



CATOLICA
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

Joana Meirinho de Moura

Porto, Setembro de 2017



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
Practicum Report

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

Joana Meirinho de Moura
Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, Setembro de 2017

Resumo

O presente documento, inserido na unidade curricular Relatório, no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica do Porto, constitui-se como um elemento fundamental na descrição e análise do processo de aprendizagem realizado em contexto de Estágio.

O Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica contempla três módulos: Módulo I - Saúde Infantil, Módulo II - Serviço de Medicina e Cirurgia e o Módulo III - Serviço de Urgência e Serviço de Neonatologia. Cada um dos Módulos de Estágio integrou 180 horas de contacto e 70 de trabalho individual. O objetivo principal deste relatório prende-se com a descrição dos objetivos pessoais traçados e as atividades desenvolvidas ao longo dos Estágios, analisando o caminho percorrido para alcançar as competências especializadas nos quatro Domínios de actuação de Enfermagem, nomeadamente: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Investigação e Formação. A metodologia utilizada é descritiva, crítica e reflexiva sustentada pela pesquisa bibliográfica, assim como na mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal, académico e profissional.

Este percurso realizado ao longo dos diferentes contextos de assistência, centra-se no atendimento de enfermagem especializada à criança e família, no sentido da promoção do desenvolvimento infantil e na adaptação aos processos de saúde e doença.

Palavras-chave: Criança; Família; Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem; Competências

Abstract

The following document, belonging part in Curricular Unit - Relatório, within the cope of the Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica do Porto, builds itself as a ulterior tool in description and analysis of the learning process in the curricular internship context.

The internship in Saúde Infantil e Pediátrica compraises three modular parts, Módulo I - Children's health, Módulo II - Medical and Surgical Pediatrics and Módulo III - Emergency and Neonatology. Each one of the modules had 180 contact hours and 70 individual effort hours.

The main objective of this paper is to describe the projected personal objectives and the developed activities during the curricular internship, in order to reach and consolidate specialized skills in the four domains of Nursing activity, which are Caring, Caring management, Investigation and Formation.

The methodology used is descriptive, critical and reflective supported by bibliographical research, as well as the mobilization of knowledge acquired throughout my personal, academic and professional career.

This course, conducted throughout the different care contexts, focuses on specialized nursing care for the child and family, in the sense of promoting child development and adapting to health and disease processes

Key-words: Children; Family; Child's health and Pediatrics; Nursing; Competencies

Agradecimentos

Ao terminar este percurso de desenvolvimento pessoal e profissional gostaria de agradecer a quem, direta ou indirectamente contribuiu para que fosse possível.

Às professoras Isabel Quelhas e Constança Festas, por toda a orientação e disponibilidade.

Às tutoras de estágio por toda a orientação e partilha de saber.

Às colegas de formação, por todo o apoio e amizade.

Ao João, à Maria do Carmo, à Isabel, à Amélia e à Luísa por todo o amor e apoio incondicional.

Índice Geral

Introdução	13
1. Contextualização dos locais de estágio.....	16
2. Competências adquiridas em contexto de estágio	21
2.1 Prestação de Cuidados	21
2.2. Gestão de Cuidados	56
2.3 Investigação	60
2.4 Formação	63
Conclusão	68
Referencias Bibliográficas	70
Apêndices	73
Apêndice I - Avaliação Antropométrica - Recomendações da Direcção Geral da Saúde.....	75
Apêndice II - Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida	117
Apêndice III - Dia Mundial da Criança	129
Apêndice IV - Cuidados ao Coto Umbilical em Involução Fisiologica.....	135

Lista de Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AES - Acção de Educação para a Saúde

BO - Bloco operatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de protecção de crianças e jovens

CHVNGE - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

CS - Centro de Saúde

DGS - Direcção Geral de Saúde

EESIP - Enfermeiro(a) Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ELI - Equipa Local de Intervenção

ESIP - Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

HSJ - Hospital de São João

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OBS - Sala de observação

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-nascidos

RNPT - Recém-nascido pré-termo

SI - Saúde Infantil

SIP - Saúde Infantil e Pediátrica

SNIPi - Sistema nacional de intervenção precoce na infância

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Primários

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

VD - Visita domiciliária

Introdução

O presente documento, está inserido na unidade curricular Relatório, no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas.

Este documento assenta na descrição e análise do percurso de aprendizagem no âmbito do Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica que foi dividido em três módulos: Módulo I - Saúde Infantil, Módulo II - Serviço de Medicina e Cirurgia e o Módulo III - Serviço de Urgência e Serviço de Neonatologia. Cada um dos Módulos de Estágio integrou 180 horas de contacto e 70 de trabalho individual, tendo totalizado 750 horas de formação.

Os estágios foram desenvolvidos em unidades de saúde de referência, com características assistenciais diferenciadas na área da Saúde Infantil e Pediátrica. Por ordem cronológica, iniciei o estágio no Módulo I - Saúde Infantil, no período de 2 de maio a 27 de junho de 2016 na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Soares dos Reis, do Aces de Gaia, em articulação com a Unidade de Cuidados à Comunidade de referência, UCC Âncora; o Módulo III - Serviço de Urgência e Serviço de Neonatologia, no período de 1 de março a 29 de abril de 2017, no Serviço de Urgência Pediátrico do Hospital de S. João e Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNGE), e o Módulo II - Serviço de Medicina e Cirurgia, no período de 2 de maio a 29 de julho de 2017, no Serviço de Pediatria e Cirurgia no CHVNGE.

Este relatório visa explorar os objetivos gerais do estágio para a obtenção do grau de mestre, definidos no plano de estudos do curso:

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

- Desenvolver a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas incluindo soluções ou emitir juízos de valor em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades.

Além dos objetivos gerais, o plano de estudos do curso engloba um conjunto de competências que orientam a formação do aluno no sentido do desenvolvimento de uma assistência especializada à criança e família.

O presente relatório foi construído com base em metodologia descritiva e assenta numa análise crítica e reflexiva. Tem como objetivos descrever o percurso realizado através das atividades desenvolvidas ao longo do estágio para atingir os objetivos definidos, evidenciar a aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e servir de instrumento de avaliação.

A estrutura do trabalho compreende a presente introdução, seguida de uma breve contextualização dos locais de estágio. Seguidamente, abordo o processo de desenvolvimento de competências do EESIP, adquiridas em contexto de estágio, as quais estão organizadas segundo os quatro domínios: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Investigação e Formação, e por fim uma breve conclusão.

1. Contextualização dos locais de Estágio

Os estágios decorreram em unidades de saúde com características assistenciais diferenciadas na área da Saúde Infantil e Pediátrica, por serem unidades de reconhecida referência na assistência à criança e família como o SUP e por proporcionarem a possibilidade de adquirir competências na área de especialização.

O estágio foi tutorado por Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, com vasta experiência profissional. O horário foi realizado de acordo com os horários das enfermeiras tutoras, tendo privilegiado os turnos da manhã e da tarde por considerar que ofereciam mais experiências, contudo, nem sempre foi possível, pelo que realizei alguns turnos da noite.

Passo seguidamente a uma breve caracterização de cada local de estágio.

O Centro de Saúde Soares dos Reis tem sede na Rua Bartolomeu Dias, 316 e desenvolve a sua atividade na área de influência do ACES de Gaia. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários à população, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Tem na sua dependência administrativa a USF Camélias, a USF Nova Salus, a USF Saúde no Futuro, e a UCSP Soares dos Reis com o seu Polo de extensão em Vilar de Andorinho. Tem como área de influência as freguesias de Mafamude e Vilar Andorinho, e Hospital de referência o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

A UCSP Soares dos Reis, onde decorreu maioritariamente o meu estágio, dispõe de um quadro de 7 enfermeiras, 6 médicos e 4 administrativos e assistentes operacionais. Destas 7 enfermeiras, 5 são especialistas, 1 de Saúde Comunitária, 1 de Saúde Materna e Obstétrica, 1 em Médico Cirúrgica e 2 em Saúde Infantil e Pediátrica (uma delas integra o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco).

A unidade dispõe de 11 gabinetes, devidamente equipados e acondicionados, permitindo a prestação de cuidados primários a todos os grupos que constituem a população alvo desta UCSP.

A UCC é constituída por 11 enfermeiros especialistas, um médico, um fisioterapeuta e uma técnica administrativa. Segundo o Decreto de Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 11º, a UCC “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados”. Na área da SIP, desenvolve projectos relacionados com a Parentalidade, a Saúde Escolar entre outros, e colabora com a ELI Gaia.

O serviço de Neonatologia do CHVNGE situa-se na unidade II desta instituição, e está integrado na Unidade de Gestão da Mulher e da Criança, e presta uma assistência neonatal diferenciada, a RN até aos 28 dias de vida em cuidados intermédios e cuidados intensivos. A equipa é multidisciplinar, constituída por enfermeiros especialistas em SIP, uma em reabilitação, enfermeiras de cuidados gerais, neonatologistas, assistentes operacionais, assistente social, administrativa, entre outros profissionais que dão apoio à unidade. É constituída pelo gabinete da enfermeira chefe, o vestiário das enfermeiras e auxiliares, uma sala de pausa para os pais, um vestiário para os pais, casa de banho, uma zona de arrumos para os equipamentos e outra para materiais. Separado por portas entramos na zona onde se encontram as enfermarias. Logo à entrada situa-se a sala dos médicos e a copa de leites. Posteriormente, têm a sala de pausa e de reunião de enfermagem e em frente as 3 enfermarias, duas de cuidados intermédios (com capacidade para 5 camas, berços ou incubadoras) e uma de cuidados intensivos (com capacidade para 6 incubadoras) e ainda uma sala de isolamento com capacidade para 2 camas, berços ou incubadoras). Cada sala de intermédios tem uma zona para a prestação de cuidados de higiene, fraldário e balcão para preparação de medicação. Na sala de intensivos as seis unidades têm acesso a máquinas perfusoras, ventiladores e acesso fácil em caso de assistência emergente. Nesta sala encontra-se um balcão com computadores para registos, zona de higieniza-

ção das mãos, balcão para preparação de medicação e outro balcão para preparação de alimentação parentérica. Também aqui está reunida a maioria da medicação do serviço.

O Serviço de Urgência Pediátrico do Porto situa-se no HSJ e constitui o serviço de assistência pediátrica de referência à zona norte do país. O serviço atende crianças até aos 17 anos e 364 dias de vida, em situação de urgência/emergência, e oferece um vasto leque de especialidades como pediatria, cirurgia pediátrica, neonatologia, cardiologia, otorrinolaringologia, entre outras.

A urgência é composta por uma área de admissão, triagem, gabinete de enfermagem, gabinetes médicos, sala de cirurgia, sala de tratamentos, sala de espera com zona para a realização de aerossóis, sala de observação (OBS) e emergência. Junto à área de admissão existe um posto da PSP e uma sala para acompanhantes. As salas estão apetrechadas com materiais e equipamentos necessários a cada área de cuidados. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros especialistas em SIP, enfermeiros de cuidados gerais, médicos das várias especialidades, assistentes operacionais, administrativos, entre outros.

O Serviço de Pediatria Médica e Cirúrgica, do CHVNGE situa-se na Unidade II e integra-se na Unidade de Gestão da Mulher e da Criança. Tem uma lotação de 23 camas, distribuídas por 7 enfermarias e um quarto de isolamento. O serviço dispõe ainda de infra-estruturas de áreas não clínicas nomeadamente sala lúdica, rouparia, armazém entre outras. Na dependência do serviço de Pediatria Médica e Cirúrgica, existe o Hospital de Dia com lotação de 2 camas, a funcionar 3 dias por semana e com o objetivo de prestação de cuidados em regime ambulatorio (por exemplo a administração de medicação a crianças provenientes da consulta externa ou após a alta do internamento).

Existe ainda uma Unidade de Cirurgia ambulatória utilizada para o recobro e vigilância pós operatória. A proveniência das crianças internadas neste serviço é maioritariamente do Serviço de Urgência, mas também do bloco operatório, por transferência de hospital, da consulta externa/hospital de dia e da neonatologia.

Ao nível dos recursos humanos, o serviço está dotado de um quadro de enfermagem com 18 enfermeiras, sendo destas 1 chefe do Serviço, 4 especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, 1 especialista em Saúde Mental, 5 enfermeiras gra-

duadas e 6 enfermeiras de cuidados gerais. Dispõe o serviço de um quadro médico de 28 Pediatras e 4 Cirurgiões pediátricos. A nível dos assistentes operacionais, são 11 os afectos ao Serviço de Pediatria. O serviço tem ainda o apoio de 1 enfermeira de Reabilitação, no turno da manhã dos dias de semana, bem como da assistente social e da nutricionista, de forma intermitente mas regular.

2. Competências adquiridas em contexto de Estágio

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade do EESIP, “*os Enfermeiros Especialistas em Saúde da Criança e do Jovem distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou as capacidades para um resultado eficaz*” (2011, pg. 5-6).

O plano de estudos do curso engloba um conjunto de competências que orientaram a minha formação e que ao longo do percurso realizado nos diferentes contextos de assistência procurei atingi-las, no sentido de me tornar Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Segundo o REPE, (OE, 2015), no nº 6 do artigo 9º, “*Os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação, e acessória, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem*”. Assim, de seguida apresento as competências agrupadas nos quatro domínios de atuação de enfermagem: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Investigação e Formação, assumindo este Relatório essa sequência descritiva. Para atingir as competências, defini objetivos pessoais que foram sendo alcançados através do planeamento, realização de atividades e reflexão sobre as mesmas, que irei descrever ao longo deste documento.

2.1 Prestação de cuidados:

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o EESIP presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa, trabalhando em parce-

ria com a criança, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2011). Neste sentido, o EESIP presta assistência à criança e família, no sentido da promoção do desenvolvimento infantil harmonioso e na sua adaptação aos processos de saúde e doença.

Competência:

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

Objetivo:

- Conhecer e integrar a dinâmica dos diferentes contextos de assistência à criança e família e a equipa multidisciplinar.

Atividades:

- Realizar visita guiada pelas enfermeiras chefes e/ou tutoras;
- Identificar a estrutura física, os recursos humanos e materiais;
- Conhecer a dinâmica organizacional dos serviços e das equipas de enfermagem;
- Consultar normas e protocolos;
- Integrar a equipa multidisciplinar.

Reflexão:

O meu percurso nos diferentes contextos assistenciais foi muito desafiante na medida em que a minha experiência na área de SIP era escassa.

Em todos os contextos de assistência fui muito bem recebida pelas respectivas enfermeiras chefes e/ou enfermeiras tutoras, que me proporcionaram uma visita guiada aos serviços, com o intuito de conhecer a estrutura física e recursos materiais através da apresentação das instalações, dos recursos humanos, apresentando-me aos profissionais e referindo as suas funções, os circuitos dos utentes, o método de trabalho e a articulação com outros serviços intra e extra-instituição. A consulta de normas, protocolos e planos de trabalho foi importante para me integrar na organização e funcionamento dos serviços, assim como nas equipas multi e interdisciplinares, no que respeita à prestação de cuidados e gestão de recursos.

A integração “constitui um processo através do qual o indivíduo apreende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização em que ingressa” (Frederico, 2001). Uma integração/acolhimento adequado favorece o sucesso da adaptação ao serviço e à equipa, o que irá influenciar a qualidade dos cuidados prestados à criança e família. Tive oportunidade de trabalhar com enfermeiros especialistas e enfermeiros de cuidados gerais, médicos de várias especialidades, assistentes operacionais, assistentes sociais, educadores/professores, entre outros. Neste sentido, demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada com a equipa multi e interdisciplinar. Pude interagir, partilhar informações, realizar procedimentos, colaborar na tomada de decisão em relação à criança e família, reconhecendo e respeitando os outros profissionais e o âmbito de actuação de cada um, adotando sempre uma postura crítica e reflexiva, ao longo dos estágios. A multidisciplinaridade refere-se à conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos decisórios (Rocha e Almeida, 2000; Humphris, 2007; citado por Neves, 2012). O trabalho desenvolvido em equipa multi e interdisciplinar permite assim uma articulação de procedimentos e uma confluência de saberes em função da otimização do atendimento à díade criança e família alvo dos cuidados, garantindo a continuidade e qualidade dos mesmos.

No Módulo I, quando procurei consultar as normas e protocolos da UCSP, verifiquei que não havia nenhum procedimento elaborado e protocolado pelo que vi como uma oportunidade de melhoria dar início à sua elaboração. Após a discussão com a enfermeira tutora, elaborei uma compilação e adaptação prática sobre a Avaliação Antropométrica - Recomendações da Direcção Geral de Saúde (Apêndice 1), como proposta para uma ferramenta de fácil consulta nas consultas de SIP. Após a elaboração, foi apresentado à equipa multidisciplinar de saúde e sujeito à aprovação pela minha tutora, especialista em SIP e pela direcção médica.

Competências:

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

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EE-SIP;
- Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

Objetivo:

- Desenvolver a assistência à criança e família com base na metodologia científica de trabalho.

Atividade:

- Utilizar o processo de Enfermagem na prática assistencial;
- Registrar os dados no Boletim de Saúde Infantil, Boletim de Vacinas e nos programas SAPE, SINUS, SClínico e JOne, utilizando linguagem CIPE.

Reflexão:

Segundo Alfaro-LeFevre (2005) citado por Hockenberry (2014), o processo de enfermagem consiste num método de identificação e de resolução de um problema, que descreve o que o enfermeiro efectivamente faz. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, alínea 3 do artigo 5.º do Decreto-Lei no 161/96 de 4 de Setembro (pg. 2960), os cuidados de enfermagem são caracterizados por “Terem uma interacção entre o enfermeiro e utente, indivíduo, família...” e “Utilizarem metodologia científica”, que inclui: a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial; a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; a formulação do diagnóstico de enfermagem; a elaboração de planos para a prestação de cuidados; a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; a avaliação dos cuidados prestados e a reformulação das intervenções.

Durante a prestação de cuidados pude colaborar e realizar a admissão de crianças e sua família e dar continuidade ao processo assistencial nos diferentes

contextos utilizando o processo de enfermagem. Tive a oportunidade de realizar a colheita de dados no acolhimento da criança e família, apurando os antecedentes pessoais, os hábitos de saúde, os hábitos alimentares, os hábitos de higiene, entre outros, identificando os focos de atenção alterados e formulando os diagnósticos de enfermagem. Na elaboração do plano de cuidados, procurei planejar intervenções, em parceria com a criança e família, de forma a dar resposta aos seus problemas e necessidades. Além das intervenções do tipo gerir, otimizar, administrar, monitorizar, foram implementadas intervenções como ensinar, instruir e treinar de forma a potenciar as capacidades e autonomia nos cuidados, preparando desde já o plano para a alta. O Processo de Enfermagem como um método dinâmico exige uma avaliação contínua, para *“garantir que os resultados foram obtidos assim como os cuidados foram adequados para a resolução dos problemas de saúde existentes ou potenciais”* (Hockenberry, 2014).

Ao longo dos diferentes contextos de assistência identifiquei focos de atenção da prática de enfermagem. A título de exemplo, a nível da UCSP foram, Adesão à Vacinação, Desenvolvimento Infantil, Amamentar, Autocuidado: Higiene oral; na Neonatologia foram o Conforto; Dor; Ansiedade materna; Papel Parental; Ingestão Nutricional; Eliminação intestinal e vesical; Infecção; Amamentação; Úlcera de pressão; Ferida (cordão umbilical); no SUP foram Dispneia; Febre; Vômitos; Diarreia; Dor abdominal; Convulsões; Ferida; e na Pediatria foram Papel Parental, Dor, Conforto, Febre e Risco de Infecção, Limpeza das Vias Áreas.

Os registos de enfermagem reflectem o trabalho dos enfermeiros e segundo Figueiroa-Rêgo (2003), para além de dar continuidade aos cuidados, permitem a avaliação dos mesmos, facilitando a sua investigação e optimizando a gestão dos serviços. Em todos os contextos de assistência realizei a documentação dos cuidados tanto nos documentos de Saúde pessoal (Boletim de Saúde Infantil e Boletim de Vacinas) como nos sistemas de informação informáticos, o SINUS para registo da vacinação a nível da UCSP, o SAPE, o SClinico e o JOne utilizado no SUP. Os registos foram feitos utilizando a CIPE, que como o ICN (2000) refere, a linguagem comum permite descrever a prática de enfermagem, melhorando a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais, assim como facilita o desenvolvimento da investigação.

Objetivo:

- Desenvolver competências especializadas na assistência à criança e família nos vários contextos de assistência.

Atividades:

- Prestar cuidados especializados em SIP nos vários contextos de assistência;
- Reflectir de forma crítica e sistemática nas situações da prática.

Reflexão:

A realização de estágio nos vários contextos de assistência permitiram-me observar o trabalho desenvolvido pelo EESIP, reflectir sobre a sua importância, assim como me permitiu prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família.

A conduta do EESIP vai no sentido da promoção do crescimento e desenvolvimento da criança com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil. Segundo o PNSIJ, a consulta de saúde infantil destina-se à vigilância, manutenção e promoção da saúde infantil e considera como aspectos prioritários a deteção e apoio precoce às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou vulneráveis, a diminuição das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, e a capacitação dos pais enquanto primeiros prestadores de cuidados (DGS, 2013).

Durante o estágio em cuidados de saúde primários pude observar as consultas de saúde infantil e tive oportunidade de realizar 25 consultas de saúde infantil nas diferentes faixas etárias, desde os 5 dias de vida e os 17 anos, seguindo as linhas orientadoras do PNSIJ. Este objetivo foi sendo alcançado progressivamente, pois a abrangência da idade pediátrica exige do profissional um elevado nível de competência e empenho para adequar os cuidados e a comunicação consoante as especificidades de cada faixa etária. Desta forma, avaliei o crescimento e desenvolvimento psicomotor em idade-chave, que correspondem a *“acontecimentos importantes da vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade”* (DGS, 2013, pg. 7), e sempre que oportuno. De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013) as idades referidas como idade-chave não são rígidas, pelo que se a criança se deslocar à consulta por outros motivos, deverá ser efectuado o exame indicado para essa idade, aumentando o

número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade. Pude avaliar e interpretar dados antropométricos (peso, comprimento/altura, índice de massa corporal, perímetro cefálico), a tensão arterial, realizar rastreios auditivos e visuais, registando no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, avaliando a evolução do crescimento da criança através da evolução das curvas de percentil que segundo a DGS (2013) são instrumentos fundamentais para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento das crianças.

A vigilância do desenvolvimento físico, psicomotor, emocional e social da criança é da responsabilidade do EESIP, pelo que pude avaliar estes parâmetros através da Escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, que integra os registos do programa informático SAPE utilizado na UCSP, que me permitiram avaliar se o crescimento e desenvolvimento da criança decorria dentro dos parâmetros expectáveis, com a consideração de que nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estadio de desenvolvimento assim como esta avaliação *“deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança”* (DGS, 2013). Durante o estágio, a título de exemplo, utilizei materiais para aplicação desta escala durante as consultas como uma roca, uma bola, cubos, boneco, lápis e papel, entre outros. Estas avaliações permitiram fazer uma comparação da criança com o padrão ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. A valorização dos cuidados antecipatórios é importante como acção destinada a estimular e promover o desenvolvimento de modo a que a criança possa atingir o máximo das suas potencialidades, pelo que foi uma estratégia utilizada nas consultas de saúde infantil e reforçando este aspecto sugeri aos pais a leitura do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil pois este documento contém informações importantes relativas às idades-chave.

Procurei estar desperta para as dúvidas e preocupações das crianças e dos pais, constituindo a consulta de enfermagem um momento privilegiado para apoiar e reforçar as competências parentais. Abordei temas como a alimentação, a saúde oral, a amamentação, a diversificação alimentar, a prevenção de acidentes, a adopção de comportamentos saudáveis, a prática de exercício físico, a importância da vigilância da saúde, entre outros.

Aprofundei conhecimentos e habilidades relativas à vacinação. A promoção do cumprimento do PNV é fundamental como ferramenta de promoção da saúde individual, bem como da Saúde Pública, e segundo a DGS (2005) as

vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico e da forma mais económica. Ao longo do estágio tive oportunidade de administrar vacinas tanto as contempladas no PNV como as extra-plano como por exemplo a do rotavírus, a antimeningocócica B e também a vacinação com esquemas em atraso, principalmente realizada a emigrantes.

Uma das estratégias utilizadas para o aumento da cobertura vacinal consiste na confirmação no programa SINUS sobre o estado vacinal das crianças sempre que estas contactam a unidade de saúde. Também pude observar a realização de contactos telefónicos no sentido de convocar as situações de falta. O fato do calendário vacinal estar em harmonia com as consultas de saúde infantil, rentabiliza as deslocações da criança e família à unidade de saúde, o que contribui para o maior cumprimento do esquema vacinal recomendado. No momento da vacinação foram realizados ensinamentos à criança e família sobre a importância e benefícios da mesma, os efeitos secundários, as características das vacinas. A vacinação foi alvo de registo tanto no Boletim Individual de Saúde, Registo de Vacinações, (mesmo não se fazendo acompanhar, não deixaram de ser vacinadas), como no programa informático SINUS.

O desafio maior foram as consultas de Enfermagem a adolescentes, pelo que exigiu uma observação inicial e uma preparação mais aprofundada, dada a especificidade desta faixa etária. Tive oportunidade de realizar duas consultas de vigilância de saúde do jovem. Numa altura em que as transformações físicas são exuberantes e as capacidades cognitivas aumentam, a preparação para o seu correto acompanhamento e encaminhamento é crucial (DGS, 2013). A minha postura foi de respeito, interesse e compreensão, procurei criar um ambiente de empatia, privacidade e confidencialidade permitindo a consulta a sós, tal como o PNSIJ (2013) preconiza. Procurei estar desperta para dúvidas, informar e incentivar a adopção de estilos de vida saudáveis relacionados com a alimentação, o desporto, a sexualidade, entre outros, a prevenção de consumos nocivos e acidentes, fomentando o sentido de responsabilidade. Também a promoção da auto estima foi um aspecto valorizado sendo que adotei uma postura de compreensão, elogio, reforçando os comportamentos positivos e a auto estima.

A Saúde Escolar é uma área primordial na área da SIP, e segundo o Plano Nacional de Saúde Escolar (2006), *“Um programa de saúde escolar efectivo... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um país pode fazer para*

melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde". O ideal seria a presença de um enfermeiro na escola que permitisse *"planear a intervenção em saúde, com vista ao desenvolvimento de projetos concertados, numa resposta às reais necessidades das comunidades escolares"* (Festas, 2013), que não sendo a realidade a que se assiste, o EESIP no âmbito dos projectos desenvolvidos na UCC para a Saúde Escolar, tem a possibilidade de promover hábitos de vida saudáveis e prevenir comportamentos de risco, contribuindo para uma escola promotora de saúde. Assim, o EESIP reúne-se anualmente com a Coordenadora da Saúde Escolar para definir os temas a trabalhar e quais as escolas com necessidade prioritária de intervenção, uma vez que não conseguem dar resposta a todas as escolas por falta de recursos humanos. São dinamizados os projectos "PRESSE", "PASSE", Pediculose, Saúde Oral, Higiene Pessoal, Inclusão Escolar. Na UCC tive oportunidade de acompanhar e colaborar na fase de avaliação do conhecimento transmitido em 3 acções de educação para a saúde no projecto "Trabalhar os Afetos" que tem como objetivo educar para os afectos, favorecer a aceitação positiva da própria identidade sexual e a prevenção do abuso sexual abordando as vivências das relações interpessoais de forma saudável em que é abordada a História do "Kiko e a mão", que tem por objetivo transmitir às crianças de uma forma lúdica a distinção entre o toque bom e o toque mau, explicando quais as partes do corpo que as outras pessoas podem e não podem tocar, de acordo com a idade das crianças em jardim de infância. O projecto também visa alertar os educadores para esta temática. Infelizmente o abuso sexual de crianças é muito frequente e pode ser prevenido se as crianças estiverem bem preparadas para evitar que tal aconteça (Hockenberry, 2014). Também colaborei, na avaliação da sessão e esclarecendo dúvidas numa acção de educação para a saúde subordinada ao tema "Os cuidados ao sol", uma vez que coincidiu com a proximidade das férias de Verão.

No contexto de Neonatologia tive oportunidade de assistir 9 RN em cuidados intermédios e 2 em cuidados intensivos internados por variados motivos tais como a prematuridade, pneumonia congénita, refluxo-esofágico, icterícia neonatal, hipotonia, sofrimento fetal agudo, e com diferentes necessidades de cuidado. A assistência em Neonatologia é muito exigente e a complexidade que envolve o cuidado ao RNPT, exige do enfermeiro habilidades e conhecimentos muito diferenciados. Por esse motivo, na unidade de cuidados intensivos, os enfermeiros são ESIP ou com grande experiência na área. Tive oportunidade de ir ao blo-

co de partos receber um RN e colaborar na admissão de dois RN, em que pude preparar a unidade com todo o material e equipamentos que poderiam vir a ser utilizados. Uma das situações era de um RN transferido do hospital de referência, após uma cirurgia por enterocolite necrosante. Os procedimentos na assistência ao RN consistem essencialmente na estabilidade hemodinâmica, ventilatória, térmica, metabólica e neurológica (intervenções maioritariamente interdependentes), assim como a avaliação e controlo da Dor e na promoção da parentalidade (intervenções maioritariamente autónomas). Pude, entre outras intervenções de âmbito técnico monitorizar os parâmetros vitais, gerir a oxigenoterapia suplementar, aspirar secreções pelo tubo orotraqueal, alimentar por biberão e sonda orogástrica, manipular assepticamente o cateter umbilical, administrar medicação e soroterapia, dar banho, realizar o rastreio de doenças metabólicas segundo o protocolo instituído, estimular e apoiar sempre que possível a amamentação, promover o método canguru, entre outros. Os RN, principalmente os mais prematuros, estão muito expostos nas unidades a experiências sensoriais negativas, nomeadamente a nível do ambiente (luz, ruído) e de experiências dolorosas, que aliado à imaturidade cerebral vai comprometer o seu desenvolvimento, resultando em desorganização fisiológica comportamental (Crescêncio et al , 2009). Tendo isto em consideração, procurei promover o conforto ao RN adotando medidas como: preocupação com a luz e o ruído, através da cobertura das incubadoras com as mantas e falando em tom suave e baixo; agrupamento de cuidados e manipulação do RN; nidificação; alinhamento da cabeça com o corpo; parceria de cuidados, entre outros. Acerca deste aspecto, pude partilhar informação com a equipa sobre o NID-CAP (Neonatal Individualized Care and Assessment Program). Este programa, preconiza a adoção de medidas como as referidas anteriormente, com o intuito de prestar cuidados individualizados centrados no desenvolvimento do recém-nascido, na família e no desenvolvimento neurocomportamental do bebé prematuro a curto e a longo prazo (Guimarães, 2015), e na unidade de neonatologia foi muito pertinente, uma vez que a unidade recebe prematuros desde o limiar da viabilidade.

Tendo em consideração que *“os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança na saúde e em situação de doença”* (Casey, 1993), os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados foram uma preocupação ao longo do estágio. Incentivei a presença dos pais junto do RN, assim como a sua

participação nos cuidados, de forma gradual, negociando com estes e tendo em conta a complexidade subjacente a algumas das situações. Incentivei o método Canguru, apoiei e incentivei a amamentação, e quando não era possível ensinei e incentivei as mães à extracção de leite, respeitando sempre a sua vontade ou não de querer amamentar. Em relação à permanência dos pais, neste serviço considero ser um ponto de melhoria, uma vez que não é fomentada a sua permanência as 24 horas na unidade, podendo comprometer por exemplo a amamentação, a parentalidade entre outros. Quando questionei o porquê desta situação, foi-me justificado que a unidade não oferece condições físicas que permitam o descanso dos pais à noite, mas que a construção de uma nova unidade como previsto, contempla esta questão.

No SUP tive oportunidade de ver a actuação e participar com a equipa multidisciplinar nas diferentes áreas de cuidados como a triagem, a sala de cirurgia, sala de tratamentos, sala de observação e sala de emergência. A metodologia de trabalho foi bem interiorizada uma vez que é semelhante à dinâmica de trabalho a que estou habituada por trabalho em contexto de serviço de urgência.

A triagem consiste num processo de avaliação clínica inicial que determina a prioridade do tratamento com base na gravidade do seu estado, antes da avaliação e diagnóstico médico. O modelo de triagem utilizado no SUP é o da Triagem Canadiana, exclusivamente pediátrica, que consiste em três passos: impressão clínica da gravidade, avaliada pelo triângulo da avaliação pediátrica (TAP), avaliação da queixa/motivo de vinda à urgência e avaliação dos sinais vitais tendo em conta a idade e os factores de risco associados. O TAP avalia a aparência (atividade e reatividade), a circulação (coloração da pele) e a respiração, frequência, sons e esforço respiratório). O número de lados alterados do triângulo dá-nos uma noção do estado da criança. A triagem inicia-se no momento da chegada da criança ao SUP até ao momento em que a criança tem observação médica, sendo que neste tempo de espera pode haver alteração do estado da criança, sendo portanto um processo dinâmico e contínuo. Também em situações em que o tempo de atendimento poderá ser prolongado, compete ao triador, informar e tranquilizar o motivo da demora. Colaborei na realização da triagem a cerca 30 crianças, em alguns casos como observadora, e noutros como triadora. A triagem é maioritariamente realizada por um EESIP ou por profissionais com elevada experiência na área, pois é exigido do profissional conhecimentos e pers-

picácia, capaz de reconhecer a criança doente rapidamente através da observação e interpretar sinais de alerta que possam passar despercebidos a um profissional inexperiente e menos preparado. Além disso, o triador deve possuir boa capacidade de comunicação, gestão de stress e ansiedade que as crianças e os pais apresentam, capacidade de trabalhar sob pressão, ser organizado, ser assertivo e possuir pensamento crítico para que este processo tenha êxito. O enfermeiro da triagem é o primeiro profissional de saúde com que a criança e a família se depara e o impacto desta assistência pode ser determinante em todo o processo de atendimento, inculcando o sentimento de confiança na criança e nos pais. Na triagem, pude constatar que os motivos que levam as crianças e família a procurar o SUP, são essencialmente por doença aguda, acidentes escolares e domésticos e agudização da doença crónica, como as situações de febre, dificuldade respiratória, agudização da asma, vômitos, diarreia, infecção urinária, queda com fractura e/ou feridas, ingestão de corpos estranhos, entre outros. Constatei que há um elevado número de idas ao SUP por situações não urgentes, que poderiam ser atendidas em contexto de CSP, e segundo Caldeira et al (2006), esta elevada procura de um atendimento em contexto de SUP de situações não urgentes tem *“... evidenciando a necessidade de reforço dos cuidados de saúde primários com meios materiais e humanos (...) e de implementação de campanhas de sensibilização e educação para a saúde, de forma a otimizar a utilização do SU pediátrico por parte dos utentes.”*

Na sala de tratamentos pude colaborar e realizar vários procedimentos à criança como aspiração de secreções, avaliação de sinais vitais, algaliação, colocação de saco colector para colheita de urina, administração de medicação, entre outros.

Na sala de pequena cirurgia, pude colaborar na realização de suturas e no tratamento de feridas, na drenagem de um pneumotórax espontâneo, na administração de terapêutica nomeadamente analgesia e encaminhar a criança e família a realizar exames complementares de diagnóstico como raio X.

Na sala de OBS pude assistir crianças com vários problemas de saúde. O tempo de permanência nesta área de assistência preconiza-se que seja de 24 horas dando posteriormente encaminhamento para o internamento ou alta se resolvido, porém, as crianças ficam mais tempo como em situações de pós-operatório para vigilância e/ou tratamento, por não haver vaga no serviço de internamento,

ou para estabilidade antes da transferência, funcionando como uma unidade de cuidados intermédios. Neste sentido e dada a lotação do serviço (dez camas e uma de isolamento), a unidade está várias vezes com lotação completa, o que exige por parte dos enfermeiros capacidade de gestão de camas e espaço, havendo necessidade de que crianças com critérios para estar em vigilância e/ou tratamento nesta área, fiquem em macas no corredor. As situações mais frequentes que tive oportunidade de participar na assistência foram dispneia, diarreia e desidratação, pós-operatório por exemplo apendicectomia, entre outros.

A nível da sala de emergência pude observar a equipa multidisciplinar na assistência a uma criança de 12 meses com mal epilético em que pude constatar que a assistência exige uma preparação e nível de conhecimento diferenciado e uma boa articulação e coordenação da equipa de modo a garantir o sucesso da actuação em prol da criança e família, sendo que a liderança da equipa é da responsabilidade do EESIP.

A assistência no SUP exige profissionais bem preparados para responder a diferentes níveis de complexidade, sendo que o EESIP, é o profissional mais capaz para responder, dentro das suas competências às solicitações e necessidades da criança e dos pais, assim como gerir as prioridades. Por ser um serviço com características particulares, onde o tempo de permanência é breve, o cuidado centrado na família é importante por forma a prestar cuidados o menos traumáticos, implementando cuidados de enfermagem que vão de encontro às necessidades da díade, diminuindo a preocupação e ansiedade inerentes ao contexto. Segundo Hockenberry (2014), o cuidado não traumático assenta na prestação de cuidados terapêuticos, através do uso de intervenções que eliminem e minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e suas famílias no sistema de cuidados de saúde. Desta forma, sempre que possível, dei oportunidade à criança e família para expor as suas dúvidas, expressar os medos, proporcionei informação, dei oportunidade de participar no cuidado, tornando os pais como parte integrante de todo o processo.

No estágio de Pediatria, tive oportunidade de observar e prestar assistência a cerca de 30 crianças com internamento por problemas médicos e/ou cirúrgicos e cerca de 25 em regime de ambulatório. Na assistência, procurei sempre adequar a minha actuação ao estadio de desenvolvimento de cada criança bem como às características da criança e da família. Os motivos de internamento fo-

ram maioritariamente por causas agudas, mas também algumas de doença crónica. As situações mais frequentes foram por problemas do foro respiratório (pneumonias e bronquiolites), do foro gastrointestinal (vómitos e diarreia), problemas urinários (infecções urinárias e pielonefrites), problemas músculo-esqueléticos (fracturas, osteomielites, pectus excavatum), entre outros. As idades foram variadas desde o lactente até ao adolescente, tendo também uma situação de um doente com 21 anos, por motivo de doença crónica, Osteogénese Imperfeita, que continuava a ser acompanhado pela pediatria. A OMS define que as doenças crónicas são geralmente doenças de longa duração e progressão lenta e são de longe a principal causa de mortalidade no mundo e segundo Fisher (2001), os pais de crianças com doença crónica manifestaram como necessidades sentidas a normalidade e alguma certeza sobre o futuro, e a informação e trabalho em equipa com os profissionais de saúde, pelo que os enfermeiros devem estar atentos ao impacto que estas provocam na vida das crianças e das suas famílias. Procurei prestar cuidados centrados na família, identificando e respondendo às necessidades manifestadas, incluindo a família na tomada de decisão dos cuidados a desenvolver e ensinando, instruindo e treinando habilidades para que possam dar continuidade aos cuidados.

A nível do hospital de dia tive oportunidade de ver outra vertente da assistência à criança e família que permite muitas vezes evitar a hospitalização da criança, como no caso de administração de terapêutica endovenosa, realização de tratamentos, provocações terapêuticas, entre outras.

Tive oportunidade de estar na Cirurgia de Ambulatório em dois turnos (15 horas) e pude aperceber-me de algumas oportunidades de melhoria a nível deste serviço. A Cirurgia de Ambulatório, que tem como objetivo resolver problemas cirúrgicos em regime de ambulatório, sendo programado, poderia ter uma melhor preparação previa, adotando uma metodologia de trabalho mais direccionada ao atendimento personalizado da criança e família que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico. Por exemplo, através de uma consulta de enfermagem pré-operatória, que neste serviço é inexistente. Assim, os procedimentos que são feitos na admissão no dia da cirurgia poderiam ser feitos a nível da consulta de enfermagem, com o intuito de preparar a criança para o procedimento, de acordo com a idade e estadio de desenvolvimento, como a colheita de dados da criança, a preparação da criança e família, familiarizando-os com o espaço e circuitos,

permitindo a redução da ansiedade e medo do desconhecido, oferecendo materiais à criança, por exemplo uma máscara para levar para casa, demonstrando a utilização dos equipamentos (Hockenberry, 2014), oferecendo informação escrita aos pais para levar para casa; são exemplos de medidas a adoptar no sentido de garantir a qualidade da prática assistencial neste serviço, proporcionando uma boa experiência a nível pré, peri e pós operatório à criança e família. Partindo do princípio que o medo do desconhecido supera o medo do conhecido, e sabendo-se que tornando o desconhecido em conhecido se pode diminuir o medo, podemos minimizar os factores stressantes na criança, potenciando a energia das mesmas para a capacidade de lidar e superar aquele evento na sua vida (Hockenberry, 2014).

Preparei as crianças e família para os procedimentos a nível do internamento de acordo com a idade e estadio de desenvolvimento. Aquando da administração terapêutica ou de outros procedimentos como as punções venosas, em que a criança é levada para a sala de tratamentos, ofereci materiais à criança para que esta se familiarizasse, geri a dor através da administração de analgesia, aplicação de analgesia tópica, incentivei a presença da família durante os procedimentos, pedindo para ficar próxima da criança, promovi atividades lúdicas e a brincadeira, entre outros. Investir na preparação dos pais para os procedimentos dolorosos, ensinando-os a ter uma presença de qualidade, constitui uma força estabilizadora, sendo para as crianças o garante da protecção, confiança e carinho (Batalha, 2010). Segundo Munro e D'Errico, (2000) citado por Hockenberry (2014), mesmo que alguns pais possam ficar ansiosos, a maioria controla a ansiedade, não perturbando e apoiando a criança no procedimento. No contexto da hospitalização as crianças beneficiam de poder brincar, permitindo assim que se possam abstrair do ambiente de hospital em que se encontram e podendo expressar-se através da brincadeira, aumentando o sentimentos de controlo e segurança. "Brincar é um dos aspectos mais importantes da vida de uma criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o stress." (Hockenberry, 2014, p. 1041). Tendo em conta a importância que o brincar representa para a criança, pedi sempre à família que trouxesse o/os brinquedos preferidos dos filhos para o hospital e procurei proporcionar às crianças momentos de brincadeira, tanto na enfermaria como na sala lúdica.

A preparação para o regresso a casa em qualquer contexto, inicia-se desde o acolhimento, preparando e capacitando a criança e a família de acordo com as necessidades manifestadas para que quando não tiver os profissionais de saúde por perto, possa prestar os cuidados de forma autónoma e segura e segundo a OE (2011, pg. 68) *“Preparar o regresso a casa consiste num processo dinâmico e contínuo desenvolvido pela equipa multidisciplinar ao longo de todo o internamento de forma a facilitar a transição da criança para o domicílio ou para outro nível de cuidados, garantindo a qualidade e a continuidade de cuidados”*.

Objetivo:

- Desenvolver competências na promoção da Parentalidade.

Atividades:

- Apoiar na transição e no desempenho da Parentalidade;
- Ensinar, instruir e treinar os pais acerca dos cuidados à criança;
- Realizar visita domiciliária;
- Realizar AES para os pais sobre “Segurança e prevenção de acidentes no primeiro ano de vida”;
- Colaborar na AES para os pais sobre Segurança Rodoviária - Como Transportar as Crianças”.

Segundo Coutinho (2004), é da responsabilidade dos pais educar, proteger, cuidar e socializar a criança, promovendo o seu desenvolvimento físico, intelectual e moral. Sousa (2012) afirma que as evidências empíricas sugerem que os pais são os elementos que exercem maior influência na existência infantil, sendo que a relação que se estabelece entre pais e filhos, constitui o factor determinante para a qualidade da vida da criança. Também Quelhas (2014), corrobora que as práticas parentais são determinantes no processo de crescimento e desenvolvimento da criança até a vida adulta.

A parentalidade, de acordo com o ICN (2015) é definida como: *“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar, (...) otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (...)”* (pg. 71)”. Segundo Dave et al (2008), citado por Hockenberry (2014) os objetivos da parentalidade prendem-se com a pro-

moção da sobrevivência física e saúde da criança, até desenvolver as capacidades necessárias para ser um adulto independente com capacidades comportamentais para otimizar os valores culturais e as crenças. Contudo, Hockenberry (2014) salienta que chegada de um novo elemento ao seio familiar pode originar uma crise pois exige uma mudança no desempenho dos papéis e mudanças nas relações já existentes, exigindo novas respostas, uma vez que, para além do papel de marido e mulher, o casal tem que assumir o papel de pai e de mãe.

Não há uma preparação suficientemente completa para os pais responderem às necessidades imediatas e constantes do filho (Hockenberry, 2014), pelo que os pais precisam de adquirir conhecimentos e habilidades para o desempenho do papel parental. A capacitação dos pais para assumir este papel, enquadra-se nas funções do EESIP, que deve implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (OE, 2010).

Sabendo que a parentalidade constitui uma transição é importante dar suporte aos pais para que possam enfrentar e se adaptar de forma satisfatória ao seu novo papel. A adequação dos cuidados parentais, o estabelecimento de uma ligação pais e criança e uma adequada vinculação são fundamentais para o desenvolvimento saudável e harmonioso da criança ao longo da vida. O Programa Tipo de Atuação em Saúde Infantil (2013) estipula como um dos objetivos “*Apoiar e estimular o exercício das responsabilidades Parentais e promover o bem-estar familiar*” (DGS, 2013). Segundo Meleis (2010), aquando da prestação de cuidados, os enfermeiros desenvolvem intervenções no sentido de antecipar, avaliar, diagnosticar e ajudar as pessoas a lidar com as transições através da aprendizagem de novas competências, promovendo o bem-estar e autonomia. Assim, ao longo do meu percurso nos diferentes contextos assistenciais, procurei apoiar os pais no desempenho do seu papel parental, tendo sempre presente a singularidade que é cada unidade familiar, respeitando as suas crenças e valores, procurei prestar uma assistência individualizada, tentando dar resposta às necessidades de cada família. A título de exemplo, no contexto das intervenções relacionadas com o desempenho do papel parental, ensinei, instruí e treinei habilidades sobre o posicionamento, o banho, os cuidados ao coto umbilical, a amamentação, a gestão do regime terapêutico, a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, valorizando os cuidados antecipatórios na promoção da saúde e prevenção da doença, facultando aos pais “*os conhecimentos necessários ao melhor desempe-*

nho, no que respeita à promoção e protecção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (...)” (DGS, 2013), a segurança e prevenção de acidentes, os sistemas de retenção, a saúde oral, o cumprimento do PNV, entre outros. Também apoiei os pais no planeamento do regresso a casa, articulando-os com outros recursos da comunidade. O momento da alta pode gerar stress aos pais, que se vêm afastados da segurança dos profissionais de saúde por perto e dos equipamentos. Segundo Hockenberry (2014), o momento da alta é preparado desde a admissão, pelo que é importante a integração dos pais a nível dos cuidados, permitindo-lhes a observação, participação com supervisão e uma demonstração de retorno da habilidade. A nível do contexto de neonatologia onde estagiei, o RN e os pais têm alta quando são capazes de realizar as habilidades requeridas e é efectuado um contacto telefónico pelas enfermeiras nas 24 horas após a alta, assim como são facultados números de telefone caso precisem de assistência. O contacto telefónico é um procedimento importante, que reduz a ansiedade e transmite segurança, pelo facto dos pais sentirem que há profissionais de retaguarda, que os vão orientar se tiverem dúvidas, nas primeiras horas após a alta.

Durante o estágio na UCSP, tive oportunidade de realizar uma visita domiciliária ao RN e família. A VD é uma estratégia importante na medida em que transmite melhor percepção das necessidades da criança e família, conhecendo as características do contexto em que habita e constitui uma oportunidade para a promoção da parentalidade. Segundo o Programa Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2013, pg.7) a visitação domiciliária constitui um “*elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, (...)*”. A visita foi realizada em contexto da alta da maternidade 5 dias após o nascimento e foi programada após a receção da Notícia de Nascimento.

A Notícia de Nascimento entrou em vigor após a norma emanada pela DGS Norma nº 013/2015 de 01/07/2015, e tem como objetivos a articulação entre os hospitais e os cuidados de saúde primários assim como o incremento de qualidade assistencial à criança e família através da identificação atempada de situações de risco clínico ou social. Na visita, pude observar as competências do recém-nascido, a interacção familiar. A observação de comportamentos de vinculação (considerando como laço afectivo, o desenvolvimento de ligações emocionais dos pais para o bebé e a vinculação como a ligação emocional do bebé para os pais

(ICN, 2015)), pode revelar muitas variáveis que podem afetar o desenvolvimento da parentalidade, pelo que, devemos encorajar os pais à discussão de sentimentos sobre o bebé e reforçar comportamentos que auxiliem esta interacção bem sucedida (Hockenberry, 2014). Realizei o rastreio neonatal de doenças metabólicas, informando os pais sobre o procedimento, administrei a Vacina BCG, pelo facto de residir numa zona com critérios para administração, observei a amamentação, realizei ensinamentos oportunos (amamentação, cólicas, sono), esclareci dúvidas, e foram agendadas as consultas necessárias tanto para a mãe como para o RN. Constatei que a VD garante um adequado acompanhamento à criança e família, e constitui uma mais valia transmitindo maior segurança na adaptação à parentalidade.

No âmbito da UCC, tive oportunidade de participar numa aula de preparação para o parto, no projecto “Abraçar a Nova Vida” - Preparação para a Parentalidade, onde se prepara a mulher e a família (os pais são incentivados a estar presentes), física e psicologicamente para o parto e para o exercício da parentalidade, e uma aula do curso de recuperação pós-parto e massagem infantil - “De volta à forma”, onde se promove o contacto dos pais com a criança, realiza ensinamentos, esclarece dúvidas e partilha experiências entre as famílias. Segundo Deave et al (2008) citado por Hockenberry (2014), os pais e mães que se preparam para o ser, experienciam menos stress no ajustamento ao nascimento do novo bebé do que os que não o fazem, assim como os projectos desenhados para acontecer após o nascimento do bebé são úteis para lidar com o stress transicional.

A segurança é um aspecto fundamental no desenvolvimento infantil. Os acidentes em casa no primeiro ano de vida ocorrem com muita frequência, a sua prevenção reveste-se de elevada pertinência, nomeadamente através da abordagem precoce junto dos pais/cuidadores da criança. Segundo a APSI (2009), diariamente recorrem ao serviço de urgência crianças vítimas dos vários tipos de acidentes sejam eles por quedas, queimaduras, asfixia de pequenos objectos ou intoxicações por tóxicos ou medicamentos. No âmbito do projecto para a Parentalidade da UCC, e havendo interesse manifesto pela temática, enquanto necessidade formativa para os pais, juntamos os dois grupos que frequentavam o curso de recuperação pós-parto “De volta à forma” e realizei, desde a concepção até à avaliação 1 sessão de educação para a saúde a um grupo de 10 pais (8 mães e 2 pais), subordinada ao tema “Prevenção de acidentes no primeiro ano de

vida” (Apêndice 2). A apresentação desta sessão teve como objetivos compreender a importância da prevenção de acidentes desde o nascimento, conhecer o tipo de acidentes mais comuns de acordo com a etapa de desenvolvimento da criança ao longo do primeiro ano e a promoção de ambientes seguros para as crianças. Na avaliação da sessão denota-se que o tema foi pertinente e claramente abordado, assim como, em conversa informal após a apresentação em que os pais partilharam experiências e consideraram a temática importante no seu dia a dia.

Segundo a SPP (2007), a abordagem à segurança rodoviária é fundamental, uma vez que os acidentes são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva das crianças em Portugal. No âmbito da UCC colaborei na acção de educação para a saúde sobre “Segurança Rodoviária - Como Transportar as Crianças”, dirigida às grávidas no fim do 2º trimestre de gravidez. O intuito da realização nesta etapa da gravidez, justifica-se pela maioria dos pais ainda não terem adquirido os sistemas de transporte e retenção das crianças e assim poderem fazer de forma mais informada e responsável. Além da exposição do tema em que são abordadas questões relacionadas com a segurança, medidas simples que podem ser adoptadas, os sistemas de retenção existentes, como usá-los e as características a ter em consideração, colaborei no ensino, instrução e treino sobre a utilização da cadeira de transporte automóvel, através da cadeira-modelo da UCC, e forneci o panfleto existente na UCC sobre a temática.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da Parceria de Cuidados.

Atividade:

- Promover a parceria de cuidados na assistência à criança e família.

Reflexão:

Segundo Casey (1993), *“os cuidados centrados na família, prestados em parceria com estes, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.”* A mesma autora defende que para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cui-

dados devem ser prestados em forma de protecção, estímulo e amor, e nesta perspectiva ninguém melhor que os pais para os desenvolverem.

Neste sentido e tendo por base esta filosofia de cuidados, os enfermeiros devem desenvolver o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento da criança e família. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que o EESIP promove o estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento, participação/parceria nos cuidados, capacitação e negociação (OE, 2011). A participação da família ocorre consoante o seu desejo de participar e nos cuidados que quer realizar, devendo os enfermeiros ter uma conduta baseada no respeito, flexibilidade e valorização das necessidades de cada família, personalizando e adequando a assistência a cada família. O EESIP não deve presumir que os pais querem prestar todos os cuidados ao seu filho, pelo que deve negociar constantemente, dando-lhes a escolher até que ponto querem estar envolvidos ou se querem apenas contribuir com os cuidados básicos, como o vestir, o alimentar e o mudar a fralda (Lee, 2004).

Ao longo dos estágios, procurei desenvolver uma parceria com os pais, acolhendo-os e apoiando-os, demonstrando respeito, disponibilidade e flexibilidade, para que estes se sentissem auto-confiantes para participar, ou não, activamente nos cuidados. A nível da neonatologia e pediatria, o trabalho desenvolvido com os pais passou por envolvê-los gradualmente no cuidado à sua criança, dentro do possível, planeando, apoiando e supervisionando os cuidados prestados pelos pais, respeitando a sua vontade e desejo de realizá-los, incentivando o seu envolvimento, fazendo ensinamentos pertinentes, reconhecendo as suas potencialidades e competências enquanto cuidadores da criança. Cuidados à criança como o vestir e despir, o banho e cuidados de higiene, os cuidados ao coto umbilical, a avaliação da temperatura, a alimentação, a execução de inalação, entre outros.

No SUP e na UCSP o tempo de contacto com a criança e família é mais curto, contudo, foi possível negociar os cuidados com os pais, por exemplo, na administração de terapêutica oral e rectal, na execução de inaloterapia, na colheita de urina para análise, na avaliação da temperatura, na avaliação dos valores antropométricos, entre outros.

Segundo Jorge (2004), os pais ao participarem ativamente nos cuidados à criança, dá-lhes autoconfiança para prestar os cuidados necessários de forma autónoma e segura e o seu envolvimento proporciona conforto e tranquilidade à criança e família, ajudando a diminuir a ansiedade e o medo.

Objetivo:

- Colaborar em projectos no âmbito da saúde infantil.

Atividade:

- Organizar e Dinamizar o “Dia Mundial da Criança”.

Reflexão:

O estágio na UCSP decorreu num período que abrangeu o “Dia Mundial da Criança”, pelo que tive oportunidade de organizar e dinamizar esta data especial na UCSP com o tema “Os Direitos das Crianças” (Apêndice 3). A comemoração decorreu desde dia 1 a 3 de junho de 2016 em que se decorou a sala de espera com cartazes com imagens de crianças e um poema alusivo aos direitos da criança com o intuito de alertar a comunidade para esta temática. Também disponibilizamos um painel com a frase “Ser criança é...” para as crianças e/ou pais e restante comunidade que quisessem deixar uma mensagem, assim como disponibilizamos tintas para desenhar. No final das consultas ofereci balões que foram recebidos com grande alegria. Abordei esta temática reforçando a ideia de que as crianças são especiais e detentoras de direitos que todos temos obrigação de respeitá-los, considerando que importa preparar plenamente a criança para viver em sociedade num espírito de paz, tolerância, dignidade, respeito e liberdade como proclamado na Carta das Nações Unidas. Também foi intuito da dinamização deste dia, proporcionar às crianças que a ida a esta unidade de saúde, fosse agradável e pudessem ter uma atividade lúdica de forma a assinalar a data. Não tendo feito nenhuma avaliação formal da atividade, posso afirmar que o objetivo foi atingido pelos comentários que ao longo dos dias foram sendo feitos, assim como a adesão às pinturas e mensagens escritas no placar exposto com essa intenção. Os cartazes, após aprovação da direcção da UCSP ficaram em permanência expostos ao longo dos corredores da UCSP que dão acesso aos gabinetes médicos e de enfermagem.

Competências:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Objetivo:

- Desenvolver competências na assistência de em enfermagem especializada à criança e família em situações de risco.

Atividades:

- Assistir a criança e família em situação de risco;
- Identificar recursos na comunidade na assistência à criança e família em situação de risco;
- Reflectir sobre o papel do EESIP na assistência à criança e família em situação de risco.

Reflexão Crítica:

As situações de maus-tratos são uma realidade com que os enfermeiros se deparam frequentemente nos vários contextos de trabalho, sendo que a sua prevenção tem sido difícil atingir. Porém, é importante que os profissionais integrem programas que abordem esta temática (Hockenberry, 2014). Segundo a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009), as equipas de saúde devem dar resposta às necessidades relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença, sendo necessário um enfermeiro especialista para intervir em situações de maior complexidade, como a abordagem a grupos de risco.

O ACES de Gaia tem um Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) que desenvolve a atividade no âmbito da intervenção de primeiro nível,

e tem como objetivo a promoção dos direitos das crianças e jovens até aos 18 anos, através do acompanhamento e sinalização de situações de risco, bem como da articulação e apoio com os restantes recursos e serviços da comunidade e promovendo a sensibilização dos profissionais para a prevenção e intervenção em situações de maus- tratos. Também são um meio de comunicação à CPCJ e outras instâncias legais, no que respeita à comunicação dos casos que necessitam de uma intervenção de segundo e terceiro nível.

Durante o estágio em contexto de cuidados de saúde primários tive oportunidade de integrar a equipa do NACJR, da qual a EESIP da UCSP faz parte, integrando uma equipa multidisciplinar. Semanalmente, há uma reunião do núcleo, em que se discutem os casos já sinalizados assim como se analisam os novos casos referenciados. Neste âmbito e após a referenciação e avaliação de uma situação, tive oportunidade de colaborar numa visita domiciliária a uma família com uma criança de 5 meses de idade que aquando de uma ida ao Centro de Saúde para vigilância de saúde infantil, o casal protagonizou na sala de espera um episódio de violência, estando a criança ao colo da mãe. Segundo o PNSIJ (2013, pg.7) a visita domiciliária constitui um *“elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, (...) doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco”*. A visita domiciliária teve como objetivo fazer uma avaliação do contexto sócio- familiar em que a criança e família estava inserida, as relações familiares, as redes de apoio, bem como a avaliação do desenvolvimento da criança e das competências parentais a nível de condições de segurança, alimentação, higiene, vigilância de saúde entre outras. O núcleo familiar era constituído pela criança e os pais, ambos muito jovens (20 anos), sem ocupação escolar e/ou profissional e segundo os próprios com apoio familiar precário. O apoio financeiro provinha do rendimento de inserção social. A casa era alugada e apesar de apresentar um bom espaço tanto interior como exterior, apresentava condições de higiene precárias. A nível do desenvolvimento da criança, esta apresentava-se normal para a idade. A relação entre os pais parecia tensa, embora ambos tivessem referido estar tudo bem, desde o episódio que motivou a referenciação desta família ao núcleo. No dia do episódio, a mãe tinha sido referenciada pela médica de família para uma consulta de psicologia, não tendo esta comparecido por achar que não era necessário. Foram reforçados ensinamentos aos pais, assim

como estes foram informados de recursos disponíveis a nível dos cuidados de saúde primários. Perante a renitência dos pais, e tendo em consideração tratar-se da primeira visita, foram planeadas visitas domiciliárias periódicas no sentido de acompanhar a situação bem como consulta de vigilância na UCSP. A visita foi realizada pela EESIP e pela assistente social que elaboraram um relatório e deram encaminhamento à situação.

Na UCC, tive oportunidade de conhecer o projecto “Na Palma da Mão”, exclusivo da área de especialidade de SIP que actua em grupos de risco dos 0 aos 3 anos, e que tem como critérios de referenciação por exemplo, a prematuridade, famílias disfuncionais, crianças em que a mãe faltou à vigilância na gravidez ou às consultas de saúde infantil, entre outros. A referenciação pode ser feita por médicos e enfermeiros e após a referenciação o contacto com a família deverá ser efectuado nos próximos 5 dias. Ao fazer a avaliação da situação no contexto domiciliário, que é realizado pela enfermeira e a assistente social é traçado um plano de acompanhamento que pode culminar com alta, estando o problema resolvido (tendo sido acompanhado pela enfermeira) ou no encaminhamento para outros recursos. Tive oportunidade de acompanhar a EESIP e a assistente social ao domicilio na visita de uma criança e família em que a mãe não tinha feito a vigilância da gravidez e não fez vigilância infantil adequada. A título de exemplo, a mãe foi ao centro de saúde realizar o Rastreio Neonatal de Doenças Metabólicas ao 9.º dia, não procurando mais os serviços de saúde. À data da visita a criança tinha 5 meses, e após a terceira visita das profissionais de saúde ao domicilio, previamente combinada, a mãe não estava em casa e não atendeu o telefone, pelo que a situação foi referenciada à CPCJ. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011), o EESIP deve identificar as situações de risco, onde se incluem os maus-tratos, situações de negligência e privação, abuso e comportamentos risco e perante estas situações deve articular com outras instituições como hospitais, centros de saúde, Comissões de Protecção da Criança e Jovem em Risco, entre outras.

Objetivo:

- Desenvolver competências na assistência de enfermagem especializada à criança e família em situação de especial complexidade.

Atividades:

- Assistir a criança e família em situação de especial complexidade;
- Identificar recursos na comunidade na assistência à criança e família em situação de especial complexidade;
- Reflectir sobre o papel do EESIP em situação de especial complexidade;

Reflexão:

Na UCC a EESIP partilha o horário com a ELI Gaia, pelo que tive oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido por esta. O trabalho feito pela ELI Gaia tem por objetivo a intervenção precoce em crianças dos 0 aos 6 anos que tenham “alterações nas funções ou estruturas do corpo” ou “risco grave do desenvolvimento” e funciona através da coordenação dos Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Saúde, conjuntamente com as famílias e comunidade (Decreto-lei 281/09) de acordo com as orientações do SNIPI.

A equipa é multidisciplinar e qualquer profissional que contacte com a criança pode referenciar a criança para a ELI desde que tenha conhecimento sobre a forma de referência, que pode ser feita através do formulário preenchido na plataforma da DGS ou, através do item SNIPI, no SClínico. À ELI Gaia chegam maioritariamente referências feitas por pediatras, por detectarem problemas aquando das consultas de vigilância, mas cada vez mais os enfermeiros começam a referenciar, uma vez que há cada vez mais EESIP que integram as equipas a nível de cuidados de saúde primários. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011) existe um número elevado de crianças com risco ou com atraso de desenvolvimento diagnosticado, que necessitam de reforço de intervenção precoce e o EESIP quando presta cuidados de nível avançado com segurança e competência identifica e mobiliza recursos de suporte à criança e família.

A operacionalização do SNIPI é feita entre a família e a instituição de modo a fazer uma avaliação da situação e elaboração de um plano individual de intervenção precoce (PIIP), em que são consideradas as prioridades, as expectativas e as preocupações das famílias. Segundo Fernandes (1988, pg. 125), envolver os pais “*torna-os participantes e co-responsáveis no processo de tratamento, reforça o sentimento de serem capazes e úteis ao seu filho diminuindo a sensa-*

ção de impotência perante a doença”. A intervenção é feita a nível do domicílio podendo ser feita por exemplo, em ambiente escolar.

Tive a oportunidade de visitar uma família com uma criança com um ano de idade com o critério de referenciação de “alteração nas funções ou estruturas do corpo”, que tinha o diagnóstico de Coloboma do Disco Óptico e atraso global do desenvolvimento psicomotor. A criança foi referenciada por uma médica pediatra do CHVNGE aos 10 meses e desde então que a EESIP executa o PIIP uma vez por semana.

Em relação a este caso fiz três visitas domiciliárias, a primeira quando a criança tinha 11 meses, em que observei a EESIP na execução do PIIP, e a última quando tinha 1 ano e 10 dias, em que nas duas últimas vezes pude discutir e intervir de acordo com o PIIP. Desde então a evolução era evidente pois ao início por exemplo, a criança não se sentava nem manipulava objectos e passado algum tempo já o fazia. O trabalho realizado com esta criança centra-se essencialmente em estratégias de estimulação sensorial e motora, por exemplo através da brincadeira, da conversa, estimulação do tacto dando-lhe objectos de várias texturas para manipular, trabalhando a preensão, levar os objectos à boca, o olfacto, trabalho a nível do posicionamento, do tónus, etc.

Todas as intervenções realizadas assim como os objetivos a alcançar e as estratégias foram delineadas com a família, e no âmbito de uma equipa multidisciplinar, que se reúne a cada 6 semanas para atualização, e a cada visita a EESIP trabalha no sentido de, além da estimulação conforme a necessidade da criança, de transmitir estratégias no sentido da capacitação parental para trabalhar com a criança, de modo a aumentar os ganhos em saúde.

Também a nível do SUP e do serviço de Pediatria assisti e prestei cuidados a crianças e família em situação de doença crónica (diabetes; asma; epilepsia; doenças metabólicas). De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde da criança e do Jovem (OE, 2011), o trabalho dos EESIP, que assenta na filosofia de cuidados centrados na família, concebendo a família como o contexto da criança, os cuidados de enfermagem implicam envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação de cuidados. As famílias com crianças com doenças crónicas detêm responsabilidades complexas pelo que os cuidados centrados na família, exigem aos profissionais: *“reconhecer e respeitar a individualidade e as forças da família,*

promover a competência e a confiança da família relativamente aos cuidados da criança, e empoderar a família para defender a criança na relação com o sistema de saúde” (Vessey e Mebane, 2009 citado por Hockenberry, 2014).

Na unidade de neonatologia tive a oportunidade de colaborar na assistência de um RNPT, com 25 semanas e 520 gramas de peso, com ventilação mecânica, cateter umbilical com perfusões em curso e monitorização da pressão arterial invasiva, em incubadora com humidade. A prematuridade deveu-se a complicações durante a gravidez gemelar, em que o gémeo foi selectivamente eliminado por disfunção incompatível com a vida extra-uterina, e em que esse acto resultou na indução iatrogénica do trabalho de parto.

A assistência ao RN de extrema prematuridade é um desafio, pelas particularidades fisiopatológicas que apresentam. Segundo a SPP (2014, pg. 1) os RNPT requerem cuidados especiais que devem ser *“cuidadosamente planeados e executados no sentido de manter a estabilidade geral, apesar da imaturidade de várias funções vitais”*. A título de exemplo, os cuidados ao RNPT passaram pelo banho na incubadora, a manipulação asséptica de cateter umbilical, a aplicação de soro e aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal, a prevenção de maceração da pele pelo adesivo, os posicionamentos, a manutenção da temperatura corporal, a gestão dos factores stressantes inerentes à sala de cuidados intensivos como por exemplo, cobrindo a incubadora com manta, a nidificação, a monitorização e vigilância apertada de sinais vitais, prevenindo e evitando complicações

Objetivo:

- Desenvolver estratégias para a minimização do impacto da doença e hospitalização na criança e família.

Atividades:

- Compreender o impacto da doença e da hospitalização na criança e família;
- Auxiliar a criança e família a lidar com a experiência da doença e hospitalização, minimizando o impacto negativo;
- Refletir sobre o papel do EESIP na assistência à criança e família hospitalizada;

Reflexão:

A doença e hospitalização de uma criança são processos stressantes para esta e para a família. O hospital representa para a criança um ambiente desconhecido, restrito à possibilidade de brincar, sendo um lugar muitas vezes de solidão, de saudades de casa e de afastamento das pessoas significativas. Também a família vivência angústia perante este processo, podendo surgir muitas vezes sentimentos de medo e frustração (Calvett et al, 2008). Segundo Tavares (2011), o processo de hospitalização representa uma crise vivida pela criança, envolvendo a saída do seu ambiente familiar para outro assustador e desconhecido, onde enfrenta pessoas desconhecidas que lhe infligem procedimentos dolorosos. Hockenberry (2014, pg. 1058), salienta que as crianças são particularmente vulneráveis ao impacto provocado pela doença e hospitalização, *“porque o stress representa uma mudança do estado de saúde e rotina habitual e porque possuem mecanismos de defesa limitados”*, constituindo muitas das vezes, as primeira crises que as crianças enfrentam. O mesmo autor descreve como factores de stress e reacções das crianças na hospitalização: a ansiedade de separação; a perda de controlo; e o medo da lesão corporal e dor. A reacção das crianças face a estas crises dependem, entre outros, da idade de desenvolvimento da criança e experiências anteriores com a doença e hospitalização.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011), o EESIP procura concretizar atividades no sentido de minimizar o impacto dos factores stressantes relacionados com a experiência da hospitalização. Assim, tendo presentes os factores stressantes descritos, procurei prestar uma assistência competente, no sentido de minimizar os potenciais efeitos negativos dessa experiência.

No sentido de minimizar a ansiedade da separação procurei estabelecer uma relação empática com a criança e família, incutindo-lhes confiança e favorecendo a presença dos pais nos cuidados prestados respeitando a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1988, pg.13) que refere *“O direito de todas as crianças a terem os seus pais presentes durante todo o tempo e sem restrição, deve ser parte integrante do tratamento da criança no hospital”*. Os cuidados centrados na família reconhecem-na como fundamental na vida da criança, assim como os cuidados prestados em parceria com esta (Casey, 1993), pelo que respeitei estas premissas.

Hockenberry (2014) descreve a perda de controlo como resultante da restrição física, das rotinas alteradas, da dependência forçada e dos papéis alterados no seio da família. Tendo em conta o impacto que estas contingências causam na criança e atendendo à sua idade de desenvolvimento procurei, sempre que possível, em parceria com a criança e com os pais, a manutenção da rotina da criança, dos seus gostos e preferências, preparando e informando a criança sobre os procedimentos, de acordo com a sua idade e desenvolvimento cognitivo, promovendo atividades lúdicas que permitissem à criança brincar. Brincar é essencial para a criança manter o bem-estar mental, emocional e social (Hockenberry, 2014).

Como factor de stress na hospitalização surge também o medo da lesão corporal e da dor, pelo que procurei promover estratégias no sentido prevenir ou minimizar o seu impacto negativo. De forma a minimizar o stress e ansiedade associado aos cuidados e aos processos dolorosos, a minha actuação passou por estar atenta aos sinais de medo, informar e preparar a criança antes de qualquer procedimento, atendendo à sua idade de desenvolvimento, sendo honesta e verdadeira, gerindo a dor, actuando na sua prevenção e alívio, por exemplo, através da aplicação de analgésico tópico antes das punções venosas.

A reacção da família face à doença e hospitalização da criança é influenciada pela gravidade do diagnóstico, experiências anteriores, mecanismos de coping, crenças culturais e religiosas, entre outros, pelo que procurei proporcionar aos pais apoio, promovendo a escuta activa, mostrando disponibilidade para a expressão de sentimentos e o esclarecimento de dúvidas, respeito e sensibilidade perante a sua situação.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da gestão da dor.

Atividades:

- Utilizar estratégias de prevenção e controlo da dor na criança.

Reflexão:

A dor é considerada o 5º sinal vital (DGS, 2003) e constitui o principal motivo para a procura dos cuidados de saúde, provoca sofrimento, redução da qualidade de vida e outras alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas, pelo que o seu contro-

lo deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação dos cuidados de saúde (DGS, 2008). Segundo a classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2015, a dor é uma “*Percepção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, (...) inquietação...*” (OE, 2016, pg 54). Muitos autores referem que a dor, em pediatria, é um dos principais factores de stress, e embora a literatura em relação à avaliação e gestão da dor na criança cresça consideravelmente, muitas crianças continuam a ter um tratamento inadequado (Hockenberry, 2014).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2010, pg.14), na assistência à criança e família nas situações de especial complexidade o EESIP “*faz a gestão diferenciada da dor e do bem estar da criança/jovem, otimizando as respostas*”. Também o Guia Orientador de Boas Práticas - Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança salienta que quando sabemos que um procedimento vai ser doloroso, devemos fazer tudo para evitar a dor, utilizando preferencialmente mais do que um método e recorrendo à combinação de diferentes métodos farmacológicos e não farmacológicos (OE, 2013).

Nos diferentes contextos de assistência à criança e família geri as medidas farmacológicas e apliquei medidas não farmacológicas na prevenção e gestão da dor associada aos cuidados dolorosos ou desconfortáveis para a criança. As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança e são intervenções autónomas no exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2013). De acordo com o que se preconiza como boas práticas, e em parceria com a família e criança, sempre que possível e de acordo com a sua idade de desenvolvimento, adotei estratégias como a distração, a gestão do ambiente, incentivei a presença dos pais, a amamentação, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose a 24% (em contexto de neonatologia) e Glicose 30%, o embalo, o método canguru, entre outras.

O método canguru, além de proporcionar a proximidade e ligação afectiva entre mãe/pai e RN, reduz significativamente a duração do choro e a diminuição da atividade do comportamento em recém-nascidos prematuros (OE, 2013), pelo que foi uma medida adotada.

Na avaliação da dor, utilizei escalas adaptadas à idade e características da criança como por exemplo a EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nou-

veau-Né) na neonatologia, a FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability), a FLACC-R, a Escala Numérica, na pediatria e no SUP. Nos cuidados de saúde primários, os procedimentos dolorosos estiveram associados à vacinação, pelo que não usei escalas neste contexto, embora tivesse adotado estratégias de preparação e gestão da dor em relação ao procedimento.

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.

Objetivo:

- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais na assistência de enfermagem à criança e família.

Atividades:

- Adequar as estratégias de comunicação à criança e família;
- Proporcionar momentos de escuta e partilha de conhecimentos;
- Proporcionar um ambiente acolhedor, propício ao estabelecimento de uma relação terapêutica.

Reflexão:

A comunicação é um elemento fundamental quando se presta assistência à criança e família. Através da comunicação o profissional desperta na criança e família o sentimento de confiança, tranquilidade e segurança e desta forma consegue responder melhor às necessidades manifestadas. A abrangência da idade pediátrica constitui um factor desafiante a quem presta assistência em cuidados de saúde uma vez que a etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra traça a forma mais adequada de comunicar com ela. Reconhecer a comunicação relacionada com o desenvolvimento de processos de pensamento, oferece um quadro de referência para comunicarmos e nos relacionarmos com a criança (Hockenberry, 2014).

Os enfermeiros, como agentes de mudança nos cuidados de saúde e tendo como foco a qualidade dos mesmos, devem trabalhar no sentido de estabe-

lecer uma comunicação assertiva que permita construir uma relação terapêutica e humanizar os cuidados que presta a cada criança e família. *“Poder refletir sobre a comunicação na prática assistencial é permitir pensar sobre a condição primordial da profissão de enfermagem que acima de tudo é valorizar a vida e o ser humano, independente do local da assistência prestada.”* (Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR, 2010, pg.13).

Durante o meu percurso nos vários contextos assistenciais, o desenvolvimento e aprofundamento de competências relacionais e comunicacionais colocaram-me desafios aliciantes a nível do desenvolvimento pessoal e profissional, dada a minha inexperiência com a população pediátrica. Houve da minha parte todo o esforço e investimento para, à medida que progredia nos diferentes contextos assistenciais, alicerçar e sedimentar competências nesta área.

Ao longo do percurso nos diferentes contextos de assistência procurei comunicar com a criança, adequando a comunicação à sua etapa de desenvolvimento, recorrendo a estratégias verbais e não verbais. Sabendo que o processo de comunicação está mais associado à comunicação verbal, este processo não ocorre de forma linear, mas sim numa rede articulada entre a linguagem verbal e não verbal que estão presentes durante todo o contexto assistencial (Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR, 2013, pg.40). Ciente de que estas formas de comunicação na maioria das vezes são indissociáveis, procurei ser congruente durante a assistência à criança e família, recorrendo sempre a uma linguagem clara e objetiva, atendendo e respeitando a capacidade de interpretação, literacia, nível sócio-cultural e valores da criança e família alvo dos meus cuidados. Em toda a relação estabelecida procurei sempre ser honesta, não criando falsas expectativas, por exemplo, na realização de um procedimento doloroso. A relação de confiança baseia-se na honestidade, sendo que a veracidade das afirmações transmitidas à criança é a base de toda a negociação (Baggott, et al, 2002).

Em todos os contextos assistenciais coloquei em prática algumas técnicas facilitadoras da comunicação terapêutica, como por exemplo: colocar-me ao nível da criança, antes de a abordar directamente, dei tempo para esta se ambientar e se expressar, falei sobre os brinquedos que ela tinha, antes de centrar a atenção nela utilizando a técnica da terceira pessoa, e usei sempre a brincadeira como a linguagem universal das crianças, sempre que oportuno. Sobre o brincar, *“É uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica*

efectiva na relação com esta.” (Hockenberry, 2014, pg. 130). Também, segundo a mesma fonte, a brincadeira serve (...) “não só como instrumento de avaliação, para determinar o conhecimento e percepção da criança sobre a sua doença, mas também como método de intervenção e avaliação”.

A promoção de um ambiente favorável ao estabelecimento de uma boa comunicação é fundamental, pelo que em todos os contextos de assistência à criança e família foi uma preocupação presente. Desde a realização de um bom acolhimento nos diferentes contextos assistenciais, fazendo uma apresentação dos intervenientes na assistência, ao esclarecimento de dúvidas manifestadas assim como do objetivo das intervenções, de acordo com a idade e nível cognitivo da criança e família, assegurando a privacidade e confidencialidade da informação, assente numa postura empática e de aceitação e suportada pela gestão de um ambiente físico adequado (ambiente calmo, com o mínimo de fontes de distração ou interrupções). Sempre que possível, inclui a criança na interação, chamando-a pelo nome preferido.

Em contexto de neonatologia, tendo em conta as limitações da comunicação com a criança pré-verbal, foi necessário debruçar-me sobre a temática da linguagem não-verbal, reconhecendo o recém-nascido como um ser social, capaz de responder a estímulos sensoriais e sociais, em permanente interação com o meio e que possui mecanismos e aptidões para integrar informação e realizar comportamentos (Gomes-Pedro, 2005). Neste sentido, estive atenta ao comportamento dos recém-nascidos assim como procurei estabelecer uma adequada comunicação, nomeadamente através do toque e dos procedimentos realizados, com o contacto físico delicado e associado ao tom de voz calmo e suave. Mendes, et al (2003) refere que *“quando o procedimento é encarado como parte da relação de cuidados do recém-nascido e como uma oportunidade de interação, passa a ser percebido como uma dimensão da comunicação”.*

A faixa etária que compreende a adolescência foi muito desafiante em todos os contextos que tive oportunidade de assistir. Dadas as características próprias desta fase, que oscila entre ser criança e adulto, que caminha para a maturidade mas que muitas vezes não está munido de estratégias de coping para lidar com estas modificações. Considerar o adolescente como tendo a sabedoria e controlo de um adulto, assim como assumir que possui as preocupações e expectativas de uma criança é um erro que acontece com frequência (Hockenberry,

2014). No contexto de assistência ao adolescente, emergiu a necessidade de me apropriar de estratégias que facilitassem o desenvolvimento de uma relação terapêutica, nomeadamente através da entrevista. O Guia Orientador de Boas Práticas em SIP: entrevista ao adolescente, da Ordem dos Enfermeiros (2010), foi um suporte essencial para adquirir directrizes orientadoras nesse sentido. Assim, algumas das estratégias usadas quando atendi adolescentes foram demonstrar empatia, disponibilidade, aceitação, escuta activa, evitar juízos de valor e imposições, reforçar aspectos positivos e auto-estima, garantindo ao adolescente e família a privacidade e confidencialidade, mostrando sempre “porta aberta” da equipa de saúde e dos serviços de saúde.

Na comunicação com a família, sendo que esta é frequentemente a mediadora no caso das crianças mais pequenas (Hockenberry, 2014), estabeleci uma relação de confiança, mostrei disponibilidade, procurei encorajá-los a expor dúvidas, sentimentos, desenvolvendo estratégias de escuta, procurei dar resposta às necessidades de informação, de forma clara, simples e honesta, adotando sempre uma postura empática.

As competências comunicacionais foram sendo adquiridas gradualmente com o avançar nos contextos de assistência que percorri, tornando-me gradualmente mais confiante na relação estabelecida com as crianças das várias faixas etárias e as suas famílias.

2.2 Gestão de Cuidados:

O EESIP, deve pautar a sua assistência a criança e família pela qualidade e segurança dessa mesma assistência, através da gestão a vários níveis nomeadamente de cuidados, recursos humanos e materiais, e riscos.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (OE, 2010, pg.4), no que respeita às competências do Enfermeiro Especialista no domínio da gestão no artigo 7º: a) Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação da equipa multiprofissional; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.”

Competências:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
- Exercer supervisão do exercício profissional da área de EESIP;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
- Realizar gestão dos cuidados na área da EESIP;
- Colaborar no processo de integração de nos profissionais.

Objetivos:

- Reflectir sobre a organização dos cuidados de enfermagem nos diferentes contextos assistenciais;
- Reflectir sobre o papel do EESIP na área da gestão e liderança.

Atividades:

- Observar o método de trabalho das equipas de enfermagem;
- Analisar o método de gestão de cuidados de enfermagem à criança e família;
- Observar o EESIP na liderança da equipa;
- Reflectir sobre o papel do EESIP na gestão dos cuidados;
- Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem à criança e família.;
- Zelar por um ambiente de cuidados seguro.

Reflexão:

A organização do trabalho de enfermagem implica uma metodologia de trabalho que se adegue ao contexto e âmbito dos cuidados prestados. A metodologia de trabalho varia em função da natureza do serviço, espelhando a filosofia do cuidar, a concepção dos cuidados, indo além da simples distribuição de atividades (Parreira, 2005 citado por Duarte 2014). Segundo Frederico e Leitão (1999), os métodos de trabalho têm subjacentes os seguintes princípios: “ *Tornar o trabalho dos enfermeiros mais fácil e seguro; Rentabilizar o tempo e os recursos; Eliminar a duplicação de pessoal e esforços; Melhorar a qualidade dos cuidados prestados*”.

No SUP assisti a dois métodos de trabalho, sendo predominantemente o funcional mas também o de equipa. Os enfermeiros estão divididos por equipas e cada uma delas tem um enfermeiro coordenador (especialista em SIP). Embora os enfermeiros sejam distribuídos pelas diferentes áreas de atendimento (triagem,

sala de enfermagem, sala de cirurgia, sala de emergência e OBS) em que essa distribuição é feita de acordo com a complexidade e competência exigida, os enfermeiros colaboram entre si, numa relação de apoio mútuo e interajuda. Este método de trabalho não é novo para mim, uma vez que até ao momento trabalho num serviço de urgência com a mesma metodologia de trabalho, porém tive a perspectiva do ponto de vista da coordenação da equipa, uma vez que tive a oportunidade de observação directa de uma prática de cuidados especializada da minha tutora.

No serviço de Pediatria e no serviço de Neonatologia, o método de trabalho instituído é o Individual. Este método consiste no conceito do cuidado global e implica a afetação de um enfermeiro a um único utente ou mais do que um e a responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados durante o tempo que está de serviço (Costa, 2004). Considero que este método é adequado uma vez que permite identificar, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais, à criança e família, facilita a comunicação e o estabelecimento de uma relação de confiança, olhando a diade como um todo e não como a soma das suas partes, e é mais favorável ao desenvolvimento da parceria de cuidados.

Na UCSP, os enfermeiros independentemente da sua especialidade, prestam cuidados segundo o método de Enfermeiro de Família, assumindo a responsabilidade por prestar cuidados de enfermagem globais aos membros da família, na saúde e na doença, com ênfase na actuação a nível da promoção da saúde e prevenção da doença. A OE (2010, pg.1) refere que o Enfermeiro de Família “*é gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares*”. Também a nível da UCC onde estagiei, os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho centrado na família e na comunidade, sendo a equipa constituída só por enfermeiros especialistas nas áreas de ESIP, Enfermagem de saúde materna e obstétrica e Enfermagem Comunitária. Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, no seu artigo 11.º, alínea 1: “*A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (...) e atua ainda na educação para a*

saúde, na integração em redes de apoio à família (...)“. Considero que este método é adequado, uma vez que permite ao enfermeiro uma maior proximidade à criança e família, um olhar mais abrangente sobre a sua dinâmica, contextualizando no meio em que vive, fazendo uma melhor caracterização desta, identificando processos de transição, reconhecendo-a como única, com o intuito de otimizar os cuidados prestados. A respeito da visita domiciliária, é, na minha perspectiva, uma estratégia importante na medida em que transmite melhor percepção das necessidades da criança e família, conhecendo as características do contexto em que habita. Também é uma mais valia na identificação de situações de risco. A nível da UCSP onde estagiei, observei que as enfermeiras especialistas em SIP (2), eram as coordenadoras dos projectos ligados à área da especialidade como a integração na equipa do NACJR, assim como, no caso de necessidade e dúvidas por parte da equipa, na sua orientação por forma a garantir que todas as crianças beneficiassem de um atendimento especializado. A OE (2013) esclarece que “(...) a intervenção dos enfermeiros de cuidados gerais na consulta de saúde Infantil e Juvenil, em todos os contextos da prestação de cuidados, insere-se num trabalho de equipa que se prevê desenvolvido sob a orientação e coordenação do EESIP (...)”.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, refere que compete ao enfermeiro especialista, no domínio da Gestão, “*realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde...*” (OE, 2010, pg.8). Ao longo do meu percurso formativo tive oportunidade de observar o papel do enfermeiro ESIP e o seu contributo na organização e gestão dos recursos e cuidados a nível dos vários contextos assistenciais. Foi notório o papel do enfermeiro ESIP, na dinâmica e organização dos serviços, na gestão de cuidados de saúde, de recursos humanos e materiais, na liderança das equipas prestadoras de cuidados, supervisionando outros profissionais, assegurando o respeito pelas normas e qualidade dos cuidados prestados, na gestão de conflitos, promovendo ambientes seguros, otimizando o trabalho da equipa em prol da criança e família.

No que respeita à gestão de recursos humanos e materiais, nos vários contextos, era feita pelo enfermeiro chefe (especialista em SIP), contudo quando está ausente, a gestão fica a cargo do enfermeiro responsável de turno ou chefe de equipa, que idealmente é desempenhado por um EESIP. Este é responsável

pelo planeamento e adequação dos recursos, por exemplo a nível da gestão do número de enfermeiros por turno, adequando os postos de trabalho a cada enfermeiro, supervisionando os cuidados prestados, a nível dos recursos materiais é responsável por repor stocks, gerir os equipamentos, garantir o seu adequado funcionamento, entre outras. O planeamento assume-se como “um dos elementos da tomada de decisão, é portanto uma parte integrante do processo de gestão” (Frederico e Leitão, 1999, pg. 64). Em relação à gestão de conflitos multi e interdisciplinar, e como elemento de interface entre criança e família e profissionais, observei o EESIP como líder nas equipas prestadoras de cuidados optimizando o trabalho da equipa em função da criança e família, como por exemplo a nível dos tempos de espera no SUP, na realização de exames, nas falhas de comunicação, entre outras situações. A nível da supervisão, observei o EESIP como “uma pessoa chave na gestão, ele toma decisões, controla o trabalho, interpreta as políticas e move os colaboradores no sentido da consecução dos objetivos” (Neves, 2013). Durante o meu estágio em contexto de Neonatologia, Pediatria e SUP tive a oportunidade de presenciar a integração de novos elementos na equipa de enfermagem o que proporcionou a observação de uma prática especializada na supervisão dos cuidados prestados por esses profissionais, da qual pude colaborar, assim como partilhar experiências e conhecimento com os novos elementos.

Liderar em enfermagem é saber conduzir, organizando o trabalho da equipa e visando um atendimento eficiente, uma vez que o líder é o ponto de apoio da equipa estimulando a equipa a desenvolver o seu potencial, o que influencia directamente na qualidade da assistência” (Gelbcke, Souza, Sasso, et al 2009 citado por Fradrique, 2012).

A manutenção de um ambiente seguro e terapêutico favorável à prestação de cuidados de qualidade, integram a gestão de cuidados prestados e foram competências desenvolvidas nos diferentes contextos assistenciais. O Enfermeiro desempenha um papel de relevo na implementação de práticas seguras para o controle de infecção nosocomial (OMS, 2002). A título de exemplo, a nível da Pediatria, geri e observei a prática especializada no que diz respeito ao risco de infecção associado aos cuidados, providenciando espaço de isolamento a crianças com varicela, e de uma outra situação de tuberculose activa, assegurando o cum-

primário das boas práticas recomendadas pela OMS e pela DGS, por parte dos outros profissionais assim como pela família.

2.3 Investigação:

Segundo Vieira (2008), com base na investigação os enfermeiros têm pela frente o desafio de obter melhores resultados para os clientes, quer pelas práticas de promoção da saúde quer pela protecção de grupos mais vulneráveis. Neste sentido, a investigação em Enfermagem assume um papel fundamental na sua consolidação enquanto ciência, disciplina e profissão, aumentando o seu corpo de conhecimentos....

Competências:

- Comunicar o resultado da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Objetivos específicos:

- Aprofundar competências na área da investigação;
- Valorizar a investigação como contributo essencial para o desenvolvimento da ESIP;
- Aplicar os resultados da investigação na prática de cuidados de Enfermagem.

Atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica de forma sistemática e pertinente;
- Integrar os novos conhecimentos da pesquisa científica provenientes da investigação/evidência científica;
- Partilhar os conhecimentos científicos com a equipa de enfermagem.

Reflexão:

A enfermagem precisa de produção e de renovação contínuas do seu próprio conhecimento. Como enfermeiros temos a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem e a Investigação é um pilar fundamental para alcançar este desiderato (OE, 2006). O investimento na investigação em Enfermagem, surge como um imperativo ao enfermeiro especialista para que este possa prestar cuidados de Enfermagem assentes em conhecimentos actualizados e consolidados, sustentando a sua tomada de decisão, garantindo a qualidade e segurança, o que irá traduzir-se em maiores ganhos em saúde. Também é relevante para fundamentar a importância da enfermagem enquanto disciplina, dar visibilidade à profissão, conferindo-lhe maior valor dentro da sociedade. De acordo com Freda (1998), quando os enfermeiros fundamentam a sua prática na ciência, na pesquisa e no registo dos resultados clínicos, estão a contribuir para os utentes e para as instituições mas também para a profissão de enfermagem.

Ao longo dos diferentes contextos de assistência à criança e família, houve necessidade de realizar pesquisa de forma sistemática com recurso à evidência científica mais actual, de forma a incorporar os resultados dessa investigação na prática de cuidados. Assim, como evidenciado ao longo deste relatório de estágio, a pesquisa bibliográfica foi feita recorrendo à consulta de livros, artigos científicos, guias de orientação da DGS, OE ou entidades de saúde de referência, entre outros. Os resultados destas pesquisas, sempre que pertinente, foram discutidas e partilhadas com as tutoras e com a equipa de enfermagem, gerando por vezes discussão e controvérsia por existirem diferentes perspectivas para abordar as questões. Desta forma surgiram momentos de reflexão que funcionaram como motor na procura de mais informação e a sua aplicação, permitindo que com o conhecimento adquirido discutir sobre a evidência científica e o resultado da sua aplicação na prática. A elaboração da sessão de educação para a saúde: “Segurança e prevenção de acidentes no primeiro ano de vida”, a sessão de formação em serviço: “Coto umbilical, Fisiologia, fisiopatologia e cuidados - uma revisão”, a elaboração de um guia de orientação, constituíram-se, entre outras pesquisas orientadoras, como essenciais para a prestação de cuidados ao longo dos diferentes contextos assistenciais, sendo exemplos que contribuíram para a aquisição de competências de investigação.

Como futura enfermeira especialista em SIP, tenho presente a responsabilidade acrescida no que respeita à actualização contínua dos meus conhecimentos e no desenvolvimento da enfermagem. Os enfermeiros de pediatria têm a oportunidade de fazer uma diferença significativa na vida da criança e família, questionando os cuidados que presta, procurando a evidência que apoie a sua prática, implementando os melhores cuidados e avaliando a eficácia da evidência na prática de enfermagem (Hockenberry, 2014).

2.4 Formação:

A formação constitui um processo contínuo de problematização de práticas profissionais e de desenvolvimento de competências, com o objetivo de uma transformação pessoal, profissional e do contexto de trabalho (Abreu, 1997). Com vista à qualidade assistencial na saúde, torna-se fundamental que os enfermeiros invistam na sua formação continuamente.

Competência:

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

Objetivo:

- Aprofundar conhecimentos na área de ESIP.

Atividades:

- Efectuar pesquisa bibliográfica na área de especialidade;
- Participar em formações na área de especialidade;
- Partilhar conhecimentos da área de ESIP.

Reflexão:

A formação e a actualização de conhecimentos deve constituir um processo contínuo e dinâmico, no sentido de desenvolver cuidados de enfermagem seguros e de qualidade na assistência à criança e família. A formação tem por ob-

jetivo promover a atualização e a valorização pessoal e profissional (Frederico e Leitão, 1999).

No dia 6 de Abril de 2016, participei como assistente na sessão sobre “Intervenção inter-disciplinar em casos de abuso infantil: da teoria à prática”, do programa Aprender e Educar - Programa para profissionais, organizado pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa do Porto. O objetivo desta sessão foi a abordagem inter-disciplinar na problemática do abuso de crianças, visando a reflexão em torno das melhores práticas na resposta aos desafios de cada profissional, definindo as tarefas e papéis que cada profissional deve assumir.

Participei, também como assistente, no Seminário de Investigação em Enfermagem no dia 5 e 6 de maio de 2016, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da UCP do Porto. Este seminário acontece anualmente, e tem como objetivo a partilha de projectos de investigação em curso ou já concluídas, metodologias e resultados. Pretende também proporcionar momentos de discussão como uma oportunidades de desenvolvimento das competências de investigação e do conhecimento de enfermagem.

Participei no Fórum das especialidades de Enfermagem, no dia 3 de junho, 2016, em que foi abordada a temática “As Pessoas, a Violência, e os Cuidados de Saúde”, uma temática transversal a todas as áreas de especialidade, também organizado pelo Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da UCP do Porto. Este Fórum proporcionou a partilha de conhecimentos e experiências dos profissionais em diferentes contextos de assistência, desde o SUP, o NACJR, a APAV, a assistência pré-hospitalar, entre outros, promoveu uma reflexão sobre a violência, em particular no âmbito dos cuidados de saúde, nomeadamente sobre os maus tratos a grupos vulneráveis, e permitiu reflectir sobre a importância e papel do enfermeiro especialista em SIP nos diferentes contextos na identificação e referenciação das vítimas de violência. Uma vez que estava a realizar o estágio em contexto de cuidados de saúde primários, destaco a apresentação sobre o “Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) - que realidade na intervenção?”, pois permitiu-me consolidar o conhecimento que já tinha sobre o seu funcionamento e missão através do NACJR do ACES de Gaia.

Também participei no “3o Congresso Paediatric Nursing Associations of Europe” (PNAE), 2016, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Por-

to, pelo PNAE e pela Mesa do Colégio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros onde foi debatido, a nível Europeu a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Destaco uma das mesas redondas que me suscitou interesse subordinada ao tema “Design of Pediatric Hospitals”, apresentado por professoras de enfermagem de Dublin City University, Irlanda, Coventry University, Reino Unido e Lillebaet Hospital, Dinamarca, onde foi discutido a importância da inclusão do ponto de vista das crianças doentes no planeamento de novos hospitais pediátricos para que possam ser projectados numa perspectiva de melhorar a experiência da criança enquanto utente. As palestrantes apresentaram estudos realizados com crianças, em que sobressaem três aspectos que as estas valorizam: espaço pessoal, ambiente físico e de acesso. O intuito prende-se com alertar os profissionais de saúde e os responsáveis pelos projectos de construção de hospitais pediátricos para a importância, não só de construir um edifício adequado às crianças mas que seja um ambiente que respeite os seus direitos como a privacidade, o apoio à família, e que permita à “criança ser criança” mesmo em meio hospitalar.

Em contexto de formação em serviço, participei numa formação sobre “Registo do Papel Parental nos sistemas de informação”, que tinha como objetivo clarificar conceitos e dúvidas sobre o seu registo nos sistemas de informação, assim como diagnosticar lacunas ao correcto registo.

Competências:

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

Objetivos:

- Desenvolver competências no desenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

Atividades:

- Identificar necessidades formativas da equipa de enfermagem
- Elaborar plano de formação sobre o tema Limpeza do coto Umbilical em evolução fisiológica;
- Realizar uma sessão de formação ao grupo de pares, desde o seu planeamento à avaliação

Reflexão crítica:

O EESIP deve diagnosticar necessidades formativas e como menciona a OE (2010, p.10) *“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”*.

A colaboração com a equipa de enfermagem na prática clínica a nível da UCSP, levou-me a identificar como necessidade de formação a melhor abordagem ao coto umbilical em involução fisiológica, segundo a evidência mais actual. Para Domenico et al.(2003, pg.116) citando Atallah, a Prática Baseada na Evidência compreende *“o uso consciente explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do utente.*

No contexto de assistência ao recém-nascido e família, os enfermeiros debatem-se com a dúvida sobre qual o melhor tratamento a utilizar e que informação transmitir aos pais, nomeadamente em relação ao soluto a aplicar no coto umbilical, uma vez que atendem recém-nascidos provenientes de diferentes instituições nas quais os cuidados ao coto umbilical têm diferentes abordagens ou protocolos instituídos, pelo que se torna necessário uniformizar os cuidados. Também os pais, enquanto principais prestadores de cuidados apresentam dúvidas e preocupações em relação aos cuidados ao coto, pois após a saída do hospital/ maternidade, sentem-se desamparados por não ter a segurança do profissional por perto, e apresentam receio ao manusear o coto umbilical. Segundo Branco (2003), as mães, enquanto principais prestadoras de cuidados devem receber instruções claras sobre o aparecimento de complicações, no processo de cicatrização do coto umbilical. Cabe aos enfermeiros a responsabilidade de capacitar os pais para a gestão adequada do tratamento. Para tal, devem manter atualizados os seus conhecimentos acerca da temática, evitando complicações de saúde do recém-nascido e uniformizando a informação que é transmitida.

Neste sentido, procurei reunir a evidência científica sobre a temática, com o objetivo de trazer à discussão os variados procedimentos em relação ao tratamento do coto umbilical e propor um protocolo de actuação. Apresentei a temática abordando a fisiologia, a fisiopatologia e uma revisão sobre os cuidados. Realizei a formação aos profissionais de saúde (7 enfermeiras e 5 médicas) na UCSP Soares dos Reis, subordinada ao tema “Cuidados ao coto Umbilical em Involução Fisiológica - uma revisão”. Nesta formação denotou-se grande receptividade por parte dos profissionais, o que inclusive ficou espelhado nos formulários de avaliação da mesma, em que os 13 profissionais (100%) participantes consideraram o conteúdo da sessão de interesse para a prática. Relevante também foi a obtenção da casuística referente ao ano 2016 (de janeiro a abril) com vista à automatização do planeamento dos cuidados em função da proveniência dos recém-nascidos.

A realização deste trabalho permitiu-me desenvolver as competências propostas e reflectir sobre a importância que os EESIP têm no desenvolvimento pessoal e profissional dos outros profissionais de saúde.

Conclusão

Este relatório de estágio representa o culminar de mais uma etapa de desenvolvimento pessoal, profissional e acadêmico. Através de uma metodologia descritiva e reflexiva, analisei todo o caminho percorrido até então no sentido de adquirir as competências esperadas a um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nos quatro domínios de atuação: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidado, Investigação, Formação.

O estágio de Saúde Infantil e Pediátrica proporcionou-me experiências e aprendizagens na área de especialização, que surgiram nos diferentes contextos de assistência que em complemento com os conhecimentos provenientes da formação teórica permitiu-me consolidar e desenvolver habilidades dando resposta às exigências dos cuidados, ficando com uma visão clara sobre o papel do EESIP na assistência à criança e família. O EESIP tem como alvo dos seus cuidados a criança e família, trabalhando em parceria com esta e promovendo a adequação das competências parentais. Tal como expresso no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, deve promover o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, com orientação antecipatória às famílias para a optimização do potencial de desenvolvimento infantil, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desenvolvimento parental (OE, 2010).

O caminho percorrido não foi fácil, exigiu grande empenho e motivação pessoal e familiar, com momentos de ânimo e desânimo, ainda assim foi uma etapa muito satisfatória de crescimento pessoal e profissional. Procurei descrever de forma sucinta o percurso desenvolvido ao longo do estágio, contudo, nem sempre foi possível descrever com exatidão as experiências e contributos que a prática assistencial me proporcionou. Uma vez terminada esta fase do percurso académico, estou certa que se trata de um processo inacabado, tendo ficado desperta para a importância da reflexão crítica sobre a prática, assim como o investimento na formação e investigação, nesta área tão específica como é a assistência à criança e família.

Bibliografia

- Baggot, C. R., et al. (2002) Nursing Care of Children and Adolescents with Cancer. Saunders. 3a Edição. 2002 p.365-420
- Batalha, L. (2010). Dor em pediatria compreender para mudar. Lisboa: Lidel; DGS (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar; 7 de Junho de 2006. Consultado em <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>
- Branco, M. (2003) *Cuidados com o cordão umbilical*. Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2003, Vol. nº 20, p.11-14.
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. Acta Pediátrica Portuguesa, 1 (37): 1-4;
- Calvett, Prislá; et al (2008). Psicologia da Saúde e Criança Hospitalizada. PSIC – Revista de Psicologia, volume 9, no 2, Jul/Dez consultado a 21/08/2017 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000200011
- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal careers. Journal of Advanced Nursing, 22, p. 1058-1062 DOI: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. *Advances in childhealth nursing*.
- CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a prática de enfermagem - Edição Portuguesa, Ordem dos Enfermeiros, maio 2016 (Versão Electrónica disponível na Área Reservada em www.ordemenfermeiros.pt, download efectuado a 22.08.2017)
- CNSCA (2009). Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004- 2008 (1aed.). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-96263-0-0-

- Crescêncio E. et al. (2009). Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. Revista Eletrónica de Enfermagem; 11(1), 64-69. Consultado em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a08.htm
- Costa, J.; Métodos de prestação de cuidados. (ed.) Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Millenium - Revista do ISPV; Outubro de 2004.
- Coutinho, M. T. (2003) – Apoio à família e formação parental. Análise Psicológica. Série XXII: n.o 1 (2004), p. 55 – 64. Consultado em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a06.pdf>
- Decreto- Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. OE
- Decreto-Lei n.o 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República, 1.a série, N.o 38- 22 de Fevereiro de 2008.
- DGS (2003). Circular Normativa n.o 09 /DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Consultado em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- DGS (2005). Programa Nacional de Vacinação 2006. Orientações Técnicas. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-136-5
- DGS (2008). Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor consultado a 22/08/2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008.aspx>
- DGS (2013). Circular Normativa nº 010/2013 de 31/05/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Consultado em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- DGS (2013). Norma nº013/2015 de 01/07/2015. Notícia de Nascimento Digital.
- DGS (2013) Saúde Infantil e Juvenil - Programa Tipo de Atuação. 3a Edição. Lisboa : DGS, 2013.
- Domenico, E. (2003); C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Revista Latino-Americana. [Em linha]. 2003. Vol. N.º 11, nº 1 [Consultado em 18/08/2017] p. 115-118.

- Duarte, M. (2014) - “Processo de cuidados do enfermeiro e enfermeiro de reabilitação em unidades de convalescença” - Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014
- Fernandes, A. (1988). A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. *Saúde Infantil*, 2, 117-128.
- Festas, C. (2013). O Enfermeiro na Escola: Um projecto de ensino-aprendizagem, de investigação e de serviço à comunidade. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde - Porto.
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar em Enfermagem*, 7(2):34- 48.
- Fisher, H. R. (2001), The needs of parents with chronically sick children: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 36: 600–607. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11703555>
- Fradique, M. (2012) - “Efeitos da Liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem” - Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, 2012
- Freda, M. (1998). Toward evidence-based practice. *The American Journal of Maternal/Child nursing*, 23 (4): 177;
- Frederico, M. (2001) - Integração Profissional. Coimbra: Revista Sinais Vitais, no37. 2001.p.33-36.
- Frederico; Leitão (1999), *Princípios de Administração para Enfermeiros (1.ª)* Coimbra: Sinais Vitais. 1-185.972-8485-09-3.
- Gomes-Pedro, J. (2005) - A criança no século XXI. In Gomes-Pedro, J. [et al.] – *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro, p. 23 - 48.
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e Crescer*, 24(3), 99-102. .
- Hockenberry, M. J. et all. (2014). Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Instituto de Apoio à Criança, *Carta da Criança Hospitalizada.*, 2a ed. Janeiro de 2009. Consultado em 21/08/2017 em http://www.pipop.info/fotos/editor2/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf

- Instituto de Apoio à Criança. Carta das Crianças Hospitalizadas: Humanização dos serviços de Atendimento à Criança. Leiden : European Association for Children in Hospital, 1988.
- Jorge, A. (2004). Família e Hospitalização da criança - (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem. 17 - 88. Loures: Lusociência.
- Lee, P. (2004). Family Involvement: Are We Asking Too Much?. Paediatric Nursing 16,10.
- Leitão, F. (1999). Princípios de Administração para Enfermeiros (1a). Coimbra: Sinais Vitais. 1-185. 972-8485-09-3.
- Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR. (2010) Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online ISSN 2175-5361
- Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR.(2013) As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. Revista Gaúcha Enfermagem. 2013;34(1):37-44.
- Mendes, E.N.W e Bonilha, A.L.L. (2003). Procedimento de Enfermagem: uma dimensão da comunicação com o recém nascido. Revista Gaúcha de Enfermagem, Abril 2003
- Ministério da Saúde. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. Lisboa : s.n., 2011.
- Neves, M. (2012). O Papel dos Enfermeiros na Equipa Multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11124>
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company. Ebook ISBN: 978-0-8261-0535-6 3
- OE 2006. *Tomada de posição – Investigação em Enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros, n.º21. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf
- OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem, Consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetencia-CriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa.

- OE (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: OE. Consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- OE (2010) Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cadernos OE, 3(1); recuperado em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/document/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- OE (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Série I., III (3). Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989- 8444-01-1.
- OE (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Consultado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>
- OE (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Série I, n.o 6. Lisboa. consultado em
- OE (2013) Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio de Especialidade em SIP. Parecer número 13/2013. Competências do Enfermeiro Especialista em SIP vs Enfermeiro Generalista na vigilância de Saúde Infantil. 2013.
- OE (2015). Novo Estatuto da OE e REPE. Edição 2015. Ordem dos Enfermeiros;
- OMS (2002). Prevenção de infeções adquiridas no hospital. 2002.
- OMS (2017) . Chronic diseases. http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/ Consultado em 8/8/2017
- Quelhas, I. (2014). O Exercício da Maternidade em Reclusão - Uma oportunidade para a assistência de Enfermagem. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde - Porto. Consultado em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20709>
- SPP (2004) Consensos Nacionais em Neonatologia. Secção de Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra. 2004.
- SPP (2007). Transporte automóvel de lactentes e crianças: Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. Acta Pediátrica Portuguesa. 38(6):246-249. ISSN 0873-9781

- SPP (2014). Atuação no Micronato. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Consultado a 21/08/2017 em <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2014-Micronato.pdf>
- Sousa, P. (2012). O Exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde - Porto. Consultado em : <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>
- Tavares, P. (2011). Acolher...Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Vieira, M. (2008). Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora, ed 2. ISBN: 9789725401958
- Wilson C. A. (1997). Dinâmica da Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar. Formação e Situações de Trabalho. Porto: Porto Editora.

Apêndices

Apêndice 1 - Avaliação Antropométrica - Recomendações da Direcção Geral de Saúde.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A avaliação Antropométrica

Recomendações da Direcção Geral de Saúde

Porto, Junho de 2016

A Avaliação antropométrica da criança, parte fundamental da consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, constitui uma disciplina de longa tradição e constante evolução, decorrente de alterações nos padrões alimentares e sociais das populações.

A normalização dos parâmetros decorrente de casuística que se quer de volume, deve ser adaptada às populações à qual se aplicam e sobre as quais vão constituir bitolas de follow-up e referência para cuidados mais diferenciados.

Os procedimentos têm vindo a ser otimizados em função da experiência, e à longa data de publicação por parte da Organização Mundial de Saúde (WHO), da Comissão Europeia para a Saúde (ECHi) , e do Center for Disease Control dos Estados Unidos da América (CDC).

Coube à Direcção Geral da Saúde (DGS) o trabalho de reunir consensos e recomendações, bem como a adaptação dos padrões de distribuição estatística à população Portuguesa, permitindo uma mais apurada parametrização dos dados sobre os quais me debruço abaixo.

Este não é de todo um trabalho de investigação original, mas tão só uma compilação e adaptação pratica do que se recomenda ao contexto da consulta de Saúde Infantil nos Cuidados de Saúde Primários, bem como uma proposta para uma ferramenta de fácil consulta que espero que se torne útil na UCSP Soares dos Reis.

Se alguma vez se cumprir o propósito, dou-me por grata.

Joana Meirinho de Moura

Porto, 30 de Junho de 2016

Índice

- 1) Crescimento infantil e juvenil
- 2) Importância da Antropometria Infantil
- 3) Avaliação antropométrica
 - 1) Requisitos do local de Avaliação
 - 2) Requisitos dos Examinadores
- 4) Peso
 - 1) Instrumentos de Pesagem
 - 2) Cuidados com o manuseamento dos Instrumentos de Pesagem
 - 3) Calibração dos Instrumentos de Pesagem
 - 4) Preparação para a Pesagem
 - 5) Técnicas de Pesagem
 - 6) Interpretação dos valores
- 5) Comprimento e Estatura
 - 1) Instrumentos de medição
 - 2) Cuidados com o manuseamento dos Instrumentos de medição
 - 3) Calibração dos Instrumentos de medição
 - 4) Preparação para a medição
 - 5) Medição do Comprimento
 - 6) Medição da Estatura
 - 7) Interpretação dos valores
- 6) Perímetro Cefálico
 - 1) Instrumentos de medição
 - 2) Preparação para a medição
 - 3) Metodologia da medição
 - 4) Interpretação dos valores
- 7) Perímetro da Cintura

- 1) Metodologia da medição
- 2) Interpretação dos valores
- 8) Caracterização do Estado Nutricional
 - 1) Cálculo e significado do Índice de Massa Corporal de Quetelet
 - 2) IMC- Interpretação dos Valores
- 9) Considerações Finais
- 10) Bibliografia

1) Crescimento Infantil e Juvenil

O padrão de crescimento e o estado nutricional são um importante indicador de saúde e bem-estar, em crianças e adolescentes, testemunhando as condições de vida às quais estão submetidos. O crescimento do corpo humano é um processo complexo e não linear, com diferentes velocidades durante as várias fases da vida, considerando-se os primeiros anos de vida como um dos períodos mais vulnerável. Durante o crescimento e maturação regista-se um aumento do volume músculo-esquelético e, na adolescência, um aumento do teor de gordura corporal, particularmente na rapariga. Determinantes biológicos, tais como a constituição genética, o sexo, o ambiente intra-uterino, a estatura dos pais mas também factores ambientais, nomeadamente sócio-económico-culturais e nutricionais, influenciam este processo individual.

Assim, podemos dizer que cada criança tem o seu próprio padrão de crescimento e maturação e que as experiências que ocorrem nos primeiros anos de vida terão uma repercussão definitiva sobre o comportamento biológico e social do indivíduo, realçando a importância de que se reveste a avaliação do crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil.

A Vigilância do Crescimento e do desenvolvimento Infantil e Juvenil estão contempladas no Programa Nacional de Promoção da Saúde em Crianças e Jovens, que se articula com o Programa Nacional de Saúde Escolar, ambos integrados no Plano Nacional de Saúde. O Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil inclui as actividades

dirigidas à promoção da saúde na criança e obedece às seguintes orientações técnicas, no que respeita à Vigilância de Crescimento:

“Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial”.

Compreende-se, assim, a importância da correcta monitorização da somatometria não apenas nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, mas por todos aqueles que acompanham o desenvolvimento e crescimento da criança e do adolescente, nomeadamente os pais, os profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados. Torna-se também essencial a sinalização das situações de risco o mais precocemente possível.

2) A Importância da antropometria infanto-juvenil

A antropometria constitui-se como o método de aferição que melhor avalia o complexo processo do crescimento corporal das crianças e dos adolescentes. Esta disciplina ocupa-se da medição das variações nas dimensões físicas do corpo humano, o que pressupõe o uso de referências, cuidadosamente definidas e descritas, para a padronização dos seus procedimentos e medidas.

A antropometria representa a técnica mais utilizada, quer em epidemiologia quer na prática clínica, uma vez que é um método de análise não invasivo, de fácil utilização e padronização, indolor, de baixo custo, permitindo que dados de diagnóstico dos indivíduos sejam agrupados e caracterizem o perfil nutricional de um determinado grupo.

Em geral a antropometria permite:

- A avaliação da condição presente do estado nutricional de crianças e adolescentes, a nível individual e comunitário;
- O acompanhamento das alterações ao longo do tempo;
- O acompanhamento de distúrbios nutricionais possíveis de intervenção;
- A avaliação da eficácia de programas nutricionais, que tenham como objectivo melhorar o estado nutricional da população;

- A documentação da variabilidade em amostras ou populações, uma vez que o conhecimento sobre a variação inter e intra-populacional enriquece o conhecimento sobre o processo normal de crescimento e a relativa importância dos factores ambientais e genéticos;
- O estabelecimento de dados de referência, que obtidos por estudos transversais de série podem fornecer informações sobre a tendência secular de crescimento;
- A estimativa da composição corporal, obviando que medidas que são onerosas e difíceis possam ser estimadas através de um ou mais indicadores antropométricos;
- A predição, pois se o processo de crescimento for ordenado, é possível prever com precisão alguns momentos críticos de crescimento e de maturação .
- Estes aspectos realçam a importância de que se reveste a caracterização antropométrica e nutricional das populações infantil e juvenil, através de metodologia e técnicas correctas e internacionalmente recomendadas.

3) Avaliação Antropométrica - Considerações Iniciais

As medidas antropométricas mais frequentemente utilizadas são o peso e a estatura. Permitem a avaliação rápida, fácil e não dispendiosa do crescimento e ainda a caracterização do estado nutricional através do cálculo de Índices Antropométricos. No entanto, a dimensão linear de segmentos corporais como os perímetros cefálico e de cintura devem, igualmente, ser utilizados, pois completam a caracterização. Para uma correcta avaliação antropométrica torna-se necessário, antes de mais, ter em conta a adequação do local de avaliação bem como a adequada preparação dos examinadores/avaliadores.

3.1) Requisitos do local de Avaliação

A avaliação antropométrica, ao nível individual ou comunitário, necessita de um local próprio e reservado, que deve, idealmente, corresponder aos seguintes requisitos mínimos:

- Sala com boas condições de trabalho e silêncio
- Espaço suficiente de modo a permitir a liberdade de movimentos
- Iluminação adequada para correcta visualização dos números
- Temperatura ambiente situada entre os 21 e 23°C;
- Sem correntes de ar;
- Piso plano;
- Dispor de uma parede ou outra superfície lisa, em ângulo recto (90°C) com o piso;
- Espaço para mudar de roupa;
- Espaço para lavagem das mãos.

Idealmente as avaliações antropométricas devem ser realizadas de manhã, antes da hora de almoço e, no caso de se integrarem no âmbito da consulta médica, sugere-se que estas sejam efectuadas meia hora antes da consulta, de forma a serem evitados transtornos e atrasos que possam prejudicar a obtenção adequada das medidas. É também, fundamental, a preocupação com os equipamentos (ex. balanças) e mobiliário (ex. mesas), devendo os mesmos estar dispostos de modo a permitir uma movimentação que facilite a realização das medições e a movimentação do profissional, da criança e do adolescente/utente dentro da sala.

3.2) Requisitos dos Examinadores

A experiência dos examinadores responsáveis pela avaliação antropométrica reveste-se de particular importância, já que promove a padronização de procedimentos e técnicas e permite a recolha de dados precisos e válidos. Os procedimentos antropométricos são similares em crianças e adultos, mas deve ter-se em consideração que o erro de medição tende a ser maior em crianças, particularmente devido à sua dificuldade em manter a posição recomendada para as medições.

O profissional que realiza os procedimentos de avaliação antropométrica deve estar sensibilizado para a relevância do seu trabalho e deve possuir as competências técnicas necessárias, tendo em vista que os dados obtidos servirão de suporte para a posterior decisão e orientação.

Antes da recolha de dados, todos os examinadores deverão participar num treino que promova a discussão acerca do funcionamento do equipamento utilizado, das técnicas de pesagem e da padronização das mesmas, aperfeiçoando o treino que garanta a execução dos procedimentos de medição da forma mais precisa e fiável possível, respeitando as instruções fornecidas.

Os examinadores devem garantir a preservação dos princípios de confidencialidade, privacidade e objectividade durante todo o processo e não devem fazer referência às palavras magreza, baixo peso, excesso de peso e obesidade, pois as crianças podem ser sensíveis a esta questão.

4) Peso

O peso é a medida antropométrica mais comum e, muito embora geralmente seja avaliada com suficiente precisão, esta pode ser melhorada através do cumprimento e atenção aos detalhes das técnicas de medição. Na realidade, esta medida é de massa corporal e não de peso, mas este último termo é universalmente aceite e de difícil substituição. O peso é uma medida elementar para a avaliação nutricional, particularmente no que concerne a situações de insuficiência ponderal e de excesso de peso ou obesidade. Trata-se, efectivamente, da medida antropométrica mais utilizada ao nível dos serviços de saúde em muitos países, visto que, para além de ser facilmente obtida, é ainda importante no cálculo da dosagem de medicamentos e planos alimentares, na definição do risco nutricional e na definição do perfil nutricional dos utentes, com o objectivo de planear, implementar e avaliar programas de saúde.

4.1) Instrumentos de pesagem

Para pesar crianças menores de 2 anos, deve utilizar-se uma balança pediátrica que, em geral, tem capacidade máxima de 15-20 kg,

calibrada até 0,1 quilograma (kg). Este equipamento possui uma escala numérica subdividida, proporcionando um valor mais apurado e sensível às possíveis variações de ganho ou perda de peso, comuns nesta faixa etária.



Figura 1: Balança Pediátrica (para crianças até aos 2 anos de idade)

Em estudos comunitários é frequente a pesagem com tara. As balanças utilizadas para este fim são portáteis, fáceis de utilizar e transportar e diminuem o erro de medição do observador, uma vez que o peso é exibido no mostrador digital.

A balança pode funcionar com energia solar, o que requer uma iluminação adequada. Este tipo de pesagem permite que a escala seja novamente colocada a zero (tara), com o indivíduo pesado em cima da balança. Assim, a mãe da criança pode ser pesada e manter-se na balança quando a escala for novamente colocada a zero. Se tiver que segurar no seu filho, só será registado o peso da criança. Este método apresenta duas grandes vantagens:

- Não é necessário subtrair pesos para determinar o peso de uma criança (diminuindo o risco de erro);
- A criança mantém-se calma quando está segura pelos braços da mãe, durante a pesagem.

Há vários tipos de balanças, de entre as quais a UNISCALE (desenvolvida pela UNICEF) que tem as características recomendadas e uma bateria de lítio, permitindo muitas sessões de medições. As marcas para os pés indicam como o indivíduo deve colocar os seus pés na balança.

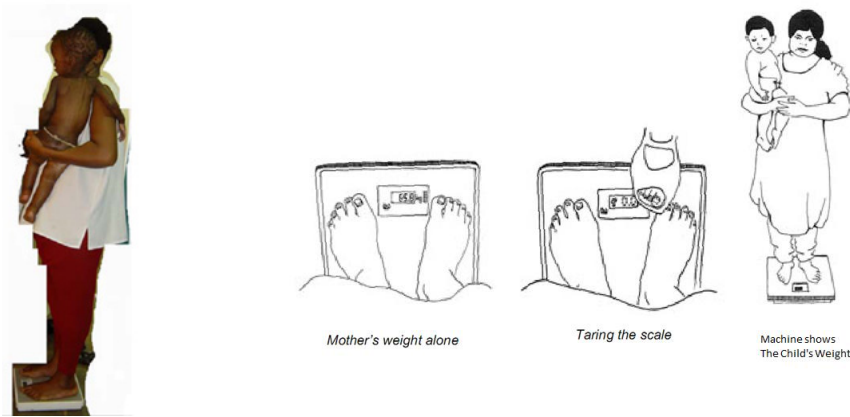


Figura 2: Uniscale (UNICEF)

Para determinar o peso corporal de crianças maiores de 2 anos e até à idade adulta, deve utilizar-se uma balança mecânica ou electrónica, calibrada até 0,1 quilograma (kg) e com capacidade para pesar até 150 kg. A balança mecânica consta de uma plataforma nivelada, um braço de balança graduado, com cursores móveis e um calibrador. As recomendações actuais vão no sentido de ser utilizada uma balança com as seguintes características:

- Construção sólida e durável;
- Electrónica (leitura digital);
- Medições com uma precisão de 0,1 kg (100g).
- As balanças de casa de banho e de mola não são recomendadas pois tendem a não ser fiáveis.



Figura 3:
Balança electrónica

4.2) Cuidados com o manuseamento dos instrumentos de pesagem

Uma correcta manutenção é importante para manter os instrumentos de pesagem fiáveis, aumentando o seu tempo de vida útil. Um bom equipamento é dispendioso e os examinadores devem compreender este facto. Todo o equipamento deve ser manuseado com cuidado durante o armazenamento, transporte e utilização. Devem ser mantidos limpos,

todas as partes devem ser armazenadas e transportadas nos seus devidos lugares. Um local seco e arejado é um requisito básico para o armazenamento do equipamento antropométrico.

As balanças não funcionam correctamente se a temperatura ambiente for muito alta, e por isso devem ser utilizadas no interior ou à sombra. Devem ser armazenadas a uma temperatura adequada e protegidas da humidade. Se tiverem sido transportadas sob temperaturas elevadas, devem ser colocadas num local fresco durante 15 minutos antes de serem utilizadas.

4.3) Calibração dos instrumentos de pesagem

O funcionamento da balança deve ser verificado e calibrado regularmente. Todas as verificações e calibrações devem ser registadas pelos examinadores num formulário específico, indicando a data. As balanças devem ser verificadas com um conjunto de pesos padronizados de metal certificando-se que as balanças são fiáveis para pequenos e grandes pesos. É recomendado que sejam utilizados um conjunto de pesos de 10 kg, 20 kg e 25 kg.

Procedimento (exemplo para balanças electrónicas):

- 1) Primeiro, verificar que o valor zero é visível no mostrador assim que liga a balança. Em caso afirmativo, marque 0.0 no formulário de calibração.
- 2) Pesar sucessivamente os pesos-teste de 10.0, 20.0, 25.0, 35.0, 45.0 e 55.0 kg e marcar os resultados no formulário de calibração.
- 3) Verificar se todos os pesos registados correspondem aos pesos-teste. Em caso de discordância, repetir as medições, para verificar se existe um erro de registo. Se a discordância se mantiver, verificar uma outra balança. Se esta última estiver correcta, deve-se usar nesse dia e informar o responsável deste problema.

Data					
Instrumento					
Balança					
0,0 kg					
10,0 kg					
20,0 kg					
25,0 kg					
35,0 kg					
45,0 kg					
55,0 kg					

Figura 4: Exemplo de um formulário para calibração:

4.4) Preparação para a Pesagem

Se a criança tiver menos de 2 anos de idade ou não se conseguir manter de pé, deve-se fazer a pesagem numa balança pediátrica (Fig. 1) ou então fazer a pesagem com tara (Fig.2) de acordo com os seguintes procedimentos:

1. O familiar da criança deve remover os sapatos para ser pesado primeiro.
2. Após o peso do familiar aparecer no mostrador, ele deve permanecer imóvel na balança. Coloca-se a escala novamente no zero, tapando o painel solar da balança (bloqueando assim a passagem de luz).
3. Seguidamente a criança é entregue ao familiar, para que este a segure.
4. O peso da criança aparecerá no visor e será registado.

A criança deve utilizar roupa interior ou roupa padrão definida e permanecer descalça. Deve-se explicar que é preciso tirar a roupa de modo a obter-se um peso exacto. Os bebés devem ser pesados nus, sem fralda, e a pesagem deve ser o mais rápida possível de forma a evitar o arrefecimento. Se estiver muito frio para despir a criança, ou se a criança resistir e começar a ficar agitada, deve ser pesada com roupa e posteriormente calculado o diferencial. Se a criança tiver fitas, tranças ou adornos no cabelo que interfiram com as medições da estatura/comprimento, devem ser removidos antes da pesagem para evitar variações entre as medições.

4.5) Técnicas de pesagem

O peso das crianças deve ser medido em quilogramas (kg) e registado até ao decígrama mais próximo (0.1 kg). Há variações diurnas de peso, dependendo do intervalo da última refeição, evacuação ou micção, sendo necessário, portanto, padronizar a hora da medição, de preferência pela manhã em jejum, e caso não seja possível, anotar a hora do dia da pesagem.

Procedimento I - balanças electrónicas

1. A balança deve ser colocada numa superfície dura e completamente plana, para que o mostrador esteja completamente visível. A superfície da balança deve estar limpa. A temperatura ambiente não deve exceder os 45°C. Não podem ser executadas medições de peso sobre tapetes grossos, na medida em que estas medições não são fiáveis.
2. A criança deve usar roupa interior ou roupas leves (ex: blusa, calça/calção ou saia de algodão) não deve ter sapatos nem adornos (pulseiras, ganchos, bandoletes, etc).
3. Certificar que a criança foi à casa de banho antes de ser pesada.
4. Comunicar com a criança de uma forma sensível e amigável, para que esta não se sinta intimidada.
5. Explicar o procedimento da medição do peso à criança.
6. Para ligar a balança pressioná-la com o pé. Quando o número 0.0 aparecer, a balança está pronta.
7. Pedir à criança para se colocar no meio da balança, com os pés ligeiramente afastados e permanecer imóvel, até o valor do peso aparecer no mostrador. O peso deve estar uniformemente distribuído por ambos os pés (Fig.4).
8. Registrar o peso da criança até ao decígrama mais próximo (0.1 kg).



9. Em caso de dúvida sobre a medição do peso corporal, repetir a medição, seguindo os pontos 5 a 7.

Figura 5: Pesagem em balança electrónica (crianças com mais de 2 anos de idade)

Nota: Pode marcar o meio da balança com uma fita colante amarela, para facilitar a colocação dos pés um de cada lado e garantir a distribuição do peso uniformemente.

Procedimento II - balanças mecânicas

1. A balança deve ser colocada numa superfície dura e completamente plana. A superfície da balança deve estar limpa. A temperatura ambiente não deve exceder os 45°C. Não podem ser executadas medições de peso sobre tapetes grossos, na medida em que estas medições não são fiáveis.
2. A criança deve usar roupas leves ou roupa interior, não deve ter sapatos nem adornos (verificar ponto 2 do procedimento anterior) .
3. Certificar que a criança foi à casa de banho antes de ser pesada.
4. Comunicar com a criança de uma forma sensível e amigável, para que esta não se sinta intimidada.
5. Explicar o procedimento da medição do peso à criança.
6. Destruar a balança e verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, deve-se calibrá-la, girando lentamente o calibrador até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados. Após a calibração da balança, esta deve ser travada e só depois a criança pode subir para a plataforma.
7. Pedir à criança para permanecer imóvel no meio da balança com os pés ligeiramente afastados de forma a garantir uma distribuição uniforme do peso. Destruar a balança e pedir à criança para se manter imóvel até o valor do peso ser encontrado. O peso final é obtido quando a agulha do braço e o fiel se encontrarem nivelados.



8. Registrar o peso da criança até ao decígrama mais próximo (0.1 kg).
9. Em caso de dúvida sobre a medição do peso corporal, repetir a medição, seguindo os pontos 5 a 8. Registrar ao lado da primeira medição a segunda. Não apagar a primeira medição.

Figura 6: Pesagem em balança mecânica (crianças com mais de 2 anos de idade)

4.6) Interpretação dos valores

Como qualquer medida antropométrica, o valor obtido para o peso não deve ser interpretado isoladamente mas sim posicionado numa Tabela de Percentis que consta no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. A evolução ponderal na trajectória do crescimento não é linear, podendo sofrer alterações sem significado, na dependência de factores exógenos pontuais, tais como intercorrências infecciosas. Assim, e tendo em consideração que o padrão de crescimento ponderal tem características particulares e individuais, apenas reduções ou incrementos ponderais marcados entre duas ou mais avaliações deverão ser alvo de orientação imediata para o médico assistente, como por exemplo, para as situações em que não haja deficit de comprimento/estatura o peso excessivo para a idade pode reflectir excesso de peso ou obesidade.



Figura 7: Tabelas de Percentil de Peso para raparigas e rapazes, em vigor desde 2013

5) Comprimento e Estatura

O comprimento/estatura são medidas que expressam o processo de crescimento linear do corpo humano e são de extrema importância na definição do perfil nutricional da criança. Dependendo da idade da criança e da capacidade para se manter de pé, mede-se o comprimento ou a estatura. O comprimento é medido com a criança em decúbito dorsal, e deve ser utilizado até aos 24 meses. A estatura é medida com a criança de pé.

Se uma criança com menos de dois anos se recusar a deitar para a medição do comprimento, deve medir-se a estatura e adicionar 0,7 cm para efectuar a conversão para o comprimento, pois no geral a estatura tem menos 0,7 cm do que o comprimento. Se uma criança com dois ou mais anos não se conseguir manter de pé, deve ser medido o comprimento e subtrair 0,7 cm para converter para a estatura. Assim, é importante ajustar as medidas se o comprimento for medido em vez da estatura e vice-versa.

5.1) Instrumentos de medição

O equipamento necessário para medir o comprimento é um estadiómetro horizontal, que deve ser colocado numa superfície lisa e estável, como uma mesa. Para medir a estatura deve utilizar-se um estadiómetro, montado num ângulo de 90°C entre o nível do chão e uma superfície vertical fixa.

Um bom instrumento de medição do comprimento e da estatura deve ser feito de material suave, resistente à humidade, como a madeira lisa e resistente (envernizada ou polida) ou o plástico. As peças verticais e horizontais devem estar firmemente



ajustadas em ângulos rectos. Uma peça móvel serve para colocar os pés quando se está a medir o comprimento, ou para colocar a cabeça quando se está a medir a estatura.

Figura 8: Estadiómetros, horizontal e vertical

5.2) Cuidados com o manuseamento dos instrumentos de medição

Uma correcta manutenção é importante para manter os instrumentos fiáveis, aumentando o seu tempo de vida útil. Todo o equipamento deve ser manuseado com cuidado, durante o armazenamento, transporte e utilização. Devem ser mantidos limpos, todas as partes deverão ser armazenadas e transportadas nos seus devidos lugares. Um local seco e arejado é um requisito básico para o armazenamento do equipamento antropométrico.

Diferentes instrumentos e partes exigem diferentes materiais para a sua limpeza e cuidados de manutenção regulares. Por exemplo, o estadiómetro pode mover-se de forma instável se a guia metálica ao longo do qual corre o cursor se dobrar. Mover o cursor de forma muito rápida pode levar a que as partes mecânicas se movam demasiado depressa dando um valor pouco fiável. É importante que sejam utilizadas peças sobresselentes originais para cada equipamento, e que estas estejam facilmente acessíveis, por ex., parafusos para o estadiómetro. Os estadiómetros portáteis são robustos e precisos se forem manuseados com cuidado. Devem ser sempre transportados com as partes móveis (plataforma e cursor) bem fixas.

5,3) Calibração dos instrumentos de medição

Os Instrumentos de medição do comprimento e estatura devem ser verificados se o mínimo valor indicado pelos instrumentos corresponder exactamente ao que o contador indica quando o cursor é deslocado para a mínima distância.

A indicação geral de descalibração num estadiómetro é dada por uma discordância de 3 mm. Se o contador der uma leitura claramente er-

rada, desaperte os parafusos que o mantêm na posição vertical - uma chave de fendas magnética, funciona melhor - e retire-os dos seus orifícios. Mantenha uma vara de comprimento conhecido na posição vertical e traga o cursor até ao seu topo, mantendo-o firmemente posicionado. Ajuste manualmente o valor indicado no contador até ao valor conhecido da vara e ajuste o cursor, indicando a leitura correcta, colocando de novo os parafusos e apertando-os com firmeza.

Devem ser utilizadas varas de cloreto de polivinilo (PVC) ou de metal de comprimento conhecido, com 100 e 150 cm. Note, por favor, que as varas de metal podem variar ligeiramente de comprimento devido a variações da temperatura ambiente.

Procedimento (exemplo para estadiómetros):

1. Mover o cursor do estadiómetro para o seu valor mínimo (assegurar-se que nenhum objecto se encontra sobre a plataforma) .
2. Verificar que o mínimo valor no contador coincide com o mínimo valor da escala vertical. Se existir concordância, registar o mínimo valor no formulário de calibração. Se existir discordância, marcar a leitura obtida no contador no formulário de calibração, verificar outro estadiómetro e informar o supervisor do problema.
3. Verificar se o contador exhibe o valor de 100 ou 150 cm quando se colocam as varas de metal ou PVC, com estes comprimentos entre a base do estadiómetro e o cursor. Marcar a leitura do contador no formulário de calibração. Se existir discordância, verificar outro estadiómetro e informar o responsável do problema.

5.4) Preparação para a medição

Deve-se estar preparado para medir o comprimento/estatura imediatamente após a pesagem, enquanto a criança está sem roupa. Deve ser previamente efectuada a remoção dos sapatos, meias e adornos de cabelo, para que não haja interferências com a medição do comprimento/estatura. Tanto para a medição do comprimento como da estatura, é necessário que alguém familiar à criança esteja presente para ajudar a medir e para acalmar e reconfortar a criança. Devem ser explicados os

passos do procedimento e os motivos das medições, assim como se deve responder a todas as dúvidas. É importante mostrar-lhe e dizer-lhe como pode ajudar, explicando que é essencial manter a criança sossegada e calma para se obter uma boa medição.

Data					
Instrumento					
Estadiómetro					
Valor mínimo					
100,0 cm					
150,0 cm					

Figura 9: Exemplo de um formulário para calibração:

5.5) Medição do Comprimento

Após o posicionamento do estadiómetro numa superfície lisa, não muito mole e confortável, deve ser explicado todo o procedimento ao familiar ou cuidador (acompanhante da criança). A boa compreensão da técnica de medição por parte deste, é determinante do sucesso da mesma. Quando o familiar/cuidador da criança compreender as instruções dadas e estiver pronto para ajudar, o profissional pede-lhe para deitar a criança em decúbito dorsal, com a cabeça contra a placa fixa, comprimindo o cabelo. Os olhos da criança devem estar a olhar para cima e por isso é pedido ao familiar/cuidador que se desloque para a parte posterior da placa fixa (atrás da cabeça do bebé) de modo a poder segurá-la nessa posição. A rapidez é importante e o profissional deve manter-se no lado do estadiómetro onde pode ver os valores da régua e mover a placa móvel de encontro à planta dos pés da criança. É importante verificar se a criança está deitada direita e não muda de posição, se o ombro direito toca no estadiómetro e se a coluna vertebral não está arqueada. As pernas devem estar seguras com uma mão do profissional, enquanto a outra mão move a placa móvel. Aplica-se pressão leve nos joelhos para endireitar as pernas o máximo possível, sem magoar a criança.

Procedimento de medição de comprimento

1. deitar a criança no centro do estadiómetro, descalça e com a cabeça livre de adereços;
2. manter, com a ajuda da mãe / outra pessoa: - a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço recto e o queixo afastado do peito; - os ombros totalmente em contacto com a superfície de apoio do estadiómetro; - os braços estendidos ao longo do corpo;
3. as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contacto com a superfície que apoia o estadiómetro.
4. pressionar, cuidadosamente os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos de modo que eles fiquem estendidos; juntar os pés, fazendo um ângulo recto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até à planta dos pés, com cuidado para que não se mexam.



Figura 10: Procedimento para medição de comprimento

Nota: Se o recém nascido ou a criança estiver muito agitada e não for possível manter ambas as pernas na posição requerida, a medição pode ser feita apenas com uma perna na posição direita. As plantas dos pés devem estar contra a placa, com os dedos a apontar para cima.

5.6) Medição da Estatura

Para medir a estatura, deve ser utilizado um estadiómetro, colocado na vertical, montado num ângulo de 90° face ao chão, apoiado numa parede direita. Um bom estadiómetro deve ser feito de um material suave, resistente à humidade, como a madeira ou o plástico. As peças verticais e horizontais deverão estar firmemente acopladas em ângulos rectos e uma peça móvel deve servir de cursor. A estatura das crianças deve ser medida em centímetros e a leitura feita até ao milímetro mais próximo (0.1 cm).

Procedimento:

1. Certificar que o estadiómetro está colocado numa superfície plana e apoiado numa parede lisa, vertical. Certificar-se que o estadiómetro se encontra estável.
2. Verificar se os sapatos, meias e ornamentos do cabelo foram retirados. A criança deverá usar roupa leve ou roupa interior.
3. Comunicar com a criança de uma forma sensível e amigável, para que esta não se sinta intimidada.
4. Explicar o procedimento de medição da estatura à criança.
5. A estatura é medida mantendo a criança de pé. Ajudar a criança a posicionar-se na plataforma com os pés bem assentes no chão e ligeiramente afastados fazendo um ângulo de 60° e os calcanhares encostados à superfície vertical. Certificar-se que os ombros estão nivelados e os braços se mantêm posicionados ao longo do corpo. A parte de trás da cabeça, as omoplatas, as nádegas e os calcanhares devem tocar a superfície vertical. As pernas devem estar direitas.
6. Posicionar a cabeça da criança de forma a que o olhar se mantenha na horizontal (Plano de Frankfort), segurando o queixo da criança com o dedo indicador e o polegar de forma a manter a cabeça posicionada correctamente.
7. Se necessário, empurrar ligeiramente o abdómen para ajudar a criança a manter-se posicionada na vertical, na sua altura máxima, pedindo para inspirar enquanto se faz a leitura.

8. Mantendo a posição da cabeça, utilizar a outra mão para movimentar para baixo o cursor, mantendo-o firmemente posicionado no topo da cabeça, comprimindo o cabelo.
9. Ler o valor medido e registar a estatura da criança em centímetros até ao último milímetro (mm); (0.1 cm = 1 mm).
10. Repetir a medição seguindo os pontos 5 a 9. Escrever o valor obtido na segunda medição ao lado do valor encontrado para a primeira medição.
11. Não apagar o valor registado para a primeira medição.



Figura 11: Procedimento de medição de estatura - Plano Frankfort

5.7) Interpretação dos valores

O valor obtido para o comprimento ou estatura deve ser posicionado na Tabela de Percentis que consta no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Tendo em consideração que a evolução na trajectória do crescimento não é linear e que o padrão de crescimento estatural tem características particulares e individuais, com uma forte influência genética (estatura dos pais), apenas reduções ou incrementos marcados entre duas ou mais avaliações deverão ser alvo de orientação para o médico assistente.

Como nota prática, de referir que uma velocidade de crescimento inferior a 4 centímetros /ano em qualquer idade, deve ser considerada patológica e de imediato referenciada.

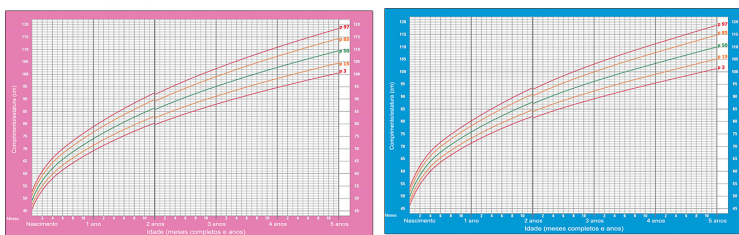


Figura 12: Tabelas de Percentil de Altura para raparigas e rapazes, em vigor desde 2013

6) Perímetro Cefálico

Para acompanhar a avaliação do crescimento de uma criança, as medidas antropométricas básicas incluem também a avaliação do Perímetro Cefálico (PC). O PC é um parâmetro antropométrico altamente correlacionado com o tamanho cerebral, reflectindo o seu crescimento. A cabeça no feto aos 2 meses de vida intra-uterina representa, proporcionalmente, 50% do corpo; no recém-nascido representa 25% e na idade adulta 10%. Os dois primeiros anos de vida constituem o período em que o crescimento cerebral se completa quase totalmente, sendo no primeiro ano particularmente acelerado (83,6% em relação ao tamanho que terá quando for adulto). Este crescimento do cérebro explica o aumento do PC e a importância da sua medição periódica, nos primeiros três anos de vida. Quando o PC aumenta de uma forma proporcional, traduz um crescimento adequado e um bom prognóstico neurológico, enquanto que um crescimento demasiado rápido ou um ritmo lento podem ser indicativos de patologia.

O PC tem também a sua importância nos dois primeiros anos de vida como indicador nutricional. Embora seja considerado a medida antropométrica menos afectada pela desnutrição é, no entanto, a primeira a responder quando se proporciona um aporte nutricional adequado.

O crescimento do PC no primeiro ano de vida situa-se nos seguintes valores:

Ao nascimento: ± 35 cm

1º trimestre: + 5 cm

2º trimestre: + 5 cm

3º trimestre: + 2 cm

4º trimestre: + 1cm

6.1) Instrumentos de Medição

O PC é descrito como a circunferência fronto-occipital que corresponde ao Perímetro Cefálico máximo. De acordo com o Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil 6 , o PC deve ser medido em todas as consultas nas crianças até aos 3 anos de idade.

O material utilizado deve ser:

- Fita métrica com uma largura desejável de 0,6 cm. A fita pode ser de papel ou de teflon sintético indeformável. Não devem utilizar-se fitas de pano porque podem esticar-se e fornecer uma medida falsamente maior.
- Para um maior rigor na medição devem utilizar-se dispositivos com precisão em décimos de centímetro (0,1cm).

Figura 13 : Fita Métrica para medir o Perímetro Cefálico



6.2) Preparação para a Medição

A medição do PC deve ser realizada por pessoal devidamente treinado para o efeito, para que as medidas tenham o rigor desejado. Deve ser explicado todo o procedimento à criança (se for o caso) e à família ou cuidador (acompanhante da criança). O penteado da criança

deve permitir uma medição precisa (Ex: retirar tranças e rabo de cavalo). Devem-se remover adornos do cabelo. A criança deve estar segura e confortável (pode estar ao colo de outra pessoa). O ambiente para a avaliação deve ser o mais tranquilo possível.

6.3) Metodologia da Medição

Procedimento 1

1. Em recém-nascidos, a medição deve ser efectuada na posição deitada. O lactente ou a criança até aos 3 anos devem ser colocados ao colo do familiar / cuidador, em posição semi-sentada;
2. As crianças devem manter os braços relaxados;
3. A cabeça deve ser medida na sua circunferência maior, com o bordo inferior da fita métrica tocando no topo das sobrancelhas, passando por cima da porção mais anterior do osso frontal, dos pavilhões auriculares e finalmente sobre a proeminência occipital na parte posterior do crânio.
4. A fita deve circundar na horizontal, tendo o cuidado de não incluir na medida o pavilhão auricular;
5. A fita deve ser passada ao redor da cabeça, da esquerda para a direita, cruzando no zero à frente do observador que se deve encontrar do lado esquerdo da criança e ao mesmo nível desta, para fazer a leitura;
6. Determinado o local exacto, com o dedo médio comprime-se a fita sobre a testa, a fita é puxada para comprimir o cabelo e a leitura é feita no ponto de encontro das duas partes da fita métrica (considerando-se a última unidade de medida completa).



6.4) Interpretação dos valores

A interpretação do valor obtido na medição do Perímetro Cefálico tem por base o valor do respectivo percentil, observado nas tabelas de referência, para a idade e o sexo. Utilizam-se as tabelas de percentil da circunferência da cabeça para a idade (0 aos 36 meses) e o sexo, desenvolvidas pelo National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion dos EUA (CDC,2000), adoptadas pela DGS e incluídas nos Boletins de Saúde Infantil e Juvenil.

Os valores obtidos da medição do PC devem ser registados e comparados com os valores encontrados nas medições anteriores, não devendo ser interpretados de forma isolada. No caso de se verificar alguma alteração a criança deve ser de imediato orientada para o seu médico assistente.

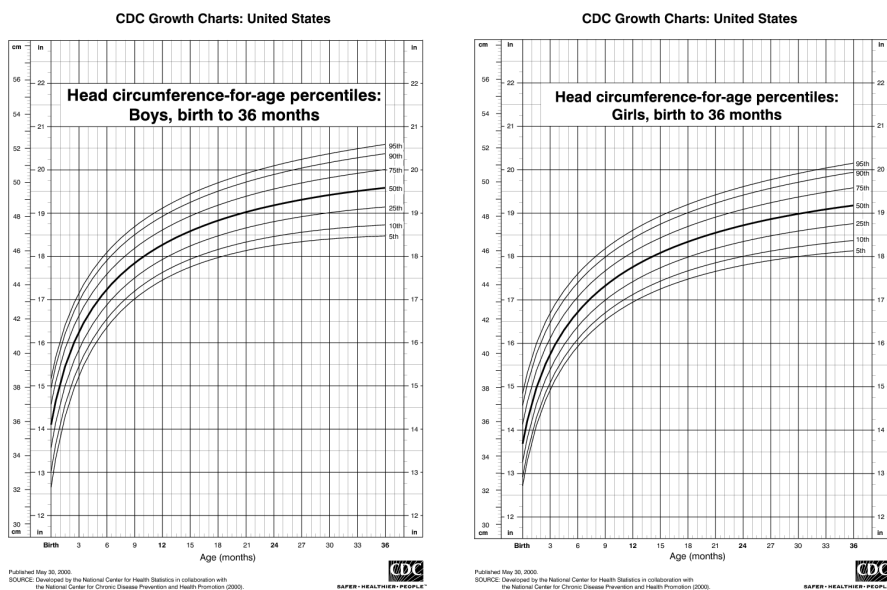


Figura 15 : Tabelas de Percentual para o perímetro cefálico, aprovadas pelo CDC e adaptadas pela DGS.

7) Perímetro da Cintura

O perímetro da cintura é uma medida simples, barata e de fácil interpretação, podendo ser facilmente utilizada como forma de triagem em programas de promoção da saúde e prevenção de factores de risco cardiovascular. Oferece múltiplas vantagens, nomeadamente: ser de fácil determinação, constituir o principal factor de correlação para a distribuição da gordura visceral e ser um importante determinante do risco de doença cardiovascular.

Constitui a medida isolada mais correcta para avaliar a distribuição da gordura e tem-se mesmo revelado um melhor preditor de risco para doença cardiovascular do que o IMC. O perímetro da cintura revelou-se ainda um excelente preditor da resistência à insulina em crianças e adolescentes, podendo e devendo ser incluído sistematicamente na prática clínica como uma ferramenta simples que permite identificar crianças em risco cardiovascular. A principal limitação reside na inexistência de valores normativos de referência para crianças, internacionalmente aceites.

7.1) Metodologia de Medição

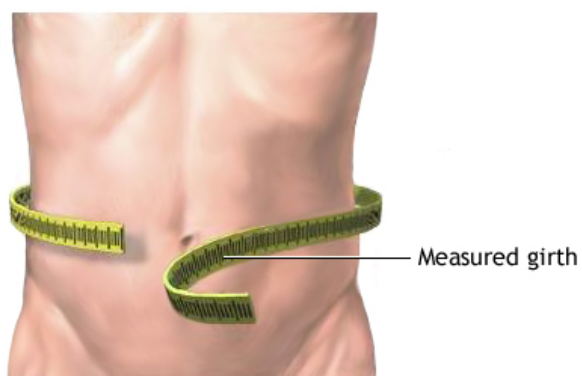
O perímetro da cintura mede-se com uma fita métrica não extensível de teflon sintético indeformável com 0,5 a 1 cm de largura. Existem várias metodologias para avaliar o perímetro da cintura, bem correlacionadas entre si.

As duas mais difundidas são:

O método de Cameron

1. Pedir à criança/adolescente para retirar a roupa, na medida em que o perímetro da cintura é medido directamente sobre a pele.
2. Explicar o procedimento da medição.
3. O perímetro da cintura é medido mantendo a criança/adolescente de pé, com os pés juntos e bem assentes no chão e com os braços relaxados e pendendo livremente

4. Colocar a fita métrica em plano perpendicular ao eixo vertical do corpo e paralelo ao chão, em redor do abdómen, ao nível do bordo superior da crista ilíaca.
5. Realizar a medição no final de uma expiração normal, até ao mm mais



ADAM.

próximo.

Figura 16 Medição do Perímetro da Cintura pelo Método de Cameron

Medição à meia distância entre o final da grelha costal e o topo das cristas ilíacas Procedimento

1. Repetir os passos de 1 a 3 da medição do perímetro da cintura pelo Método de Cameron
2. Com o auxílio de uma fita métrica e de uma caneta, localize e marque (por palpação) o ponto médio entre o final da grelha costal (última costela flutuante) e o topo das cristas ilíacas. Em crianças/adolescentes obesos deverá ser solicitada uma ligeira flexão lateral do tronco, de forma a facilitar a identificação e a marcação do topo das cristas.
3. Colocar a fita métrica paralelamente ao plano do solo, em redor do abdómen, com o bordo inferior da fita tocando os pontos médio marcados de cada lado do abdómen, sem comprimir a pele.
4. Pedir para inspirar e expirar 3 vezes e realizar a medição no final de uma expiração normal.
5. Registrar o perímetro da cintura até ao mm mais próximo.

7.2) Interpretação dos valores

Para valorização do perímetro da cintura em crianças e adolescentes existem várias curvas de distribuição por idade e sexo.. A Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) tem vindo a adoptar a medida do ponto médio entre o final da grelha costal e o topo das cristas ilíacas. A vantagem deste método está relacionado com o facto de se utilizar pontos de referência ósseos, auxiliando na identificação do ponto a ser medido. No entanto este procedimento é mais moroso e requer maior habilidade para localizar os pontos anatómicos particularmente em crianças obesas, contribuindo assim para uma maior variabilidade intra e inter-observadores. Pela mesma razão o método de Cameron oferece uma facilidade maior da localização do ponto anatómico (crista ilíaca) induzindo menor variabilidade inter-observadores e tem vindo a ser amplamente utilizado na prática clínica. A tabela de referência mais utilizada na literatura internacional é a de Fernandez. O valor da regressão de percentis entre os 2 e os 18 anos para ambos os sexos foi estimado, por estes autores, para três populações distintas: europeia-americana, afro-americana e médico-americana. A Tabela 2 corresponde à população europeia-americana.

Muito embora não sendo consensual a definição do ponto de corte associado a risco cardiovascular em idade pediátrica, vários autores tendem a considerar o P75 como marcador de aumento do risco de obesidade abdominal e o P90 como limite acima do qual se define obesidade abdominal.

Table 10. Estimated values for percentile regression for Afro-American children and adolescents, according to sex

Age (yr)	Percentile for boys					Percentile for girls				
	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th
2	49.1	49.2	49.2	49.1	49.1	49.0	49.0	49.0	49.0	49.0
3	49.0	49.0	49.0	49.0	49.0	48.9	48.9	48.9	48.9	48.9
4	48.9	48.9	48.9	48.9	48.9	48.8	48.8	48.8	48.8	48.8
5	48.8	48.8	48.8	48.8	48.8	48.7	48.7	48.7	48.7	48.7
6	48.7	48.7	48.7	48.7	48.7	48.6	48.6	48.6	48.6	48.6
7	48.6	48.6	48.6	48.6	48.6	48.5	48.5	48.5	48.5	48.5
8	48.5	48.5	48.5	48.5	48.5	48.4	48.4	48.4	48.4	48.4
9	48.4	48.4	48.4	48.4	48.4	48.3	48.3	48.3	48.3	48.3
10	48.3	48.3	48.3	48.3	48.3	48.2	48.2	48.2	48.2	48.2
11	48.2	48.2	48.2	48.2	48.2	48.1	48.1	48.1	48.1	48.1
12	48.1	48.1	48.1	48.1	48.1	48.0	48.0	48.0	48.0	48.0
13	48.0	48.0	48.0	48.0	48.0	47.9	47.9	47.9	47.9	47.9
14	47.9	47.9	47.9	47.9	47.9	47.8	47.8	47.8	47.8	47.8
15	47.8	47.8	47.8	47.8	47.8	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7
16	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.6	47.6	47.6	47.6	47.6
17	47.6	47.6	47.6	47.6	47.6	47.5	47.5	47.5	47.5	47.5
18	47.5	47.5	47.5	47.5	47.5	47.4	47.4	47.4	47.4	47.4

Table 11. Estimated values for percentile regression for Mexican-American children and adolescents, according to sex

Age (yr)	Percentile for boys					Percentile for girls				
	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th
2	49.1	49.2	49.2	49.1	49.1	49.0	49.0	49.0	49.0	49.0
3	49.0	49.0	49.0	49.0	49.0	48.9	48.9	48.9	48.9	48.9
4	48.9	48.9	48.9	48.9	48.9	48.8	48.8	48.8	48.8	48.8
5	48.8	48.8	48.8	48.8	48.8	48.7	48.7	48.7	48.7	48.7
6	48.7	48.7	48.7	48.7	48.7	48.6	48.6	48.6	48.6	48.6
7	48.6	48.6	48.6	48.6	48.6	48.5	48.5	48.5	48.5	48.5
8	48.5	48.5	48.5	48.5	48.5	48.4	48.4	48.4	48.4	48.4
9	48.4	48.4	48.4	48.4	48.4	48.3	48.3	48.3	48.3	48.3
10	48.3	48.3	48.3	48.3	48.3	48.2	48.2	48.2	48.2	48.2
11	48.2	48.2	48.2	48.2	48.2	48.1	48.1	48.1	48.1	48.1
12	48.1	48.1	48.1	48.1	48.1	48.0	48.0	48.0	48.0	48.0
13	48.0	48.0	48.0	48.0	48.0	47.9	47.9	47.9	47.9	47.9
14	47.9	47.9	47.9	47.9	47.9	47.8	47.8	47.8	47.8	47.8
15	47.8	47.8	47.8	47.8	47.8	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7
16	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.6	47.6	47.6	47.6	47.6
17	47.6	47.6	47.6	47.6	47.6	47.5	47.5	47.5	47.5	47.5
18	47.5	47.5	47.5	47.5	47.5	47.4	47.4	47.4	47.4	47.4

Reproduced with permission from Fernandez et al. (1990) and Fernandez et al. (1991).

8) Estado Nutricional

8.1) Cálculo e significado do Índice de Massa Corporal de Quetelet

Existem vários Índices que permitem a caracterização do estado de nutrição. O mais usado é o Índice de Massa Corporal (IMC) de Quetelet. É um método fácil, não invasivo, barato e relativamente sensível, pelo que útil, para caracterizar o estado nutricional. O IMC é calculado a partir da seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$$

O IMC varia consideravelmente com a idade aumentando o seu valor desde o nascimento até ao ano de idade, decrescendo até aos 6 para de novo aumentar até cerca dos 21 anos de idade. Também se registam diferenças na dependência do sexo e em menor grau do estágio pubertário e da etnia, pelo que estes factores deverão ser tidos em conta aquando da sua interpretação.

Em estudos epidemiológicos o IMC é um bom marcador para a caracterização do estado nutricional da população; na prática clínica diária pode ser considerado uma boa ferramenta de diagnóstico precoce de situações marginais de malnutrição, particularmente de excesso de peso e obesidade. De referir que, muito embora apresente uma forte correlação com a gordura corporal total e seja pouco afectado pela altura, o que o torna um bom predictor de adiposidade em populações pediátricas saudáveis, efectivamente não é um marcador de composição corporal, podendo sobrestimar ligeiramente a gordura em crianças de baixa estatura ou que apresentem maior desenvolvimento da massa muscular (ex: atletas).

A caracterização da composição corporal obriga, pois, à medição das pregas cutâneas ou ao recurso a metodologias de avaliação tri-compartimental (ex: impedância bioeléctrica) ou de imagem (ex: densitometria ou ressonância).

Existe uma forte associação entre valores elevados de IMC e o risco de ocorrência de comorbilidade cardiometabólica, associação essa

que aumenta na directa dependência do aumento concomitante do perímetro da cintura. Assim, valores mais elevados de IMC desde os primeiros anos de vida estão associados a maior risco durante a idade pediátrica, mas particularmente na idade adulta, de hipertensão arterial, de diabetes, de doença cardiovascular e de neoplasia, com conseqüente redução da esperança média de vida .

8.2) Interpretação dos valores

Tal como para os restantes parâmetros antropométricos descritos, também a interpretação do valor de IMC de crianças obriga à sua localização relativamente a valores de referência.

Muito embora exista actualmente uma atitude de consenso relativamente à necessidade da substituição de todas as curvas de referência nacionais por um padrão internacional, não existe ainda consenso no que respeita ao padrão de referência a utilizar em idade pediátrica.

Em Portugal, as curvas de percentis adoptadas pela Direcção-Geral de Saúde 1 e que constam do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) são as curvas do Center for Disease Control and Prevention dos EUA (CDC, 2000) 26 (Anexo 1) . Representam uma revisão das curvas do National Center for Health Statistics (NCHS) de 1977, baseando-se em dados de cinco inquéritos nacionais de saúde e nutrição de carácter epidemiológico (Cycles I e II do National Health Examination Survey II e III e National Health and Nutrition Examination Surveys I, II e III) desenvolvidos desde 1963 a 1994, em crianças e adolescentes americanos dos 2 aos 20 anos de idade.

Reconhecendo que os primeiros anos de vida são um período extremamente vulnerável do crescimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) lançou curvas de crescimento baseadas nos resultados de um estudo multicêntrico (WHO Multicentre Growth Reference Study - MGRS) elaborado entre 1997 e 2003 em 6 diferentes continentes. As curvas de IMC da OMS (0 59 meses), reportam-se a crianças saudáveis de 6 países, que efectuaram aleitamento materno e cresceram num ambiente promotor de um padrão de crescimento saudável. Tais curvas,

não incluídas ainda no BSIJ, são no entanto de fácil acesso no sítio da WHO, e devem ser utilizadas como ferramenta de avaliação do estado nutricional do lactente e da criança pequena em todas as consultas.

Entretanto, a International Obesity Task Force (IOTF) adoptou, particularmente com fins epidemiológicos, e tendo em consideração a pandemia da obesidade, as curvas propostas por Cole (2-18 anos). Para a sua elaboração, os autores recorreram a bases de dados de crianças e adolescentes de 6 países, sendo que os valores de IMC de 25 e 30 aos 18 anos foram retrospectivamente projectados para definir os valores de excesso de peso e obesidade em idades inferiores, permitindo a associação a risco de comorbilidade. Os mesmos autores publicaram recentemente, usando a mesma metodologia, pontos de corte para diagnóstico de desnutrição em idade pediátrica.

A forma mais directa e informativa de interpretar o resultado da avaliação consiste na classificação do percentil. O percentil indica a posição relativa do valor de IMC do indivíduo relativamente a uma população do mesmo sexo e idade, utilizada como padrão e estratificada em centis. A Tabela 1 apresenta a classificação do estado nutricional baseada no canal de percentil do IMC .

Classificação do Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes tendo em conta o percentil IMC

Classes de IMC Percentil

- Baixo Peso Igual ou inferior ao percentil 5
- Peso Normal Entre o percentil 5 e o percentil 85
- Excesso de peso Igual ou superior ao percentil 85
- Pré-Obesidade Igual ou superior ao P85 e inferior ao P95
- Obesidade Igual ou superior ao percentil 95

Considerações finais

O estado de saúde das populações é fortemente indiciado pelo padrão de crescimento e pelo estado de nutrição da população infantil.

Portugal é actualmente um dos países com maior prevalência de obesidade infantil. É reconhecida a forte associação entre obesidade e morbilidade cardiometabólica, já em idade pediátrica, com conseqüente redução da qualidade e expectativa de vida. Quer a obesidade de per si quer a comorbilidade da obesidade acarretam elevados custos, pelo que o combate a esta doença e a sua prevenção constituem uma prioridade política, nomeadamente do Ministério da Saúde.

Neste contexto, este Guia pretende reunir um conjunto de informações que apresentem, de uma forma única e padronizada, os procedimentos mais actuais em antropometria. Para além de constituir uma medida claramente importante para corrigir a lacuna que existe na obtenção de informação acurada e comparável sobre o estado nutricional infantil tem como objectivo suportar uma correcta vigilância nutricional infantil em Portugal.

Bibliografia

1 - Consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil - Actualização das curvas de crescimento, Circular Normativa Nº: 05/DSMIA (Fev.21, 2006).

2 - Rito A. Estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar de Coimbra [Dissertação de Doutoramento]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2004. Disponível em: URL:<http://bvssp.cict.fiocruz.br/pdf/ritoagid.pdf>

3 - Jelliffe DB, Jelliffe EF. Community Nutritional Assessment. Oxford University Press; 1989.

4 - Eveleth PB. Population differences in growth- environmental and genetic factors. In: Falkner F, Tanner JM. Human Growth-a comprehensive treatise. 2nd edition. New York: Plenum Publishing Corporation Press; 1986. volume 3: 221-239.

5 - Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010; 2004. [acesso em 2010 Jun 9]. Disponível em: <http://www.dgsaude.-min-saude.pt/pns/vol2-42.html#2>

6 - Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005.

7 - Anjos LA. Antropometria Nutricional: uso de dados de peso e altura na avaliação do estado nutricional de crianças com menos de 10 anos de idade. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. 1988; 2(2): 7-16.

8 - Rito A, Anjos LA. Critérios actuais na antropometria nutricional de crianças. Revista de Alimentação Humana. 2002; 8(2): 47-60.

9 - Anjos LA, Wahrlich V. Avaliação Antropométrica. In: Taddei JA, Lang RM, Longo-Silva G, Toloni M. Nutrição em Saúde Pública. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Rubio Editora; 2011.

10 - Bittencourt S, Barros DC, Monteiro KA, Zaborowsk EL. Pesando e Medindo em uma Unidade de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997.

11 - CNAN (Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição). Recomendações para educação alimentar da população portuguesa. Revista Portuguesa de Nutrição. 1997; VII (2):5-19.

12 - Guerra AJM, Teixeira Santos N, Santos LA, et al. Avaliação Nutricional Infantil Revisão Bibliográfica Metodologia: Avaliação Antropométrica, Avaliação Nutricional de Comunidades Infantis Portuguesas. Revista Portuguesa de Pediatria. 1990; 21(5):5-46.

13 - World Health Organization. WHO Child Growth standards Training Course on Child Growth Assessment. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/training/en/>

14 - Gillman MW. Dearly infancy as a critical period for development of obesity and related conditions. In: Lucas A, Makrides M, Ziegler EE. Importance of growth for health and development. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series Pediatric Program; 2009. vol. 65; p. 13-20.

15 - Puntis JWL. Clinical evaluation and anthropometry. In: Karger KB. Paediatric Nutrition in Practice; 2008. p. 6 -12.

16 - Lopes ML, Pina R. Crescimento. In: Videira Amaral JM. Tratado de Clínica Pediátrica; 2008.

17 - Boom JA. Normal growth patterns in infants and prepubertal children (UpToDate Web site) February 12, 2009.

18 - Phillips SM, Shulman RJ. Measurement of growth in children (UpToDate Web site). December 9, 2008.

19 - Serra J, Fonseca CD, Maranhão AGK, Coitinho DC. Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: parte 1: crescimento. 2001: [Acesso em 2010 Maio 31]; Disponível em: URL:[http://saudedacrianca.org.br/cis/normas/crescimento da crianca.pdf](http://saudedacrianca.org.br/cis/normas/crescimento_da_crianca.pdf)

20 - Schmitz EM et cols. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1989.

21 - Macchiaverni LML, Barros Filho AA. Perímetro Cefálico: porque medir sempre?. Medicina. 1998 [Acesso em 2010 Mai 28]; 1: 595-609. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n4/perimetro-cefalico.pdf>

22 - Pinto E et al. Avaliação da composição corporal na criança por métodos não invasivos. Arquivos de Medicina. 2005; 19, 1 e 2: 47-54.

23 - World Health Organization. Report of WHO Expert Committee. Physical Status. The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/publications/physical-status/en/index.html>

24 - Falcão MC. Avaliação nutricional do recém-nascido. Pediatria. 2000; 22:233-9.

25 - Honckenberry MJ. Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2006.

26 - National Center for Health Statistics. 2000 CDC Growth Charts: United States [Data file]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/>

27 - Savva SC, Tornaritis M, Savva ME, Kourides Y, Panagi A, Silikiotou N, et al. Waist circumference and waist-to-height ratio are better predictors of cardiovascular disease risk factors in children than body mass index. Int J Obes Relat Metab Disord. 2000; 24 (11): 1453-8.

28 - Daniels SR, Khoury PR, Morrison JA. Utility of different measures of body fat distribution in children and adolescents. Am J Epidemiol. 2000; 152: 1179-84.

29 - Sangi H, Mueller WH. Which measure of body fat distribution is best for epidemiologic research among adolescents? Am J Epidemiol. 1991; 133: 870-83.

30 - McCarthy H, Jarrett K, Crawley H. The development of waist circumference percentiles in British children aged 5.0-16.9 y. Eur J Clin Nutr. 2001; 55: 902-907.

31 - Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. J Pediatr. 2004;145: 439-444.

32 - WHO. Measuring obesity: classification and description of anthropometric data. Report on a WHO Consultation on the Epidemiology of Obesity. Warsaw, 21-23 October 1987. Eur/icp/nut 125. Copenhagen: Nutrition Unit, World Health Organization Regional Office for Europe 1989.

33 - Ross R, Berentzen T, Bradshaw AJ, Janssen I, Kahn HS, Katzmarzyk PT, Kuk JL, Seidell JC, Snijder MB, Sorensen TI, Després JP. Does the relationship between waist circumference, morbidity and mortality depend on measurement protocol for waist circumference? *Obes Rev* 2008; 9(4):312-25.

34 - Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C, Himes JH, Lohman TG, Martin AD, Mitchell CD, Mueller WH, Roche AF, Seefeldt VD. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell (eds). *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign: Human Kinetics; 1988. P. 3-8.

35 - McCarthy HD, Ellis SM, Cole TJ. Central overweight and obesity in British youth aged 11-16 years: cross-sectional surveys of waist circumference. *BMJ*. 2003;326(7390):624.

36 - Fredriks AM, Van BS, Fekkes M, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Are age references for waist circumference, hip circumference and waist-hip ratio in Dutch children useful in clinical practice?. *Eur J Pediatr*. 2005;164 :216-222.

37 - Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. About BMI for Children and Teens [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; [actualizada em 2009 Jan 27; acesso em 2010 Jun 9]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens-bmi/about-childrens-bmi.html>

38 - World Health Organization. Preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO, 2000.

39 - Pietrobelli A, Faith MS, Allison DB, Gallagher D, Chiumello G, Heymsfield SB. Body mass index as a measure of adiposity among children and adolescents: a validation study. *J Pediatr*. 1998; 132: 204-10.

40 - Reilly JJ, Dorosty AR, Emmett PM & The ALSPAC Study Team. Identification of obese child: adequacy of the body mass index for clinical practice and epidemiology. *Int J Obes*. 2000; 24: 1632-7.

41 - ESPGHAN Obesity Working Group: Quak SH, Furnes R, Lavine J, Baur L. Obesity in children and adolescents. *JPGN*. 2008; 47: 254-9.

42 - Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Belliste F, Sempere M, Guilloud BM, Patois E. Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *Am J Clin Nutr*. 1994; 39: 129-35.

43 - Tanner JM. Normal growth and techniques of growth assessment. *Clin Endoc Metab*. 1986; 15: 411-52.

44 - Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*. 1998; 101: 518 -25.

45 - Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of childhood BMI to adult adiposity: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. 2005; 115: 22-7.

46 - Rêgo C, Sinde S, Silva D, Aguiar A, Guerra A. Pediatric obesity and cardiovascular comorbidity: a transversal evaluation. *JPGN*. 2001; 32: 402.

47 - Lobstein T, Baur L, Vavy R, For the Study of Obesity of the International Obesity Task Force. Obesity in Children and Young People: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004; 5 (Suppl 1): 4-104.

48 - Rêgo C. Obesidade em idade pediátrica: marcadores clínicos e bioquímicos associados a comorbilidade. [Dissertação de Doutoramento]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2008.

49 - Katzmarzyk PT, Srinivasan SR, Chen W, Malina R, Bouchard C, Berenson GS. Body Mass Index, Waist Circumference and Clustering of Cardiovascular Disease risk Factors in a Biracial Sample of Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2004; 114: 198-205.

50 - Baker JL, Olsen LW, Sorensen TIA. Excess BMI at ages 7-13 years is associated with coronary heart disease (CHD) in adulthood among 238, 609 Danish Schoolchildren. *Obesity Rev* 2006 - 7 (Suppl 2): 244.

51 - Yliharsile H, Kajantie E, Osmond C, Forsen T, Barker D, Eriksson JG. Body mass index during childhood and adult body composition in men and woman aged 56 - 70y. *AJCN* 2008 - 87: 1587 - 9.

52 - Lobstein T, Uauy LB. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*. 2004; 5 (Suppl. 1):4-85.

53 - Dibley MJ, Staehling N, Nieburg P, Trowbridge FL. Interpretation of z-score anthropometric indicators derived from the international growth reference. *Am J Clin Nutr*. 1987; 46: 749 -62

54 - Guerra A. As curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde. *Acta Pediatr Port*. 2009; 40: XLI -V

55 - World Health Organization. WHO child growth standards : length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age : methods and development. Geneva: WHO, 2006.

56 - Cole T, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*. 2000;320:1240.

57 - Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 2007; 335: 194-201.

58 - Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, Manios Y, Moschonis G, Savva S, Zaborskis A , Rito AI, Nanu M, Vignerová J, Caroli M, Ludvigsson J, Koch FS, Serra-Majem L, Szponar L, van Lenthe F, Brug J. Overweight and Obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obesity Reviews*. 2010; 11(5). First published online: 10 Jul 2009 DOI: 10.1111/j.1467-789X.2009.00639.x

59 - PORTUGAL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e outro. Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008

/ Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Direcção-Geral da Saúde; Rito A, Paixão E, Carvalho MA, Ramos C. - Lisboa, IP 2011.

60 - Rito A. Estado Nutricional de Crianças e oferta alimentar do pré-escolar do Município de Coimbra. In: Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J. Obesidade em Portugal e no Mundo. Lisboa: Faculdade Medicina de Lisboa; 2008. P 113-138.

61 - K.M.V. NARAYAN, JAMES P. BOYLE, THEODORE J. THOMPSON, EDWARD W. GREGG, DAVID F. WILLIAMSON. Diabetes Care. 2007; 30:1562-1566.

62 - Franks P, Hanson R, Knowler W, Sievers M, et al. The New Eng J Med. 2010; 362: 485-93.

63 - Lakka H-M, Laaksonen DE, Lakka TA, et al. JAMA. 2002; 288: 2709-16.

64 - Pereira J. The burden of obesity in Portugal: an economic analysis. Obesity Reviews. 2006; Vol 7 (Suppl 2): 90-91.

65 - Lohman TG, Roche AF, Martorell R: Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois; Human Kinetics Books, 1988.

Apêndice 2 - Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida

Sessão de Educação para a Saúde:

Prevenção de acidente no primeiro ano de vida

Planificação da sessão

Data: 15 de junho de 2016

Duração: 45 minutos

Local: Salão paroquial de Oliveira do Douro

Método: Expositivo

Destinatários: Pais que frequentam o curso de recuperação pós-parto

Objectivo Geral:

- Dotar os pais de conhecimentos no âmbito da prevenção de acidentes no primeiro ano de vida.

Objectivos Específicos:

- Compreender a importância da prevenção de acidentes desde o nascimento;
- Conhecer o tipo de acidentes mais comuns de acordo com a etapa de desenvolvimento da criança ao longo do primeiro ano;
- Promover ambientes seguros para as crianças;

Fundamentação e pertinência:

Uma vez que os acidentes no primeiro ano de vida ocorrem com muita frequência, a sua prevenção reveste-se de elevada pertinência, nomeadamente através da abordagem precoce junto dos pais/cuidadores da criança. Segundo a APSI (2009), diariamente recorrem ao serviço de urgência crianças vítimas dos vários tipos de acidentes sejam eles por quedas, queimaduras, asfixia de pequenos objectos ou intoxicações por tónicos ou medicamentos;

O primeiro ano de vida constitui um período de grande desenvolvimento em que a criança adquire competências de locomoção e manipulação de dia para dia sem nos apercebermos.

Não estando a sociedade adaptada às características de desenvolvimento das crianças, cabe aos pais promover um ambiente seguro para que a criança cresça e explore o mundo potencializando as suas capacidades desenvolvimentais de forma segura e harmoniosa.

A realização desta sessão de educação para a saúde surge por considerar um tema pertinente e actual e verificar que esta unidade de saúde, neste momento não está a abordar o tema de forma formal.



Segurança e prevenção de acidentes

No primeiro ano de vida

Joana Meirinho Moura
Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Sabia que?

Os acidentes são a primeira causa de morte nos primeiros anos de vida?

A maioria desses acidentes é evitável?

Todos os dias acontecem esses mesmos acidentes, levando as crianças ao Hospital?



Associação para a Promoção
da Segurança Infantil

O primeiro ano de vida

“A criança durante os primeiros meses apenas come e dorme...” ??? Não!

Agarrar
Puxar
Virar
Gatinhar

Explorar...



Caracterização de Riscos por Divisão da Habitação



Quarto

Berço:

- ☐ Ser estável
- ☐ As grades devem ter no mínimo 60cm de altura e o intervalo entre elas devem ser inferiores a 6cm
- ☐ Colchão duro e que caiba perfeitamente no berço (não deve caber mais de dois dedos entre o colchão e as grades)
- ☐ Não colocar brinquedos, laços ou fitas no berço
- ☐ Se o berço for antigo e pintado deve-se remover toda a tinta de modo a evitar envenenamento por chumbo



Iluminação:

- ☐ Não colocar candeeiros junto do berço
- ☐ Não utilizar velas



Quarto

Brinquedos:

- ☑ Devem ser de acordo com a idade do bebé, não devem conter objectos pequenos e soltos;
- ☑ Devem ser do tamanho superior a uma moeda de 2 euros
- ☑ Devem estar guardados num cesto ou baú e não espalhados pelo chão



Cozinha

- ☑ Utilizar, de preferência, individuais em vez de toalha de mesa
- ☑ Evitar que as pegas dos tachos, painéis e frigideiras fiquem voltadas para fora
- ☑ Evitar cozinhar com o bebé ao colo
- ☑ Se o forno está na parte inferior do fogão colocar uma protecção
- ☑ Objectos/produtos perigosos, como facas e detergentes devem ser guardados fora do alcance do bebé
- ☑ Manter os produtos tóxicos nas embalagens originais em locais fechados
- ☑ Colocar calces nas gavetas



Sala

- ☑ Proteger lareira ou aquecedor
- ☑ Retirar móveis ou colocar protecções nas esquinas e zonas cortantes dos móveis
- ☑ Prender bem os cortinados
- ☑ Retirar os objectos de pequenas dimensões ou que sejam constituídos por partes soltas e destacáveis
- ☑ Não deixar o bebé sozinho no sofá



Sala

Tomadas:

- ☑ Ter protectores
- ☑ Não ter fios descarnados
- ☑ Não ter extensões espalhadas pelo chão



Casa de banho

- ☑ Medicamentos, produtos de higiene e cosmética fora do alcance do bebé
- ☑ Colocar antidesslizantes/tapete no fundo da banheira
- ☑ Preparar o banho do bebé colocando primeiro a água fria e depois a água quente.
- ☑ Verificar a temperatura da água com o cotovelo
- ☑ Nunca deixar o bebé sozinho na banheira, pois basta meio palmo de água para afogar o bebé
- ☑ Utilize tapetes com antiderrapante no chão do WC ou então removê-los
- ☑ Fechar sempre a tampa da sanita



Caracterização de Riscos - Fora de casa



ESCADAS E JARDIM

- ☑ Colocar grades no topo e no fundo das escadas
- ☑ Assegurar que os tapetes estão bem fixos
- ☑ Retirar/vedar plantas venenosas (ex: azáleas) e pontiagudas
- ☑ Vedar o jardim, de modo a evitar que o bebé saia para a rua
- ☑ Guardar os utensílios cortantes e ferramentas em local seguro



Caracterização de Riscos - Por tipo de Acidente

Afogamento
 Queimadura
 Segurança Auto
 Queda
 Intoxicações
 Asfixia

Caracterização de Riscos - Por tipo de Acidente

QUEDAS



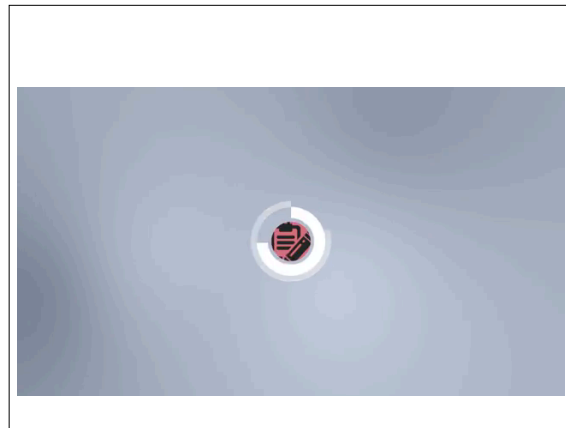
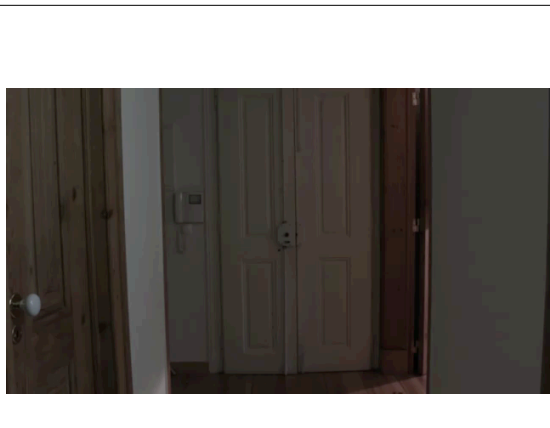
- Os andarilhos (mais conhecidos por "aranhas") e baldios são possibilidades adicionais de quedas, o que requer a máxima vigilância.
- Os andarilhos têm tendência a virar-se ou cair pelas escadas.
- Colocar proteções tipo portas nas extremidades superior e inferior das escadas.



QUEDAS



- São mais comuns depois dos quatro meses, quando a criança já aprendeu a rolar, mas podem ocorrer em qualquer idade.
- Nunca colocar ou deixar a criança sozinha numa superfície elevada sem vigilância.



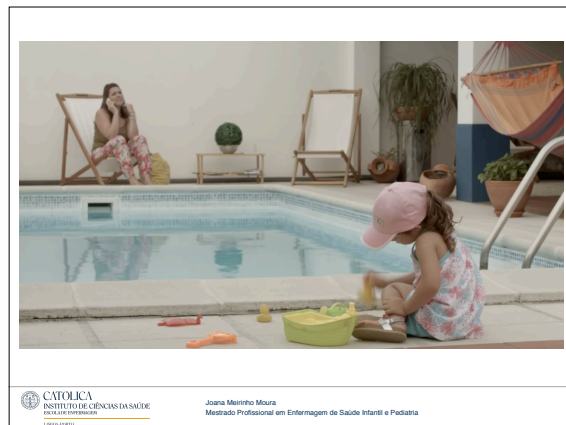
Caracterização de Riscos - Por tipo de Acidente

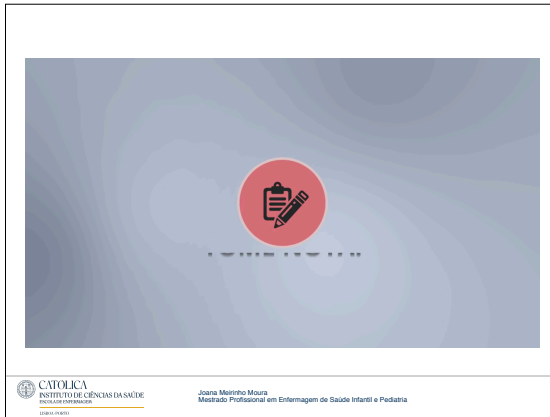
Afogamento



A criança nunca deve ficar sozinha na banheira, ou próximo de locais com água como piscinas, lagoas ou simples baldios com água devido ao risco de afogamento.

Basta 2,5 cm de água para um bebé se afogar!





Caracterização de Riscos - Por tipo de Acidente

Segurança Auto

SEGURANÇA NO TRANSPORTE

CADEIRINHA DE CARRO

TODES AS VEZES QUE O SEU ESTEBANHO DE CARRO, COLOQUE NA CADEIRINHA.

NUMERO DE CRIANÇAS MENDES OUFERENDAS DE ACIDENTES DE CARRO, E DEE MAIOR DO QUE EM QUAL QUER OUTRO TIPO DE ACIDENTE.

SEGURANÇA NO TRANSPORTE

Dispositivos de retenção adequados...

CADEIRA DE ASSENTO INVERTIDO - viajar de costas para o trânsito é a melhor forma de proteger a cabeça e o pescoço da bebé em caso de acidente. Este dispositivo pode colocar-se no banco de trás ou da frente (e não deve ser usado).

QUANDO SE TRANSPORTA CRIANÇAS NO CARRO, DEVEM UTILIZAR-SE SEMPRE SISTEMAS DE RETENÇÃO ADEQUADOS AO SEU TAMANHO E PESO.

NUNCA DEVEM SER TRANSPORTADAS AO COLO

EM CASO DE COLISÃO FRONTAL, A 40 KMH, CORRESPONDE A UMA QUER 4 TF FARRA DE UM 2º ANDAR

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Joana Meirinho Moura
Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Caracterização de Riscos - Por tipo de Acidente

Queimadura

As queimaduras mais frequentes são as causadas por água a ferver, exposição solar excessiva, fios eléctricos, fichas eléctricas e aparelhos de aquecimento como radiadores ou lareiras.

Deve evitar-se que a criança tenha contacto com fontes de calor devendo tomar cuidados para que a criança não chegue até elas.

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Joana Meirinho Moura
Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Caracterização de Riscos - Por tipo de Acidente

INTOXICAÇÕES

- Quando o lactente adquirir a capacidade de se deslocar o risco de intoxicação aumenta.
- As substâncias tóxicas como produtos de limpeza devem ser guardadas em prateleiras mais altas ou em armários fechados onde as crianças não tenham acesso.

- Durante as mudas de fraldas deve ter-se o máximo de cuidado com o que se oferece à criança para a distrair, pois de cremas, óleos, pó de talco, lozinhos de limpeza são uma fonte de intoxicação.

Caracterização de Riscos - Por tipo de Acidente

ASFIXIA

- Ocorre devido à obstrução das vias respiratórias (Boca e nariz, comprimidos na garganta e no bico, ou quando criança fica com a cabeça coberta ou presa por algo).
- Na hora de dormir devem ser retirados biberões, e deve evitar que as chupetas sejam penetradas à volta do pescoço.
- Não tapar demasiado a criança.
- Posição de deitar: decúbito lateral ou dorsal.

ASPIRAÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS

- Na introdução de novos alimentos evitar dar consistência dura como por exemplo:
 - Dozes;
 - Espinaços;
 - Amêijoas;
 - Rebuçados;
 - Frutas com caroço ou sementes;
 - etc.
- Deve ter cuidado com os brinquedos que criança e com os que tem em casa.
- Ter atenção aos objectos pequenos que possam ser colocados na boca (pips, alfinetes, feijão, massinha).

Take home messages

- As crianças precisam de explorar o mundo que as rodeia!
- As medidas preventivas de acidentes, devem dar a liberdade possível à criança para que este explore o mundo com os cinco sentidos
- Os acidentes acontecem por distração dos adultos e por descuido na promoção de um ambiente seguro
- Adaptar um ambiente seguro não tem de ser muito caro, depende apenas da adopção de regras simples
- As regras de casa, devem ser mantidas fora dela, e nas casas em que a criança é visita

Take home messages

A Criança não entende o perigo quando explora o que a rodeia, e, por isso, não é a Criança que tem de mudar, mas sim o ambiente! (APSI.org.pt Manual de 2009)

Referências

www.APSI.org.pt



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Segurança e prevenção de acidentes

No primeiro ano de vida

Joana Meirinho Moura
Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

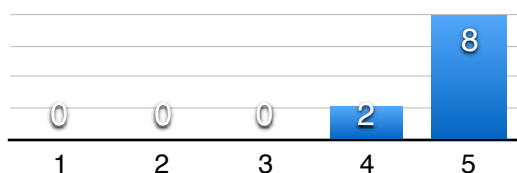
Inquérito relativo à formação aos Pais sobre Segurança Infantil

Questão N.º 1 - Já tinha assistido a algum sessão de educação para a saúde sobre prevenção de acidentes?

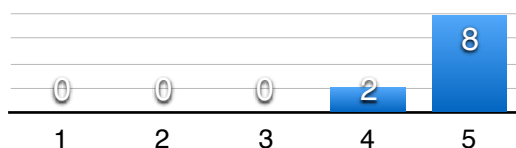
N.º de
respostas:
10



Questão N.º 2 - Considere o interesse da sessão para o seu dia-a-dia (de 1 a 5 em que 1 corresponde a “pouco interesse” e 5 a “muito interesse”)



Questão N.º 3 - A formação foi de encontro às suas expectativas? (de 1 a 5 em que 1 corresponde a “não” e 5 a “sim, superou as expectativas”)



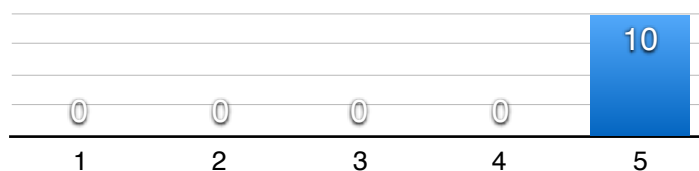
Questão N.º 4 - No seu dia-a-dia pensa frequentemente nos acidentes que podem ocorrer?



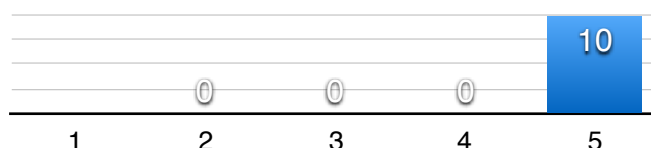
Questão N.º 5 - Quando tem duvidas em relação a prevenção de acidentes, a quem recorre ou como consegue esclarecer essa duvida?



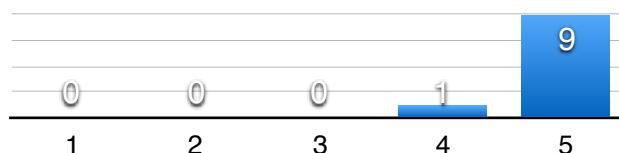
Questão N.º 6 - Os conteúdos foram abordados de forma clara concisa e dinâmica (de 1 a 5 em que 1 corresponde a “confuso” e 5 a “muito claro”)



Questão N.º 7 - Foi-lhe dada a oportunidade para esclarecer as suas duvidas (de 1 a 5 em que 1 corresponde a “não” e 5 a “sim, fiquei totalmente esclarecido”)



Questão N.º 8 - Considera que os meios audiovisuais e de apoio foram adequados? (de 1 a 5 em que 1 corresponde a “pouco adequados” e 5 a “muito adequados”)



Apêndice 3 - Dia Mundial da Criança

DINAMIZAÇÃO DIA MUNDIAL DA CRIANÇA

Data: 01 de junho de 2016

Duração: Todo o dia

Local: Sala de espera da UCSP Soares dos Reis

Fundamentação da Acção

“As necessidades da criança são inalienáveis, são irreduzíveis, são inquestionáveis. Assegurá-las é, inequivocamente, o nosso mandamento e terá de ser, assim, a nossa missão.” (Gomes Pedro, 2004)

O Dia Mundial da Criança nasce do desejo da Organização das Nações Unidas em alertar para a necessidade de defesa e promoção constantes dos direitos das crianças.

A criação deste dia promove os direitos da criança nomeadamente ao afeto, amor, compreensão, alimentação adequada, cuidados médicos, educação gratuita, proteção contra todas as formas de exploração, crescer num clima de Paz e Fraternidade universais.

Contudo, nos dias de hoje assistimos à violação destes direitos que deveriam, desde o nascimento ser uma garantia. Não é necessário, infelizmente, olhar em exclusivo para os países em vias de desenvolvimento para nos apercebermos da exposição violenta e grosseira a que muitas crianças estão expostas, muitas vezes por parte daqueles que deveriam ser os seus primeiros protectores, nomeadamente a família.

Urge então mudar mentalidades para que a defesa dos direitos básicos e inalienáveis destes cidadãos deixe de ser feita por activismo e passe a sê-lo por cidadania.

Planeamento da Acção

Neste dia 1 de junho de 2016, a UCSP Soares dos Reis assinala o Dia Mundial da Criança, de forma a que as crianças que lá recorram sintam que aquele espaço também é vocacionado para elas.

Assim, pretende-se decorar a sala de espera com cartazes com imagens de crianças e um poema alusivo aos direitos da criança, também com o intuito de alertar a comunidade para esta temática. Pretende-se também disponibilizar um painel com a frase “Ser criança é...” para as crianças ou pais que queiram deixar uma mensagem.

Os Direitos das Crianças

**Todas as crianças no mundo
Devem ser bem protegidas
Contra os rigores do tempo
Contra os rigores da vida.**



Joana Moura 9º Mestrado e ESR/UCP-ICS 2016

**As crianças têm que ter nome
As crianças têm que ter lar
Ter saúde e não ter fome
Ter segurança e estudar.**



Joana Moura 9º Mestrado e ESR/UCP-ICS 2016

**Não é uma questão de querer
Nem questão de concordar
Os direitos das crianças
Todos têm de respeitar.**



Joana Moura 9º Mestrado e ESR/UCP-ICS 2016

**Têm direito à atenção
Direito a não ter medos
Direito a livros e a pão
Direito a ter brinquedos.**



Joana Moura 9º Mestrado e ESR/UCP-ICS 2016

**Mas as crianças também têm
O direito de sorrir.
Correr à beira do mar,
Ter lápis de colorir...**



Joana Moura 9º Mestrado e ESR/UCP-ICS 2016

**Ver uma estrela cadente,
Um filme que tenha robô,
Receber um lindo presente,
Ouvir histórias do avô.**



Joana Moura 9º Mestrado e ESR/UCP-ICS 2016

**Descer no escorrega,
Fazer bolinhas de sabão,
Gelados, se fizer calor,
Brincar ao pião.**



Joana Moura 9º Mestrado e ESP/UCP-ICS 2016

**Lamber o fundo da panela
Ser tratada com afeição
Ser alegre e tagarela
Poder também dizer não!**



Joana Moura 9º Mestrado e ESP/UCP-ICS 2016

Apêndice 4 - Cuidados ao Coto Umbilical em Involução Fisiológica

Cuidados ao coto umbilical

Planificação da sessão

Data: 09 de junho de 2016

Duração: 20 minutos

Local: Sala de reuniões da UCSP Soares dos Reis

Método: Expositivo

Destinatários: Profissionais da UCSP Soares dos Reis

Objectivo Geral:

Abordagem dos cuidados ao coto umbilical em involução fisiológica;

Objectivo Específico:

Fazer uma revisão teórica sobre o tema, trazendo à discussão e procurando assim obter uma abordagem uniformizada dos cuidados, no contexto do centro de saúde.

Fundamentação Teórica

O coto umbilical, estrutura residual e perene, é o último elo fisiológico entre o recém-nascido e o feto. É também o último resquício de vida dependente da gestante do ponto de vista nutritivo. A sua involução e consequente queda constitui um processo fisiológico sobre o qual se torna pertinente ter um sólido conhecimento e segura abordagem clínica, visto ser um potencial foco de complicações, predominantemente infecciosas, que poderão em último caso perigar a vida do recém-nascido.

A estrutura do cordão umbilical resume-se a 3 vasos, envoltos em tecido conjuntivo e cuja membrana externa está envolta em líquido amniótico. Após o corte instrumentado, o coto sofre um processo fisiológico de necrose asséptica e cicatrização, mediada por leucócitos polimorfonucleares. Este processo resulta frequentemente num acúmulo de resíduos que pode ser confundido com pús e induzir um diagnóstico erróneo de infecção.

A separação dá-se normalmente entre o 5º e o 15º dia após o parto, dependendo o timing essencialmente do tipo e qualidade de cuidados prestados. A cicatrização remanescente da estrutura umbilical do abdómen é feita por deposição e retração fibrótica ancorada na linha branca abdominal.

A complicação infecciosa do cordão é geralmente evidente, com edema do cordão e rubor peri-umbilical ou cheiro fétido em caso de bactérias anaeróbias.

Esta porta de entrada para infecções ascendentes pode conduzir a complicações sépticas sistémicas, manifestadas tipicamente com febre, letargia e/ou recusa alimentar. Este potencial infeccioso e tradutor de morbi-mortalidade enquadra duas importantes considerações.

A colonização da pele e por consequência do coto umbilical pode ser feita também por bactérias patogénicas; a aplicação de substâncias pode trazer também, potencial malefício.

A colonização da pele do recém nascido, ocorre logo no post-parto imediato, e inclui espécies patogénicas e não patogénicas. O perfil microbiológico vai obviamente depender das condições de higiene em que decorrem o parto e o período pós parto imediato. Em cenários mais desenvolvidos, as espécies mais prevalentes são gram positivas, e em cenários mais pobres ou com menores recursos ou cuidado, são as gram negativas.

Note-se, por exemplo, que já em 1958, nos EUA, 99.7% dos recém nascidos apresentavam colonização por *Stafilococcus aureus* até ao 6º dia de vida. Em 2012 no Bangladesh, encontravam-se predominantemente bactérias gram negativas como a *E. coli*, *Klebsiella spp* e *Pseudomonas spp*.

Os cuidados peri e pós parto são também determinantes no potencial de mortalidade desta estrutura. Em situações extremas, o cordão é cortado com recurso a tesouras ou laminas contaminadas e os cuidados feitos com óleos, mostarda, lama, carvão, gordura animal ou pastas de fruta. Esta combinação constitui um foco potencial de infecção levando frequentemente a complicações severas. Por outro lado a abordagem mais moderna de corte com instrumentação esterilizada e com uma correcta higienização das mãos, permite minimizar o risco para uma faixa que cria uma oportunidade para a diferenciação de cuidados e consequentemente para o desacordo entre várias correntes de opinião.

A prática moderna inclui a o tratamento com substancias de perfil antimicrobiano como álcool, sulfadiazina, iodina, clorohexidina; desidratantes como azul de metileno, acriflavina e eosina; antibióticos como bacitracina, neomicina, tetraciclina ou pós adsorventes. Outra abordagem considerada, e a aconselhada pela OMS, é a da lavagem com sabão neutro e secagem.

A utilização de solutos anti-sépticos leva a um aumento do tempo de queda do cordão, aumentando paradoxalmente o potencial infeccioso do coto.

Pertinência

No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, tendo contacto com o recém-nascido nos primeiros dias após a alta hospitalar, torna-se legítima a dúvida, nos profissionais, quanto ao melhor tratamento a utilizar, nomeadamente em relação ao soluto a aplicar no coto umbilical, uma vez que se recebem recém-nascidos de várias instituições, todas elas com diferentes abordagens ou protocolos instituídos.

Os pais, enquanto principais prestadores de cuidados chegam muitas vezes com dúvidas e preocupações em relação aos cuidados ao coto, pois após a saída do hospital/maternidade, sentem-se desamparados por não ter a segurança do profissional por perto, e apresentam receio ao manusear o coto umbilical.

Neste sentido, esta revisão procura reunir evidência científica sobre a temática, com o objectivo de trazer à discussão os variados procedimentos em relação ao tratamento do coto umbilical em involução fisiológica.

Referencias

1. Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA, Uy MEV, Mantaring III JB, Bhutta ZA. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2.

Coto umbilical - Complicações

Existem no entanto 5 pontos que podem ser facilmente transmitidos aos pais/cuidadores, e despertar oportunidade na observação pelos profissionais.

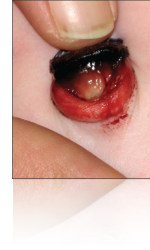
- 1) "Pee e Poo" (xixi e cocô) - o atrito da fralda, bem como o contacto com fezes e urina podem agravar o comportamento inflamatório e constituir fontes septicais no processo cicatricial em curso;



Coto umbilical - Complicações

Existem no entanto 5 pontos que podem ser facilmente transmitidos aos pais/cuidadores, e despertar oportunidade na observação pelos profissionais.

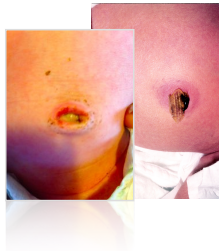
- 1) "Pee e Poo" - o atrito da fralda, bem como o contacto com fezes e urina podem agravar o comportamento inflamatório e constituir fontes septicais no processo cicatricial em curso;
- 2) **Hemorragia persistente - salvo em casos específicos (como a coagulopatia congénita), se um coto sangrar, deve fazê-lo de forma auto-limitada e com duração nunca superior a 10 minutos;**



Coto umbilical - Complicações

Existem no entanto 5 pontos que podem ser facilmente transmitidos aos pais/cuidadores, e despertar oportunidade na observação pelos profissionais.

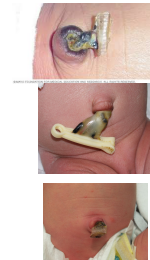
- 1) "Pee e Poo" - o atrito da fralda, bem como o contacto com fezes e urina podem agravar o comportamento inflamatório e constituir fontes septicais no processo cicatricial em curso;
- 2) Hemorragia persistente - salvo em casos específicos (como a coagulopatia congénita), se um coto sangrar, deve fazê-lo de forma auto-limitada e com duração nunca superior a 10 minutos;
- 3) **Pis de cor amarelada e/ou cheiro fétido, acompanhado de eritema, não deve estar presente, e nesse caso requer observação por um profissional;**



Coto umbilical - Complicações

Existem no entanto 5 pontos que podem ser facilmente transmitidos aos pais/cuidadores, e despertar oportunidade na observação pelos profissionais.

- 1) "Pee e Poo" - o atrito da fralda, bem como o contacto com fezes e urina podem agravar o comportamento inflamatório e constituir fontes septicais no processo cicatricial em curso;
- 2) Hemorragia persistente - salvo em casos específicos (como a coagulopatia congénita), se um coto sangrar, deve fazê-lo de forma auto-limitada e com duração nunca superior a 10 minutos;
- 3) Pis de cor amarelada e/ou cheiro fétido, acompanhado de eritema, não deve estar presente, e nesse caso requer observação por um profissional;
- 4) **Reacção de Dor - se o bebé chora sempre que se lhe toca no coto, este deve ser observado;**
- 5) **Atraso na separação - caso o coto persista mais de 15 dias, deve ser observado;**



Coto umbilical - Cuidados

April 20, 1957 UMBILICAL CORD AS SOURCE OF INFECTION *Journal of the American Medical Association* 225

UMBILICAL CORD AS RESERVOIR OF INFECTION IN A MATERNITY HOSPITAL

JANET JELLARD, M.B., Ch.B., Dip.Bact.
From the Public Health Laboratory, Plymouth

Dalen, 1946. Forfar et al. (1953) swabbed 120 babies at the time of separation of the cord (about the eighth day of life) and found an infection rate of 10%. Edmunds et al. (1957) recorded a rate of 40% in 604 babies of the same age. Corbett and Jellard (1957) found 54% of 50 babies to be carrying *Staph. aureus* on the cord by the third or fourth day and attributed to the special danger of infection of this site. Jellard made further studies in 1951 and 1953. Her interest, however, was mainly clinical.

Coto umbilical - Cuidados

April 20, 1957 UMBILICAL CORD AS SOURCE OF INFECTION *Journal of the American Medical Association* 225

UMBILICAL CORD AS RESERVOIR OF INFECTION IN A MATERNITY HOSPITAL

JANET JELLARD, M.B., Ch.B., Dip.Bact.
From the Public Health Laboratory, Plymouth

(Gallen, 1946. Forfar et al. (1953) swabbed 120 babies at the time of separation of the cord (about the eighth day of life) and found an infection rate of 10%. Edmunds et al. (1957) recorded a rate of 40% in 604 babies of the same age. Corbett and Jellard (1957) found 54% of 50 babies to be carrying *Staph. aureus* on the cord by the third or fourth day and attributed to the special danger of infection of this site. Jellard made further studies in 1951 and 1953. Her interest, however, was mainly clinical.)

The New England
Journal of Medicine

Volume 252 FEBRUARY 20, 1961 Number 8

HEXACHLOROPHENE BATHING IN EARLY INFANCY

Rezaei M, Olson M, J, Fineman J, Tinsley P, Kesteven D, Rosen M, J
Thompson F, Bacon M, C, et al. New York, NY

ARTICLE

Coto umbilical - Cuidados

Types of interventions
We evaluated the following interventions.

1. Antiseptic versus no antiseptic or placebo/dry cord care.
2. Antibiotics versus no antibiotic.
3. Antiseptic versus antibiotic.
4. Antiseptic versus antiseptic.
5. Single versus multiple application.
6. Washing umbilical cord with soap/water versus dry cord care.

Public studies were excluded when a combination of antiseptic and antibiotic was used. Studies that evaluated hexachlorophene were excluded as the antiseptic had been removed from the market because of central nervous toxicity.

Types of outcome measures

Primary outcomes

- All-cause mortality
- Confirmed or suspected sepsis
- Omphalitis
- Tetanus

Secondary outcomes

- Bacterial colonization
- Time to cord separation

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE MEDICINA
 SÃO PAULO

Coto umbilical - Cuidados

Analysis 1.1. Comparison 1 Antiseptics vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings. Outcome 1 All-cause mortality.

Review: Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns

Comparison: 1 Antiseptic vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings

Outcome: 1 All-cause mortality

Study or subgroup	log [Risk Ratio] (SE)	Risk Ratio M,Random,95% CI	Weight	Risk Ratio IV,Random,95% CI
I Chlorhexidine versus dry cord care/placebo				
Arifen 2012	-0.278 (0.086)	45.1%	0.88 [0.74, 1.04]	
Mulany 2006	-0.274 (0.14)	29.4%	0.76 [0.58, 1.00]	
Soofi 2012	-0.478 (0.158)	25.5%	0.62 [0.45, 0.85]	
Total (95% CI)		100.0%	0.77 [0.63, 0.94]	

Heterogeneity: $I^2 = 0.02$; $Chi^2 = 3.96$, $df = 2$ ($P = 0.14$); $I^2 = 0.02$
 Test for overall effect: $Z = 2.24$ ($P = 0.025$)
 Test for subgroup differences: Not applicable

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE MEDICINA
 SÃO PAULO

Coto umbilical - Cuidados

Analysis 1.2. Comparison 1 Antiseptics vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings. Outcome 2 Omphalitis: Algorithm 1: Redness extending to skin.

Review: Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns

Comparison: 1 Antiseptic vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings

Outcome: 2 Omphalitis: Algorithm 1: Redness extending to skin

Study or subgroup	log [Risk Ratio] (SE)	Risk Ratio M,Random,95% CI	Weight	Risk Ratio IV,Random,95% CI
Arifen 2012	-0.203 (0.087)	82.6%	0.79 [0.70, 0.91]	
Mulany 2006	-0.205 (0.079)	62.6%	0.81 [0.68, 0.97]	
Soofi 2012	-0.158 (0.142)	11.9%	0.81 [0.42, 1.54]	
Total (95% CI)		100.0%	0.73 [0.64, 0.83]	

Heterogeneity: $I^2 = 0.00$; $Chi^2 = 0.00$, $df = 2$ ($P = 0.22$); $I^2 = 0.00$
 Test for overall effect: $Z = 4.93$ ($P < 0.00001$)
 Test for subgroup differences: Not applicable

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE MEDICINA
 SÃO PAULO

Coto umbilical - Cuidados

Analysis 1.3. Comparison 1 Antiseptics vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings. Outcome 3 Omphalitis: Algorithm 2: Redness with pus or severe redness.

Review: Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns

Comparison: 1 Antiseptic vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings

Outcome: 3 Omphalitis: Algorithm 2: Redness with pus or severe redness

Study or subgroup	log [Risk Ratio] (SE)	Risk Ratio M,Random,95% CI	Weight	Risk Ratio IV,Random,95% CI
Arifen 2012	-0.394 (0.088)	63.9%	0.67 [0.57, 0.80]	
Mulany 2006	-0.240 (0.1343)	27.1%	0.77 [0.59, 1.00]	
Soofi 2012	-0.543 (0.2205)	10.0%	0.57 [0.37, 0.88]	
Total (95% CI)		100.0%	0.69 [0.60, 0.79]	

Heterogeneity: $I^2 = 0.0$; $Chi^2 = 1.50$, $df = 2$ ($P = 0.47$); $I^2 = 0.02$
 Test for overall effect: $Z = 5.36$ ($P < 0.00001$)
 Test for subgroup differences: Not applicable

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE MEDICINA
 SÃO PAULO

Coto umbilical - Cuidados

Analysis 1.4. Comparison 1 Antiseptics vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings. Outcome 4 Omphalitis: Algorithm 3: severe redness with pus.

Review: Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns

Comparison: 1 Antiseptic vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings

Outcome: 4 Omphalitis: Algorithm 3: severe redness with pus

Study or subgroup	log [Risk Ratio] (SE)	Risk Ratio M,Random,95% CI	Weight	Risk Ratio IV,Random,95% CI
Arifen 2012	0.6202 (0.2299)	58.9%	0.54 [0.34, 0.84]	
Mulany 2006	-1.3607 (0.413)	24.9%	0.26 [0.11, 0.58]	
Soofi 2012	0.6733 (0.3314)	16.2%	0.51 [0.18, 1.45]	
Total (95% CI)		100.0%	0.44 [0.28, 0.69]	

Heterogeneity: $I^2 = 0.02$; $Chi^2 = 2.48$, $df = 2$ ($P = 0.29$); $I^2 = 0.02$
 Test for overall effect: $Z = 3.59$ ($P = 0.00034$)
 Test for subgroup differences: Not applicable

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE MEDICINA
 SÃO PAULO

Coto umbilical - Cuidados

Analysis 1.5. Comparison 1 Antiseptics vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings. Outcome 5 Bacterial colonization: Staphylococcus aureus.

Review: Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns

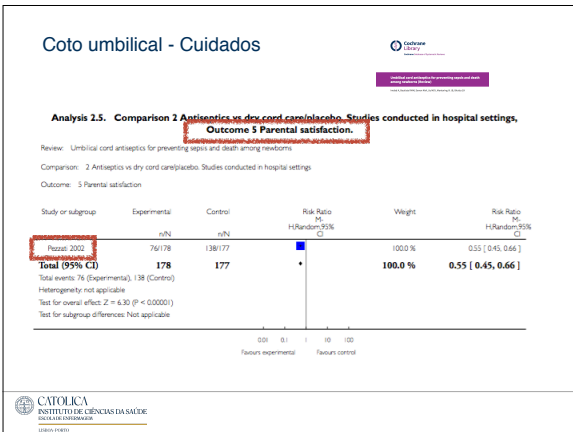
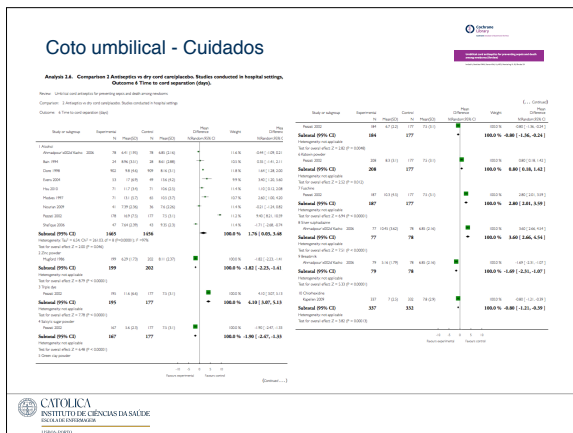
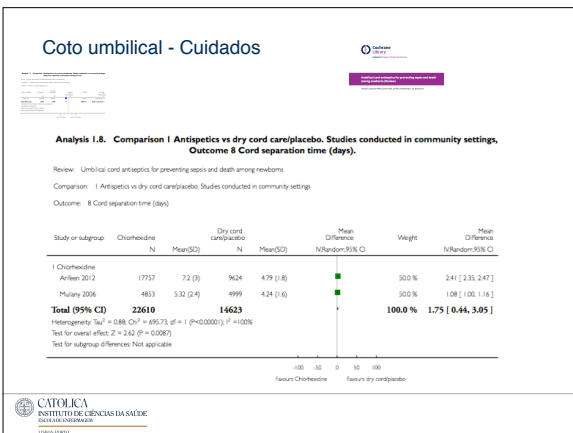
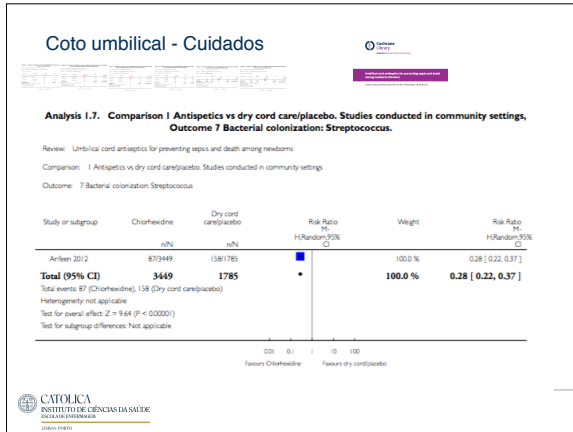
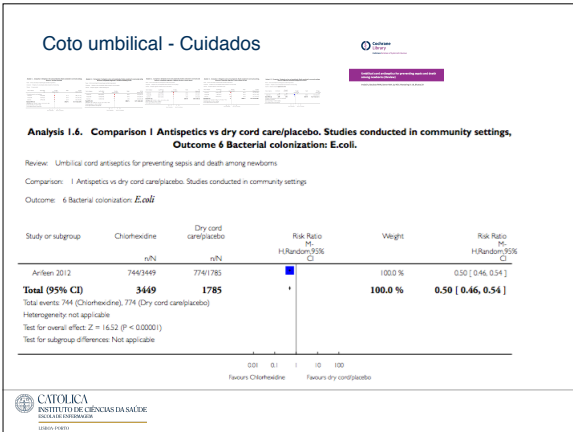
Comparison: 1 Antiseptic vs dry cord care/placebo. Studies conducted in community settings

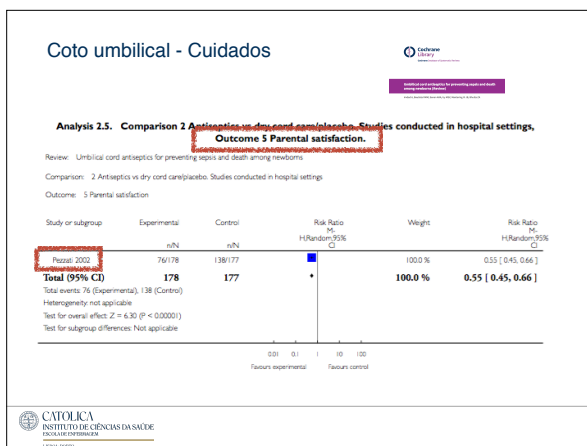
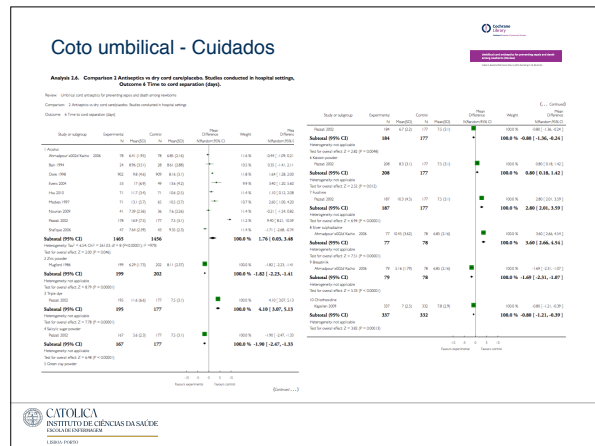
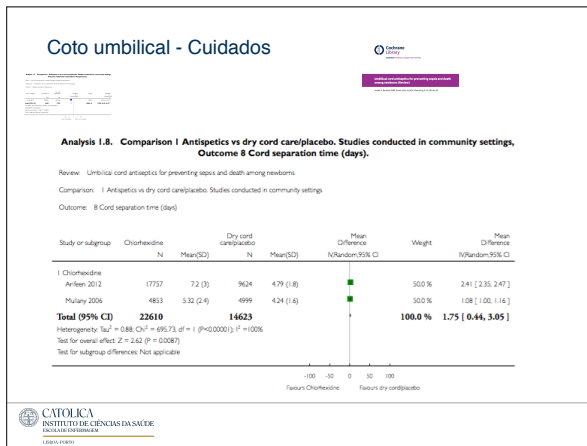
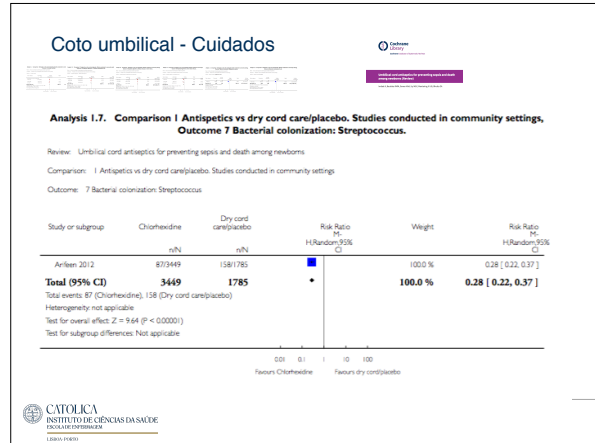
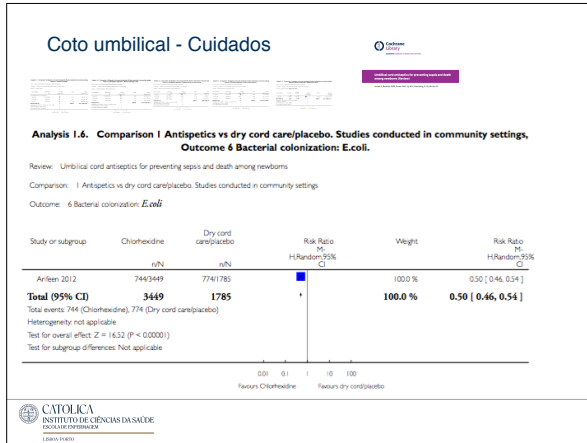
Outcome: 5 Bacterial colonization: *Staphylococcus aureus*

Study or subgroup	Chlorhexidine		Dry cord care/placebo		Weight	Risk Ratio M,Random,95% CI
	n/N	n/N	n/N	n/N		
Arifen 2012	239/3449	464/1765			100.0%	0.27 [0.23, 0.31]
Total (95% CI)	3449	1785			100.0%	0.27 [0.23, 0.31]

Total events: 239 (Chlorhexidine), 464 (Dry cord care/placebo)
 Heterogeneity: not applicable
 Test for overall effect: $Z = 17.84$ ($P < 0.00001$)
 Test for subgroup differences: Not applicable

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE MEDICINA
 SÃO PAULO





Coto umbilical - Nova abordagem

Comparing the impact of topical application of human milk and chlorhexidine on cord separation time in newborns

Abstract
Objectives: The best umbilical cord care after birth is a controversial issue. Aim of this research was to compare the effect of topical application of human milk and chlorhexidine on cord separation time in newborns.
Methods: One hundred seventy four neonates attending from hospitals affiliated to Kasan University of Medical Sciences were included. Newborns from birth were randomized to two groups. In group mother's milk, mother will rub her own milk to cord stump two times a day, chlorhexidine group (2) were applied to the umbilical stump every 12 hours. The time to umbilical cord separation and any discomfort such as infection, hemorrhage, and discharge and odor were documented. Data was analyzed by SPSS software. Independent Samples T-Test, χ^2 Fisher were used in this study.
Results: Results showed a significant statistical difference between cord separation time in two groups and the mean cord separation time in the human milk group (7.15 ± 2.15 days) was shorter than the chlorhexidine group (12.26 ± 3.79 days). In addition, a significant correlation was found between signs of infection (discharge, redness, swelling and odor) in both groups.
Conclusions: Topical application of breast milk on umbilical cord care leads to quick cord separation time and can be used as easy, cheap, non injury method for umbilical cord care.
KEY WORDS: Human Milk, chlorhexidine, Separation Time, Umbilical Cord.

How to cite this article: <https://doi.org/10.1590/1983-0887-2021-0122>
 Original Article
 Comparing the impact of topical application of human milk and chlorhexidine on cord separation time in newborns. *Rev Bras Enferm*. 2023; 76(1): e20210122. <https://doi.org/10.1590/1983-0887-2021-0122>
 This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE ENFERMAGEM
 LARANJEIRA




CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Coto umbilical

Fisiologia, fisiopatologia e cuidados - uma revisão



Joana Meirinho Moura
Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A avaliação das sessões foi feita pelos seus assistentes, com recurso ao preenchimento de um pequeno inquérito, anónimo, e com 8 questões. Junta-se em anexo um exemplar de cada um destes.



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

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

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

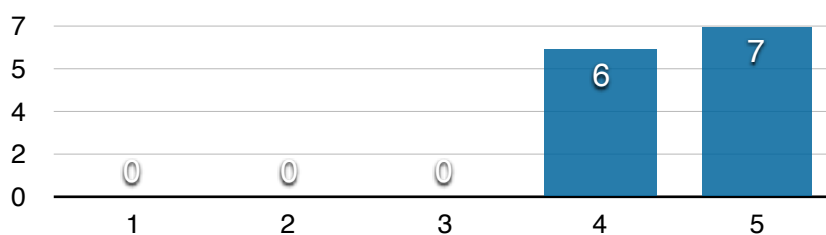
Universidade Católica Portuguesa – Porto
 Instituto de Ciências da Saúde
 Escola de Enfermagem
 Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Vila Nova de Gaia, 9 de Junho 2016

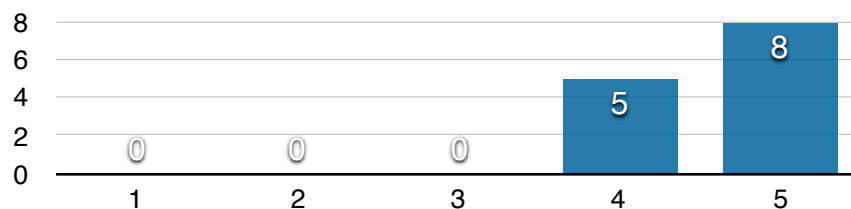
Questionário relativo à apresentação a profissionais sobre os Cuidados ao Coto Umbilical

Classificação entre 1 e 5, correspondendo o 1 a Insuficiente, 2 a Suficiente, 3 a Bom, 4 a Muito Bom e 5 a Excelente

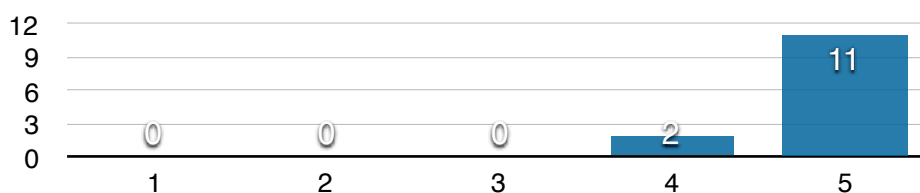
1.^a Questão - O Formador conseguiu transmitir a informação de forma eficaz



2.^a Questão - O Formador conseguiu motivar o público alvo



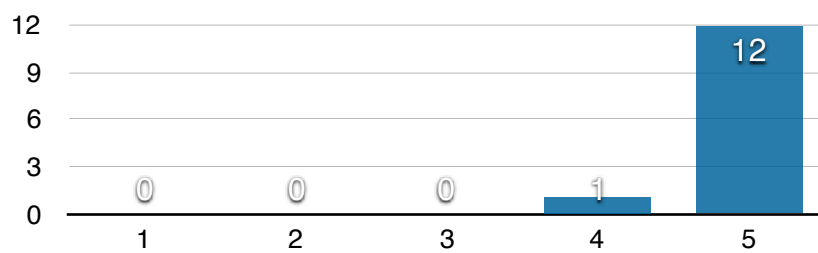
3.^a Questão - O Formador demonstrou conhecimentos sobre o tema



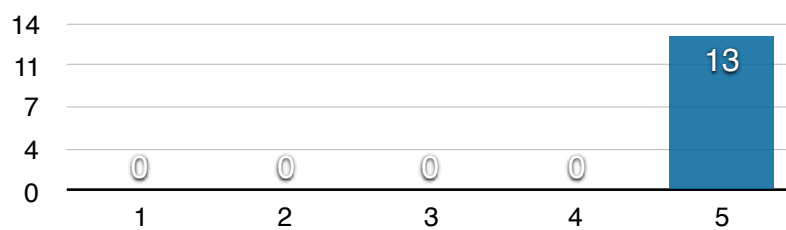
4.^a Questão - O Formador desenvolveu metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença



5.^a Questão - O tema foi pertinente



6.^a Questão - O conteúdo da sessão é de interesse para a prática



7.^a Questão - O tema conseguiu proporcionar aquisição de novos conhecimentos

