevatório com costas);
- ▶ Os modelos com costas reguláveis em altura são preferíveis já que permitem uma maior adaptação do cinto do automóvel ao corpo da criança;



DOS 4 AOS 8 ANOS Cadeira 15-36Kg

- ▶ Os modelos com costas destacáveis que se transformam num banco elevatório, podem ser utilizados até mais tarde;
- ▶ As costas não devem ser retiradas antes dos 8 ou 9 anos pois aumentam o conforto e dão apoio lateral para a cabeça e o tronco quando a criança adormece e em caso de colisão lateral;



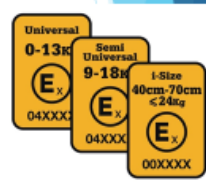
MAIS DE 9 ANOS Banco elevatório 15-36Kg ou 22-36Kg

- ▶ Pode ser utilizado a partir dos 8 ou 9 anos, caso o cinto de segurança não incomode no pescoço e o carro possua encostos de cabeça nos lugares de trás;
- ▶ Se a cadeira de apoio for suficientemente alta, a criança deve continuar a utilizá-la pois oferece maior proteção lateral e conforto;
- ▶ É obrigatório usar pelo menos um banco elevatório até aos 12 anos ou 1.35m de altura, mas dependendo do veículo e da criança poderá ser conveniente utilizá-lo até um pouco mais tarde.



Para oferecer segurança a cadeirinha tem que estar aprovada pelas normas internacionais em rigor

- Procure a etiqueta E e verifique que o número de homologação começa por 04 (se homologada pelo Regulamento R44) ou 00 (se homologada pelo Regulamento R129, I-size);
- A etiqueta dá ainda informações sobre o tipo de cadeira (Universal / Semiuniversal / Específica), o intervalo de pesos (R44) ou estatura (R129, I-size) a que se destina e o tipo de instalação (Cinto / Isofix);
- As cadeiras I-size possuem exclusivamente o sistema Isofix.



IMPORTANTE...

- ▶ Preferencialmente as cadeiras devem ser compradas novas para cada criança;
- ▶ Caso deseje utilizar uma cadeira emprestada ou em segunda mão:
 - Deve garantir que esta nunca esteve envolvida em nenhum acidente;
 - Não deverá ter sido utilizada por mais de uma criança;
 - Deverá possuir a etiqueta de homologação e instruções mínimas de instalação e utilização coladas na própria cadeira.





Trabalho elaborado por: Sofia Silva
Aluna do Mestrado em Enfermagem
com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

APÊNDICE IV

Guia Orientador para Assistentes
Operacionais – Procedimento de
Manipulação de Leites e Fórmulas

PROCEDIMENTO DE MANIPULAÇÃO DE LEITES E FÓRMULAS



Princípios a atender:

- O leite é preparado na copa de leites existente no serviço;
- Lavar e desinfetar a superfície antes de qualquer preparação
- Higienizar as mãos;
- Verificar o prazo de validade das fórmulas em pó e monodoses a utilizar;
- Antes da abertura de qualquer embalagem desinfetar o local de abertura. O pó poderá ser utilizado no prazo máximo de um mês ou segundo as indicações do fabricante;
- Frigorífico: Controlo diário da temperatura (deve estar 2°C e 4°C) e limpeza e desinfecção semanal;
- Uso exclusivo de biberões, tampas e tetinas esterilizados – reprocessados na Central de Esterilização.

O profissional que reconstitui o leite deve:

- Proceder à higienização das mãos;
- Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual: bata, máscara, touca e luvas esterilizadas;
- Garantir que o material esterilizado, biberão e tampa, seja adequadamente manipulado e aberto, de forma a manter a sua esterilidade;
- Utilizar apenas recipientes esterilizados para a preparação e acondicionamento dos leites;
- Utilizar água engarrafada para reconstituição dos leites;
- Identificar biberões, indicando: tipo de leite, diluição, identificação da criança, nome do profissional que preparou, data e hora de preparação.

Manipulação, conservação e administração de leites e fórmulas:

- O biberão deve ser retirado do frigorífico imediatamente antes da administração e não deve voltar a ser refrigerado;
- O biberão com leite reconstituído ou monodoses só pode ser aquecido uma única vez;
- Nunca utilizar micro-ondas para aquecer o leite;
- O período de tempo entre o aquecimento e a toma da totalidade do leite não deve ser superior a 2h;
- Antes de administrar o leite, o profissional deve proceder à higienização das mãos, conferir o nome do destinatário e verificar a temperatura do leite;
- O leite adaptado deve ser consumido nas 24h a seguir à sua preparação. Passado este prazo, deve ser rejeitado;
- O leite materno deve ser imediatamente colocado no frigorífico depois de recolhido e conservado a uma temperatura igual ou inferior a 4°C durante um período máximo de 48h. O biberão utilizado para refrigeração do LM deve ser desinfetado (exterior) com álcool a 70° e identificado.

APÊNDICE V

Guia Orientador para Enfermeiros – Manipulação de CVC totalmente implantado

MANIPULAÇÃO DE CVC TOTALMENTE IMPLANTADO

Sistema composto por uma câmara de injeção e um cateter, implantado abaixo da pele e que permite um acesso venoso através de um vaso de grande calibre.

MATERIAL NECESSÁRIO À PUNÇÃO DA CÂMARA IMPLANTADA:

- Máscara cirúrgica
- Avental ou bata
- Luvas esterilizadas
- Campo esterilizado
- Álcool 70°
- Solução antisséptica com clorohexidina a 2%
- Seringas esterilizadas de 10cc
- Agulha tipo "Hubber" adequada ao tamanho/ peso da criança
- Seringa com heparina pré-diluída (ex: Fibrilin)
- Conectores sem pressão ou pressão neutra (tipo Bionecteur®)
- Soro fisiológico, 0,9% (SF)
- Compressas esterilizadas 10x10cm
- Pense adesivo esterilizado (IV3000®/ Tegaderm®)
- Saco de Resíduos do Grupo II e III



Atividade Realizada em Teresopolis com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro e FAPERJ

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
1. Identificar a criança	Evitar erros
2. Explicar procedimento à criança e família	Direito à informação/ obter correta colaboração da criança (se possível, de acordo com a idade) e família
3. Proceder à lavagem higiénica das mãos e colocar avental ou bata	Prevenir risco de infeção
4. Proceder à desinfeção do carro/ tabuleiro de apoio do material esterilizado com álcool a 70°	Prevenir contaminação do material
5. Preparar todo o material e equipamento e transportá-lo para junto da criança	Economizar tempo
6. Isolar a criança	Respeitar privacidade
7. Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentado, com a cabeça voltada para o lado contrário à manipulação	Melhor acesso à câmara do cateter/ evitar conspurcar local de punção
8. Verificar por palpação a câmara e observar a existência de hiper-sensibilidade, rubor, tumefação ou serosidades	Identificar local de punção Despistar potencial infeção
9. Colocar solução antisséptica com clorohexidina, sobre o local a punccionar	Prevenir o risco de infeção
10. Proceder à punção higiénica das mãos	Prevenir o risco de infeção
11. Abrir o campo esterilizado e dispor nele, em técnica asséptica, todo o material esterilizado	Facilitar o acesso ao material Prevenir o risco de infeção
12. Colocar luva esterilizada para manusear material esterilizado e usar outra mão para manusear material não estéril (ex: frasco de soro)	Prevenir o risco de infeção

13. Colocar a segunda luva esterilizada	Prevenir risco de infeção
14. Proceder à segunda assepsia do local de punção e área circundante, usando compressas embebidas em solução antisséptica com clorohexidina a 2%, executando movimentos em espiral do centro para periferia, deixando atuar em 15 segundos	Prevenir o risco de infeção
15. Localizar acesso por palpação da câmara e fixá-lo entre os dedos, indicador e polegar	Imobilizar a câmara
16. Dirigir a agulha (previamente preenchida com SF) ao ponto central, entre os dedos e perpendicularmente à pele e ao septo, mantendo a câmara imobilizada	Aceder corretamente à câmara Evitar danificar o cateter
17. Pesquisar refluxo de sangue	Confirmar correto posicionamento da agulha dentro da câmara
18. Aspirar com seringa de 10cc, cerca de 5cc de sangue e rejeitar	Evitar contaminação com heparina
19. Adaptar a seringa contendo 10cc de SF e administra-los em bólus pull/pause	Remover qualquer resíduo de sangue de forma a prevenir a obstrução do cateter
20. Efetuar o procedimento para o qual foi puncionado: administração de medicação e/ou colheita de sangue	Seguimento dos cuidados de finidos
21. Fixar a agulha com película adesiva esterilizada (IV3000®/Tegaderm®)	Evitar deslocações da agulha Evitar contaminação do local de inserção
22. No final rejeitar o material usado, nos respetivos contentores	Promover a segurança do ambiente
23. Retirar as luvas e lavar as mãos	Prevenir risco de contaminação

APÊNDICE VI

Folheto apresentado na AES:
Conservação do Leite Materno

CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO

ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO

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

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

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

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



Pode ir extraindo leite mas:

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

É FUNDAMENTAL QUE LAVE AS MÃOS ANTES DE EX TRAIR O LEITE, E SEMPRE QUE MANUSEAR OS MATERIAIS.



CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO

RECOMENDAÇÕES PARA DESCONGELAÇÃO

Quando pretender descongelar leite:

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

LAVAGEM/ ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Os materiais utilizados no armazenamento podem ser lavados na máquina de louça, ou sob água corrente e sabão (não utilize detergentes concentrados); Devem ser bem enxaguados com água corrente e em seguida ferveridos ou esterilizados.



PARA ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ/ LACTENTE

O leite materno pode ficar com um aspeto cremoso e espesso no cima, e aquoso por baixo, pelo que antes de ser consumido deve ser suavemente homogeneizado até que as duas partes se misturem;

Pode ser oferecido à temperatura ambiente, ou ligeiramente amornado por copinho, pequena colher ou biberão.

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO EM CASA

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo Máximo
À temperatura ambiente (se < a 25°C)	6/8 horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo Máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4°C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10°C)	3/5 dias*
*Se temp >5°C depois 3º dia, consumir 6h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo Máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado – tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo Máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

APÊNDICE VII

Folheto de apresentado na AES:

Preparação de Leite Adaptado

LEITE ADAPTADO... Como preparar!



O leite materno é a opção mais completa para a alimentação do bebé. Contudo, se não poder amamentar, ou optar por não o fazer, existem fórmulas que vão de encontro às necessidades nutricionais do seu filho.

Material Necessário

- Recipiente para ferver água;
- Recipiente para ferver biberões, tetinas e tampas ou esterilizador;
- Embalagem de Leite;
- Colher medidora.

Utilize sempre a mesma colher medida rasa
Para cada 30ml de água
UMA colher medida



Quanto à preparação da água...

- Se utilizar água engarrafada esta deve ser aberta na altura da preparação;
- Após 10min de ebulição, deixar arrefecer pelo menos até aos 40°C;
- Não ferver mais do que uma vez a mesma água

LEITE ADAPTADO... Como preparar!

MUITO IMPORTANTE:

- Lavar bem as mãos antes da preparação do leite;
- A preparação deve ser feita num local limpo e os utensílios necessários devem estar bem lavados;
- Prepare uma dose de cada vez e use-a de imediato.



Após a abertura da embalagem conserve-a em local seco e fresco e durante o período recomendado pelo fabricante



COMO PREPARAR:

- Adicione o nº de colheres/ medidas rasas de leite em pó correspondente à quantidade da água;
- Não encher a colher acima da medida e não pressionar o pó;
- Pode passar uma faca limpa sobre a colher medidora para tirar o excesso de pó;
- Feche o biberão e agite bem
- É importante que não toque com os dedos na tetina, rosca e biberão que entram em contato com o bebé
- Verifique a temperatura do leite na parte de trás da sua mão



LEITE ADAPTADO... Como preparar!

Enquanto estiver a dar de mamar ao bebé:

Deve coloca-lo no seu colo, com o tronco elevado e apoiando a cabeça na parte interior do seu cotovelo. O seu antebraço deve servir de apoio à costas do bebé;

A tetina deve ficar completamente cheia, diminuindo o risco de ingestão de ar.

No final, coloque-o em posição de eructação.



Cada momento de alimentação é também uma oportunidade de ternura e ternura