



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Maria João Rodrigues de Oliveira

LISBOA, Junho de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Maria João Rodrigues de Oliveira

Sob orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

LISBOA, Junho de 2012

***“Os sentimentos perdem-se nas palavras.  
Todos deveriam ser transformados em ações.  
Em ações que tragam resultados.”***

Florence Nightingale

## RESUMO

A realização do presente Relatório de Estágio surge no âmbito curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área da Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e pretende apresentar o percurso desenvolvido na Unidade Curricular Estágio com vista ao desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem especializada à criança e família.

A finalidade deste relatório consiste em descrever, analisar e refletir sobre todo o percurso de formação, apresentando os objetivos, as atividades e competências específicas adquiridas, permitindo a certificação para uma prática de enfermagem especializada na área de enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Este trajeto curricular integra três Módulos de Estágio: Módulo I, realizado no Centro de Saúde de Alenquer; Módulo II ao qual obtive creditação e o Módulo III, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria. A área temática desenvolvida durante os três módulos de estágio foi a parceria nos cuidados, baseada nos quatro conceitos em que o modelo assenta: envolvimento, participação, capacitação e negociação.

O objetivo transversal à Unidade Curricular Estágio consiste em **Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados à criança/família, com vista à promoção da parceria nos cuidados.**

Assim, para que o objetivo fosse alcançado foram realizadas diversas atividades inerentes a cada módulo de estágio. No estágio do Módulo I foram realizadas duas sessões de educação para a saúde dirigidas aos pais. No que diz respeito à equipa de enfermagem foi realizada a exposição da temática Parceria nos Cuidados, através de uma ação de formação. A criação da “Salinha do Aconchego” foi outra das atividades desenvolvidas neste módulo.

No estágio do Módulo III, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, foi elaborado um Programa de Formação. Este programa foi apresentado à equipa de enfermagem em ação de formação e foi também realizada uma sessão de educação para a saúde dirigida aos pais dos recém-nascidos internados na Unidade. Quanto ao estágio do Módulo III, que decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica, foi realizado um vídeo que aborda oito temáticas e elaborados panfletos informativos, indo de encontro às necessidades demonstradas pelos pais.

Ao longo do percurso de estágio, desenvolveram-se objectivos e realizaram-se actividades que pretendem destacar a importância do Modelo de Parceria nos Cuidados e dos Cuidados Centrados na Família, no âmbito da prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Realizaram-se intervenções abrangendo as diversas faixas etárias da infância, sem esquecer o envolvimento, a participação, a capacitação e a negociação da criança/família, com o objectivo primordial de promover a Parceria nos Cuidados.

### **Palavras-Chave**

Enfermagem; Parceria nos Cuidados; Cuidados Centrados na Família.

## **ABSTRACT**

The realization of this Training Report appears in the curriculum Course Masters Nursing Area of Specialization of Child and Pediatric Health of Health Sciences Institute of Portuguese Catholic University and intends to present the route developed in Stage with a view to developing skills for specialized nursing care to child and family.

The purpose of this report is to describe, analyze and reflect on the entire training course, where goals, activities and specific skills gained, allow certification for a specialized nursing practice.

This path has three curriculum training modules: Module I, accomplished at Alenquer Health Center; Module II which got accreditation and Module III, accomplished in the Neonatal Intensive Care Unit and Pediatric Emergency of Santa Maria Hospital.

The subject area developed during the three training modules was the partnership of care, based on four concepts on which the model is based on: engagement, participation, empowerment and negotiation.

The goal for stages is to develop scientific, techniques and relational skills in care of children/family, to promote partnership in care.

That goal was achieved in several activities developed in training modules. In I Module were made two sessions of health education to parents. To the nursing team was exposed the subject Partnership in Care through a teaching program. The creation of "Salinha do Aconchego" was another of the activities developed in this module.

In III Module stage, conducted in the Neonatal Intensive Care Unit, was designed a training program. This program was presented to the nursing team and was also held a session of health education to parents of newborns admitted in the unit. Regarding the III Module stage, which took place in the Pediatric Emergency, there was accomplished a video that covers eight thematic and elaborate flyers, meeting the needs demonstrated by parents.

Along the route, objectives and activities were developed that were held wish to highlight the importance of the Partnership in Care Model and the Family Centered Care, under the care of the Nurse Specialist Nursing Child and Youth Health.

There were interventions including all age groups of children, not to mention the involvement, participation, empowerment and negotiation of the child/family, with the primary objective to promote the partnership in care.

### **Keywords**

Nursing; Partnership in Care, Family Centered Care.

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as crianças e pais com quem contactei ao longo deste percurso.

À Professora Zaida Charepe, pela sua disponibilidade, orientação, sugestões e apoio, que sempre demonstrou.

Às orientadoras de estágio, por toda a disponibilidade e apoio demonstrado: Enfermeira Cristina Perguiça, Enfermeira Neusa Pedrosa e Enfermeira Mafalda Garcia.

A todos os restantes elementos das equipas multidisciplinares dos Serviços onde estagiei, uma vez que também eles contribuíram para a minha aprendizagem e para o meu sentimento de bem-estar.

Aos colegas de curso pelos momentos de aprendizagem que partilhámos.

A toda a equipa do Serviço de Pediatria Piso 9, pelo apoio, compreensão e incentivo nos momentos de maior cansaço.

À família e amigos pelo suporte demonstrado e pela confiança depositada no meu trabalho.

A todos aqueles, que de alguma forma contribuíram para a concretização de mais uma etapa da minha vida.

**Muito Obrigada!**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde  
AO – Assistentes Operacionais  
APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Lisboa  
CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte  
CI – Cuidados Intensivos  
CInt – Cuidados Intermédios  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CS – Centro de Saúde  
CS's – Centros de Saúde  
CSA – Centro de Saúde de Alenquer  
CSIJ – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem  
EPE – Entidades Públicas Empresariais  
GAM's – Grupos de Ajuda Mútua  
HSM – Hospital de Santa Maria  
IPO – Instituto Português de Oncologia  
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
RN – Recém-Nascido  
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SI – Saúde Infantil  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SOPed – Serviço de Observação Pediátrico  
SU – Serviço de Urgência  
SUPed – Serviço de Urgência Pediátrica  
UC – Unidades de Competência  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos  
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

## ÍNDICE

	p.
<b>0- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>23</b>
1.1- PARCERIA NOS CUIDADOS .....	23
1.1.1- Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey .....	27
<b>2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....</b>	<b>35</b>
2.1- MÓDULO I .....	35
2.1.1- Creche “A Tartaruga e a Lebre” .....	35
2.1.2- Centro de Saúde de Alenquer .....	38
2.2- MÓDULO II .....	47
2.3- MÓDULO III .....	50
2.3.1- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria .....	50
2.3.2- Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria .....	57
<b>3- CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO I- Questionário de Identificação de Necessidades Formativas acerca de Temáticas no âmbito Pediátrico realizado aos pais no Centro de Saúde .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO II- Resultados da Avaliação do Questionário de Identificação de Necessidades Formativas acerca de Temáticas no âmbito Pediátrico realizado aos pais no Centro de Saúde .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO III- Questionário de Identificação da existência de Parceria nos Cuidados realizado aos pais no Centro de Saúde .....</b>	<b>87</b>

<b>ANEXO IV– Resultados da Avaliação do Questionário de Identificação da existência de Parceria nos Cuidados realizado aos pais no Centro de Saúde .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO V– Relatório da Ação de Formação “Parceria nos Cuidados” dirigida aos enfermeiros no Centro de Saúde .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO VI- Relatório da Estruturação da “Salinha do Aconchego” realizado no Centro de Saúde .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO VII– Painel Informativo “Modelo de Parceria nos Cuidados Vs Processo de Enfermagem” realizado no Centro de Saúde .....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO VIII– Relatório da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação – Que Importância?” dirigida aos pais no Centro de Saúde .....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO IX– Relatório da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiro Ano de Vida” dirigida aos pais no Centro de Saúde .....</b>	<b>199</b>
<b>ANEXO X– Folheto Informativo acerca da “Amamentação” realizado no Centro de Saúde .....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO XI– Folheto Informativo acerca da “Diversificação Alimentar” realizado no Centro de Saúde .....</b>	<b>233</b>
<b>ANEXO XII– CD com coletânea de informação recolhida acerca da Parceria nos Cuidados, dos Cuidados Centrados na Família e dos trabalhos elaborados no Centro de Saúde .....</b>	<b>237</b>
<b>ANEXO XIII- Questionário de Identificação de Necessidades Formativas acerca de Temáticas no âmbito Pediátrico realizado aos pais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO XIV– Resultados da Avaliação do Questionário de Identificação de Necessidades Formativas acerca de Temáticas no âmbito Pediátrico realizado aos pais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....</b>	<b>245</b>
<b>ANEXO XV– Relatório da Ação de Formação “Programa de Formação” dirigida aos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....</b>	<b>249</b>
<b>ANEXO XVI– Relatório da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiras Dúvidas” dirigida aos pais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....</b>	<b>285</b>

<b>ANEXO XVII– Painel Informativo “Modelo de Parceria nos Cuidados Vs Processo de Enfermagem” realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....</b>	<b>311</b>
<b>ANEXO XVIII– Vídeo “Cuidados ao seu Filho” realizado no Serviço de Urgência Pediátrica .....</b>	<b>315</b>
<b>ANEXO XIX- Folhetos Informativos acerca de “Febre”, “Vômitos” e “Diarreia” realizados no Serviço de Urgência Pediátrica .....</b>	<b>329</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
FIGURA 1- Hierarquia dos Cuidados Centrados na Família (Adaptado de Hutthfield, 1999) .....	25
FIGURA 2- Contínuo do envolvimento dos pais nos cuidados (Adaptado de Smith et al, 2006) .....	25
FIGURA 3- Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey (Adaptado de Casey e Mobbs, 1988) .....	30
FIGURA 4– Estatística realizada na Vacinação e na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil do Centro de Saúde de Novembro de 2010 a Abril 2011 .....	42

## 0- INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área da Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, surge a realização de um Relatório de Estágio.

Este Relatório pretende descrever os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas, as experiências e as emoções vivenciadas, bem como as competências adquiridas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, ao longo do percurso dos três módulos de estágio

O Enfermeiro Especialista, de acordo com os princípios gerais do seu exercício, é um profissional a quem foi atribuído um título profissional “(...) *que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril).

Nesta linha, e tendo em conta a área de especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, a Ordem dos Enfermeiros preconiza que “*O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...)*”, promovendo o “*(...) mais elevado estado de saúde possível(...)*”, através da prestação de cuidados à criança saudável ou doente, mobilizando e identificando recursos de suporte à família/pessoa significativa e proporcionando educação para a saúde (Regulamento nº123/2011 Preâmbulo, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

A Ordem dos Enfermeiros refere também que “*A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança (...)*” (Regulamento nº123/2011 Preâmbulo, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) detém o seu espaço de intervenção em torno da idade pediátrica, entendida como o período entre o nascimento e os 18 anos, exceto em situações de doença crónica, incapacidade ou deficiência, e em todos os contextos de acolhimento a recém-nascidos, crianças, adolescentes, jovens e suas famílias, estabelecendo uma parceria de cuidar, promotora da otimização e manutenção da sua saúde (Regulamento nº123/2011 Preâmbulo, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

O seu exercício assenta num modelo conceptual de cuidados centrados na criança/família, integrando valores considerados essenciais, inerentes aos cuidados de enfermagem em Pediatria: o reconhecimento da família como cuidadora principal, a valorização dos cuidados antecipatórios, a intervenção a nível familiar enquanto elemento facilitador do papel parental e a defesa do cumprimento dos princípios estabelecidos na Carta da Criança Hospitalizada.

Relativamente à Carta da Criança Hospitalizada, devem ser destacados alguns princípios, nomeadamente o direito que a criança hospitalizada tem a ter os pais/pessoa significativa,

junto dela; estes devem ser encorajados a ficar junto do seu filho e devem ser informados sobre as regras e rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho; as crianças/pais têm o direito a receber a informação adequada à sua idade e compreensão, para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde; a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades manifestadas pelas crianças/família e deve assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança (Instituto de Apoio à Criança, 1998).

De acordo com o Artigo 4º, do Regulamento nº123/2011 do Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro (p. 8654 - 8655), as três competências específicas que o EEESCJ deve desenvolver são: *“Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”*.

Foi selecionada como temática a desenvolver, transversal a toda a Unidade Curricular Estágio, a Parceria nos Cuidados. Embora seja uma área já abordada em estudos de investigação, quer nacionais, quer internacionais, não deixa de ser uma temática com um grande potencial de estudo e aplicabilidade na prática. Assim, por considerar que a parceria nos cuidados, bem como os seus benefícios para a criança/família, são aspetos que não devem ser colocados à margem da prestação de cuidados de enfermagem, em particular pelos EEESCJ, decidi abordar e aprofundar esta temática.

A escolha deste tema prendeu-se com o interesse que esta temática me vem suscitando ao longo do meu percurso profissional e com a importância que este modelo de parceria representa na prestação de cuidados especializados, fundamentada no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, uma vez que, considerando o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista, este estabelece com ambos uma parceria nos cuidados, promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime terapêutico e da parentalidade (Regulamento nº123/2011 do Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

O Enfermeiro Especialista tem como desígnio a prestação de cuidados em parceria com a criança/jovem/família, seja qual for o contexto em que estes se encontrem (Regulamento nº123/2011 do Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

Pretende-se que todas as crianças/jovens/famílias tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O presente relatório tem como objetivos:

- Expor o percurso realizado ao longo da Unidade Curricular Estágio com vista ao desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem especializada à criança/família;

- Refletir sobre os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas, de modo a contribuírem para o desenvolvimento pessoal e profissional;

- Descrever as experiências e as emoções vivenciadas, bem como as competências adquiridas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Para desenvolver competências específicas de EEESCJ, que permitam uma resposta adequada às necessidades da criança/jovem e família, ao longo de uma fase crucial do ciclo vital nos diversos contextos, os locais de estágio foram selecionados procurando conciliar esta variedade com as áreas de interesse pessoal e profissional. Assim, a opção dos locais de estágio prendeu-se essencialmente a fatores como a localização geográfica, a elevada densidade populacional e a variabilidade cultural da população alvo dos cuidados. Estes fatores foram identificados como desafiantes, constituindo uma oportunidade de enriquecimento pessoal e profissional.

A Unidade Curricular Estágio integra três Módulos de Estágio:

O Módulo I pretende a realização de estágio em Unidades de Saúde com objetivos de prevenção e promoção de saúde familiar, em consultas externas, centros de reabilitação e de desenvolvimento (Universidade Católica Portuguesa, 2008). Nesta linha o Módulo I decorreu na Creche “A Tartaruga e a Lebre” e no Centro de Saúde de Alenquer.

O Módulo II pretende a prestação de cuidados de enfermagem em Serviços de Medicina/Cirurgia com objetivo de tratamento de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos (Universidade Católica Portuguesa, 2008). Uma vez que, exerço funções num Serviço de Internamento – Pediatria 9 constituída pela Unidade de Infeciologia Pediátrica, Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica e Unidade de Isolamento do Hospital de Santa Maria (HSM) – desde há 9 anos, foi-me dada creditação a este Módulo de Estágio. O desempenho da atividade profissional nas suas variadas componentes, nomeadamente relacionais, técnicas, científicas, éticas e legais permitiram ao longo deste período de tempo adquirir e desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

O Módulo III incide particularmente sobre cuidados prestados no âmbito hospitalar (Universidade Católica Portuguesa, 2008). No caso da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), cuidados ao Recém-Nascido (RN) de pré-termo, de risco ou até um mês com necessidades especiais e no caso do Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed), nos cuidados a RN, crianças e jovens até aos dezoito anos menos um dia ou mais velhos, no caso de existência de doença crónica.

O meu estágio decorreu na UCIN e no SUPed do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria (CHLN-HSM).

Em termos estruturais este relatório apresentará como capítulo número um a fundamentação teórica, que justificará e enquadrará a área temática desenvolvida. Este capítulo será dividido num subcapítulo onde será abordado o Modelo de Parceria nos

Cuidados, que por sua vez ainda será dividido noutra subcapítulo, onde será explanado o Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey.

De seguida, no capítulo número dois, será abordada a descrição e análise dos objetivos, atividades e competências adquiridas. Este capítulo será dividido em três subcapítulos, que corresponderão, respetivamente, a cada módulo de estágio onde será elaborada uma breve caracterização dos mesmos. O módulo I, porque foi realizado em dois locais distintos, será dividido em dois subcapítulos, bem como o módulo III, pelo mesmo motivo.

O capítulo número três corresponderá a conclusão, onde será efetuada uma breve síntese relativamente a mudanças pessoais e profissionais resultantes deste percurso académico, competências adquiridas, dificuldades sentidas e limitações encontradas, sugestões de melhoria e projetos para o futuro.

A metodologia utilizada integrou a evidência científica, associada à experiência profissional e pessoal com uma reflexão sobre a prática e a opinião de peritos na área de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

## 1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo realiza-se a justificação da pertinência da temática abordada ao longo da Unidade Curricular Estágio, apresentam-se os principais conceitos que constituíram as bases de sustentação para a realização das várias atividades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados e por fim apresentam-se algumas considerações importantes relativamente ao papel do EEESCJ na parceria nos cuidados.

### 1.1- PARCERIA NOS CUIDADOS

A doença e a hospitalização têm vindo a ser constantemente reconhecidas como experiências potencialmente frustrantes e desencadeadoras de *stress* tanto para a criança como para os pais.

O trabalho desenvolvido por Bowlby, em 1953, sobre a privação materna, foi considerado como sendo totalmente aplicável à situação em que se encontra a criança hospitalizada. A partir desta altura os enfermeiros começam a advogar por uma prática de cuidados mais humanizada e com ênfase na família, permitindo deste modo que os pais pudessem visitar a criança hospitalizada (Darbyshire, 1993).

O Relatório Platt veio revolucionar os cuidados prestados à criança hospitalizada, nomeadamente no que diz respeito ao bem-estar das crianças no hospital. Após a sua publicação em 1959, ocorreram mudanças significativas nos cuidados de saúde às crianças hospitalizadas. O Relatório Platt recomendava visitas abertas para os pais, admissão das crianças em enfermarias somente com crianças, facilidades de coabitação para os pais, serviços educativos com jogos e atividades, reconhecimento de que a criança não é um adulto em miniatura e encorajamento dos pais para uma atitude mais ativa nos cuidados aos seus filhos hospitalizados. Todas estas recomendações tinham como objetivos tornar os serviços de pediatria mais humanizados e um pouco menos penosos para a criança e família, melhorando o bem-estar emocional e psicológico da criança (Darbyshire, 1993; Darbyshire, 1995).

O foco de atenção da prática de enfermagem, após a abertura dos serviços de pediatria à sociedade, passa a ser, não a criança como ser isolado mas, a criança e família como um todo. A família faz então parte integrante da equipa de enfermagem e começa a ser incentivada a participar nos cuidados à criança hospitalizada.

A essência do modelo de cuidados centrados na família, em pediatria, é o reconhecimento pelos profissionais de saúde, do papel fundamental da família na vida da criança. As capacidades da família são reconhecidas, enaltecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados (Ahmann, 1998; Wong, 1999).

Os cuidados centrados na família constitui-se como um conceito central em enfermagem pediátrica, embora não haja um conceito claro e consensual. O conceito de cuidados centrados na família, de acordo com Coyne (1996), é usado para descrever o modo como as famílias e as

pessoas significativas são incluídas e envolvidas nos cuidados de saúde prestados às crianças hospitalizadas.

O Instituto de Cuidados Centrados na Família considera que os cuidados centrados na família são uma abordagem que se pretende inovadora no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, consolidados em parcerias benéficas entre profissionais de saúde, pacientes e famílias. Esta filosofia de cuidados redefine as relações entre consumidores dos cuidados de saúde e prestadores de cuidados de saúde (Ahmann e Johnson, 2000; Conway et al, 2006). Segundo Smith et al (2003), os cuidados centrados na família tratam-se de uma filosofia de cuidados, que visa fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados.

Conway et al (2006) salientam que os conceitos essenciais em que assenta a filosofia dos cuidados centrados na família são:

- **Dignidade e Respeito** – o conhecimento, valores, crenças e contexto sociocultural da criança/família devem ser valorizados e incorporados na prestação de cuidados. As perspetivas e as escolhas da criança/família devem ser escutadas e analisadas em conjunto com os mesmos;

- **Partilha de Informação** – a comunicação e partilha de informação deve ser transmitida de forma clara, objetiva e imparcial, sem emissão de juízos de valor. Esta partilha de informação irá capacitar a criança/família para participar nos cuidados e na tomada de decisão;

- **Participação** – a criança/ família são encorajados e apoiados a participar nos cuidados e na tomada de decisão ao nível que eles desejam participar;

- **Colaboração** – a colaboração entre criança/ família e prestadores de cuidados ocorre no desenvolvimento de políticas e programas, na educação dos profissionais assim como na prestação dos cuidados.

A filosofia dos cuidados centrados na família baseia-se numa série de pressupostos que são descritos por vários autores (Hutcthfield, 1999; Ahmann e Johnson, 2000; Franck e Callery, 2004 e Hanson, 2005):

- Reconhecimento do papel central da família na vida da criança;
- Reconhecimento de que o cuidar da criança inclui o cuidar da família, nomeadamente no seu desejo de participar no processo de tomada de decisão e no processo de prestação de cuidados;
- Proporcionar cuidados de acordo com as necessidades da criança/família que se assumam como acessíveis, flexíveis, responsáveis e sensíveis;
- Reconhecimento das preferências e prioridades da criança/família;
- Identificação do papel dos diferentes membros da família;
- Valorização do conhecimento e potencialidades parentais relativamente à criança;
- Respeitar a dignidade e a diversidade racial, étnica, cultural, espiritual e económica da família;



Estas duas figuras representam uma evolução da participação dos pais/família na prática de cuidados à criança/jovem, desde o simples envolvimento até à liderança pelos familiares em todo o processo de prestação de cuidados.

Smith et al (2006) consideram que poderá haver situações em que a família não tem capacidades ou não quer ser envolvida nos cuidados prestados à criança, por alguma razão específica.

Casey (1993) considera que os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia da enfermagem da década de noventa. Esta filosofia defende que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, desde que adquiram competências que lhes permitam fazê-lo.

Na perspetiva sistémica, a família constitui um sistema aberto em que os seus elementos interagem permanentemente entre si e com o meio. Deste modo, cada família tem necessidades e dificuldades diferentes, pelo que deverá ser acompanhada tendo em conta a sua individualidade e as suas particularidades (Relvas, 1996).

Reconhecer a importância do papel dos pais, torna-se fundamental, para que o seu envolvimento, participação, capacitação e negociação sejam adequados e concretos na prestação de cuidados ao seu filho. A tríade – criança, pais e enfermeiros - deve permanecer em constante interação, interação essa, da qual todos beneficiarão (Jorge, 2004).

Neste âmbito, os pais são encorajados a participar nos cuidados ao seu filho, contudo, a preparação dos pais para a efetivação dessa participação, implica que haja uma partilha de poder e uma negociação favorável e satisfatória entre enfermeiros e criança/pais. Para tal, pretende-se que o relacionamento estabelecido entre esta tríade, seja um relacionamento com *status* igual, com vista a um objetivo comum que é o bem-estar da criança/família. Assim, a comunicação estabelecida entre enfermeiros e pais/família deve ser uma comunicação aberta onde ocorre uma negociação de papéis e identificação das necessidades de apoio (Hutthfield, 1999; Smith et al, 2006).

Smith et al (2006) consideram ainda um último grau de complexidade do envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho, no qual os pais exercem a liderança total nos cuidados. Nesta fase o relacionamento que se estabelece entre enfermeiros e pais/família é um relacionamento baseado em respeito mútuo, onde se podem envolver ou não mais elementos da família. Os pais nesta fase são considerados peritos em todos os aspetos dos cuidados ao seu filho, onde também a criança, dependendo da sua faixa etária, é capaz de assumir o seu autocuidado. Os enfermeiros nesta fase são considerados meros consultores e conselheiros, permanecendo o poder de decisão no domínio da criança/pais/família.

Face ao exposto, o enfermeiro deve promover a capacitação e as competências da criança/pais, construindo uma relação de confiança, efetuando reforços positivos pelos progressos alcançados, assistindo e ajudando a aquisição e o aprofundamento de novos conhecimentos e habilidades, tal como a tomada de decisão (Gallant et al, 2002).

A parceria nos cuidados implica uma igualdade entre parceiros, uma partilha de informação, negociação de cuidados e partilha de responsabilidades (Coyne e Cowley, 2007). Os

elementos envolvidos neste processo devem possuir um espírito de abertura, respeito e aceitação pelo que cada um dos intervenientes traz para a relação de proximidade estabelecida. O enfermeiro deve acreditar nas capacidades da criança/família (Gallant et al, 2002).

A base deste Modelo é o sentimento de negociação e de respeito pelos desejos dos pais/família. Os pais/família devem ser encorajados a envolverem-se nos cuidados à criança e o enfermeiro e pais/família devem, através de um processo de negociação, clarificar o seu papel nos cuidados à criança, de forma a determinar quais os cuidados que os pais desejam realizar, quando e como (Casey, 1993).

Quando os cuidados são negociados, os pais sentem-se parte integrante da equipa, ficam mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar da criança e tomam decisões partilhadas, o que facilita a manutenção de laços familiares, tornando-se importante para o seu ajustamento psicológico e social (Jorge, 2004).

Na parceria nos cuidados, os papéis, responsabilidades e ações de cada elemento devem ser negociadas ativamente, pelo que, o enfermeiro acaba por assumir um papel facilitador, agindo como um recurso da criança/família.

Segundo Carvalho (2007), um processo de parceria nos cuidados requer participação de uma pessoa ou grupo de pessoas numa certa atividade, em colaboração com outras, com vista à consecução de um objetivo comum. Nesta linha, parceria nos cuidados de acordo com Smith (1995), é o reconhecimento de que cuidar de uma criança inclui integrar os pais/família na prestação de cuidados, respeitando o conhecimento parental acerca da criança e o seu direito a participar na tomada de decisão.

Também a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.1), acerca de parceria, descreveu que *“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (...)”*.

### **1.1.1- Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey**

A evolução dos conhecimentos em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica induziram à emergência de Modelos de Conceção de Cuidados, com o envolvimento dos pais nos cuidados prestados à criança.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu, a partir do modelo de cuidados centrados na família, um modelo de cuidados pediátricos “Modelo de Parceria nos Cuidados” que se direciona para a prestação de cuidados de enfermagem no meio pediátrico em que realça a importância/contributo fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, uma vez que, à medida que os pais aprendem sobre os cuidados de saúde necessários à criança, tornam-se especialistas nesses cuidados (Casey, 1993).

O modelo de parceria de Anne Casey emerge numa altura em que se defende uma mudança na filosofia de cuidados de saúde: a evolução dos cuidados centrados na doença e nos aspetos biológicos para uma abordagem holística do ser humano. Evolui-se também no sentido de acreditar que as pessoas devem ser responsáveis por zelar pela sua saúde e pelos seus cuidados de saúde (quando isso é possível). A intervenção de enfermagem às populações tende assim a modificar-se: deixa de estar centrada na prestação de cuidados diretos (físicos), para prestação de cuidados que promovam a sua autonomia.

Um dos objetivos da enfermagem de saúde infantil e pediátrica é criar condições para que cada vez mais a criança/família satisfaçam as suas necessidades em cuidados de saúde, com a intervenção mínima dos enfermeiros.

Neste modelo, a criança é o foco dos cuidados e a família é considerada prestadora de cuidados à criança. Neste contexto, as informações obtidas sobre a estrutura, dinâmica e recursos familiares são relevantes para avaliar a capacidade da família e as linhas orientadoras que deverão ser utilizadas, com o objetivo de promover a sua capacitação para cuidar da criança (Casey, 1993). Assim, o Modelo de Parceria nos Cuidados de Casey engloba cinco conceitos principais:

#### Criança

As necessidades da criança são, desde o momento do nascimento, dependentes de outras pessoas, necessidades essas, que são satisfeitas na sua maioria, pelos pais/familiares. À medida que as crianças se desenvolvem e adquirem novas capacidades e conhecimentos, vão-se tornando capazes de dar resposta às suas próprias necessidades, tornando-se assim mais independentes em relação aos seus prestadores de cuidados, até atingirem a independência total (Casey, 1993; Farrel, 1994).

#### Saúde

A saúde é o estado ótimo de bem-estar físico e mental, que deveria estar sempre presente, se se pretende que uma criança atinja todo o seu potencial em plenitude. A existência de um défice de saúde não reconhecido ou não corrigido, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança (Casey, 1993; Farrel, 1994).

#### Ambiente

O crescimento e o desenvolvimento de uma criança podem ser afetados, por um certo número de estímulos que têm origem no ambiente que a rodeia, ou seja, os estímulos que têm origem em fontes externas, isto é; fora do que é próprio à criança, surgem em consequência do ambiente a que está sujeita. Para que a criança atinja a sua independência necessita de proteção, segurança, estímulo e amor (Casey, 1993; Farrel, 1994).

## Família

A família é descrita como uma unidade de indivíduos que possui a maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que desenvolvem uma influência forte no seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, o modelo não exclui o envolvimento e influência de outros familiares. Os cuidados prestados pela família ou, no caso da criança cujo estágio etário o permita, os cuidados prestados por ela própria, são chamados “Cuidados Familiares” e incluem todos os cuidados prestados de forma a satisfazer as necessidades quotidianas da criança (Casey, 1993; Farrel, 1994).

## Enfermeiro

Casey (1988) fez a distinção entre o que são “Cuidados Familiares” e “Procedimentos de Enfermagem”, no entanto não delimita fronteiras fixas. Tal como os enfermeiros prestam “Cuidados Familiares”, os pais devem ser capazes de realizarem “Procedimentos de Enfermagem” acerca dos quais tenham recebido formação adequada e seja realizada supervisão pelos enfermeiros.

Ao enfermeiro é exigido uma série de requisitos essenciais, sendo o seu principal papel a supervisão, intervindo só quando necessário. Os cuidados técnicos, habitualmente desempenhados pelos enfermeiros, são designados neste modelo como “Procedimentos de Enfermagem”.

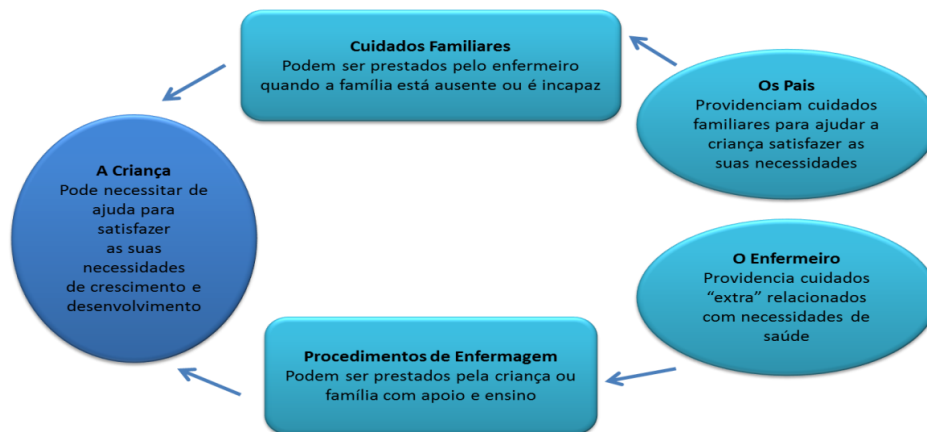
Os enfermeiros habitualmente incentivam os pais a participar em tarefas como a alimentação, higiene, entre outros exemplos. O grau de participação e envolvimento da família modifica-se com o passar do tempo. O enfermeiro deve ser capaz de orientar e apoiar a família, tendo sempre presente uma atitude de respeito, flexibilidade e individualidade, de acordo com as necessidades específicas de cada criança/família.

É da responsabilidade do enfermeiro conhecer as necessidades e desejos dos pais. Quando os pais querem participar, o enfermeiro deve assegurar que eles continuam a cooperar com exigências acrescidas, associadas ao seu papel de pais que cuidam dos seus filhos. Por outro lado, é também responsabilidade do enfermeiro, assegurar que o seu não envolvimento não é razão para a sua não cooperação nos cuidados ou para a falta de compreensão desta aproximação (Casey, 1993; Casey, 1995).

Além da prestação, colaboração ou supervisão dos cuidados, apoio emocional e ensinamentos aos pais/família, cabe também ao EEESCJ fazer o encaminhamento da criança/família para outros profissionais da equipa multidisciplinar, com base na avaliação realizada à criança/família.

Na figura 3, podemos observar de forma esquemática o Modelo de Parceria nos Cuidados, desenvolvido por Anne Casey.

Figura 3 - Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey (Adaptado de Casey e Mobbs, 1988)



Para Casey (1993) e Smith (1995), existem dois elementos principais que facilitam uma abordagem de parceria:

**Cuidados Centrados na Criança/Família** – consistem no *empowerment* da criança/família, através da partilha de informação e conhecimentos, capacitando-os para a tomada de decisão e prestação de cuidados.

O conceito *empowerment* surge do reconhecimento da importância das pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde. O *empowerment* traduz, assim, um processo de aquisição de conhecimentos e competências, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão das pessoas na área da saúde. Trata-se pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, mais do que reconhecer a autonomia do outro, se pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde (Sousa, 2009).

**Cuidados Negociados** – considerados como a relação terapêutica construída com base na confiança e respeito mútuos. O processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinados mutuamente e a um nível de participação na prestação de cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um.

Assim, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, procurando abster-se de juízos de valor relativamente à criança/pais.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com a criança/pais, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar a criança/pais a serem proactivos na consecução do seu projeto de saúde. A parceria deve ser estabelecida, o mais cedo possível, no sentido de otimizar o exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Conceptualmente, a confiança pode ser definida como um estado, ter confiança ou estar confiante, "(...) *uma atitude delimitada no tempo e espaço pela qual uma pessoa com segurança, conta com alguém ou alguma coisa, e [que se] caracteriza pela sua fragilidade*"

(Meize-Grochowski, 1984, p.567), ou uma disposição para depender das ações de outra pessoa na satisfação de uma necessidade que não pode ser satisfeita sem a assistência de outrem (Hupcey, Penrod e Morse, 2000; Hupcey et al, 2001).

Porém, para além do conceito de confiança como estado, esta pode ser perspetivada como o processo de confiar, de entregar algo com segurança ao cuidado, ao caráter íntegro de alguém, o que segundo Johns (1996) constitui um processo que se desenvolve em quatro estágios: assimilação de informação, tomada de decisão, relacionamento de confiança e consequências de confiar.

Casey (1993) e Smith (1995) referem ainda que, existem fatores que influenciam a parceria nos cuidados. São eles:

- A **relação de parceria** que pressupõe que a criança/família possuam/adquiram conhecimentos e destreza no cuidar, e que desenvolvam competências e confiança nas suas habilidades.

Uma vez que, os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação do Modelo de Parceria nos Cuidados, Kristensson-Hallström (2000), sugere que para a efetivação da parceria de cuidados, é fundamental que os enfermeiros:

- estejam atentos aos seus próprios comportamentos, com o objetivo de introduzirem os pais na prestação de cuidados;
- escutem a criança/pais antes de planear os cuidados;
- aprendam com a experiência dos pais antes mesmo de lhes ensinarem algo;
- tomem decisões em conjunto, transmitindo à criança/pais as informações necessárias, para que possam decidir de forma fundamentada;
- individualizem os cuidados para que os pais se sintam seguros na sua participação;
- tenham em conta que demasiada responsabilidade pode aumentar o *stress* parental.

De acordo com Casey (1993), não existe qualquer limite à participação dos pais nos cuidados, sendo que a definição dos limites surge da conjugação da avaliação inicial com a negociação estabelecida entre pais e enfermeiros. Contudo, não é o nível de prestação de cuidados que determina uma maior ou menor parceria, mas sim o respeito e reconhecimento, por parte da equipa de enfermagem, do estatuto dos pais, munidos de conhecimento, enquanto parceiros da equipa na prestação de cuidados. Desta forma, o enfermeiro apresenta-se como o profissional que se encontra mais próximo, para agir como promotor do processo de envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho.

- A **cultura organizacional**, onde o clima da organização que presta cuidados em parceria deve exemplificar e refletir as qualidades consideradas importantes para o desenvolvimento de uma relação de parceria entre a tríade criança/família/enfermeiro. A liderança da organização e das equipas tem um papel preponderante para atingir esta cultura, através de uma gestão participativa e motivadora, capaz de partilhar informação e conhecimentos que permitam englobar todos os enfermeiros em reflexões/discussões que melhorem a prática.

- O **método de organização do trabalho de enfermagem**, através do enfermeiro de referência. A existência de um enfermeiro que estabeleça com a família uma relação de confiança é um dos fatores que mais influencia a parceria nos cuidados.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.5) refere que *“Privilégia-se o método de trabalho por “enfermeiro de referência”, imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem (...)”*

O enfermeiro de referência representa um método de organização de trabalho, personalizado que envolve conhecimento científico e proporciona autonomia e responsabilidade. É um método sistemático de organizar o trabalho de enfermagem através da atribuição de um grupo de crianças doentes a um enfermeiro. Este será responsável por realizar o acolhimento, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final dos cuidados de enfermagem prestados a essas crianças hospitalizadas, bem como será o responsável por supervisionar os cuidados planeados e implementados (Pontin, 1999; Carmona e Laluna, 2002).

Este método de organização de cuidados é aquele que em pediatria mais espelha o desenvolvimento dos novos modelos e filosofia de cuidados pediátricos, assentes na parceria nos cuidados e na negociação de cuidados com os pais, prevendo a sua participação efetiva e a continuidade do exercício do papel parental.

Por outro lado, o enfermeiro de referência torna-se uma mais-valia no processo de preparação do regresso da criança/família a casa. Além da identificação das necessidades das crianças e dos pais desde o momento da admissão, com o envolvimento dos pais no processo de prestação de cuidados, o enfermeiro de referência, procura informações sobre os recursos disponíveis existentes na comunidade para a continuidade dos cuidados (Barros e Teixeira, 2003; Jesus et al, 2005).

Segundo Almeida (2001), a utilização do processo de enfermagem é decisivo para a adoção do modelo de parceria, visto que ao analisar as áreas fulcrais sobre as quais incide a observação/descrição, o planeamento, a implementação e a avaliação de cuidados prestados é também aplicado o modelo de parceria proposto por Casey.

Assim sendo, na observação inicial torna-se necessário realizar uma colheita de dados completa acerca da criança/família. Uma vez que, a família constitui um essencial apoio para a criança, torna-se indispensável conhecer a estrutura familiar e conhecer qual o desejo da família em termos de prestação dos cuidados à criança. Ter conhecimento das rotinas da criança/família e saber quem faz o quê, são mais alguns dados relevantes que devem ser recolhidos aquando da avaliação inicial (Almeida, 2001).

Esta fase pressupõe um processo contínuo e flexível, com recurso a várias fontes, para conhecer a família, o seu ambiente familiar e comunitário, as suas expectativas e sentimentos relativos à criança, as suas dificuldades e emoções, sendo ao mesmo tempo estabelecido um clima de confiança entre o enfermeiro e a criança/pais/família.

Na fase de planeamento deve ser aplicado o processo de negociação, o qual deve estabelecer quem é que vai prestar os cuidados familiares e os procedimentos de enfermagem, assim como o nível de envolvimento dos pais nesses cuidados. É, ainda, nesta etapa que se estabelecem os objetivos dos cuidados de enfermagem e os planos para ensino e apoio aos pais (Sousa, 2007).

A implementação inclui o apoio e assistência à criança/família, a execução dos cuidados familiares ou dos procedimentos de enfermagem, de acordo com o plano estabelecido, e o desenvolvimento de programas de ensino, reflexão e partilha com outros membros da equipa multidisciplinar (Sousa, 2007).

Por fim, na fase da avaliação é promovido o *empowerment* na cooperação entre a criança/família e realizada a avaliação das suas necessidades para ser proporcionado um maior apoio e ensino, e identificar e registar as consequências das intervenções, planeando mudanças (se necessárias) em conjunto com a criança/família (Sousa, 2007).

Este processo cíclico, ao ser implementado na prática, permite conhecer as necessidades de cada criança/família, estabelecer intervenções destinadas a resolver problemas específicos, implementar intervenções e, por fim, avaliar os resultados obtidos. Esses resultados podem levar a novos dados que necessitam ser incorporados no plano de cuidados da família, de modo a que as novas necessidades sejam atendidas, conduzindo assim, a uma prestação de cuidados de enfermagem cada vez mais centrada nas necessidades da criança/família.

## 2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A realização de estágios, em diferentes contextos da prática clínica, permite aprofundar conhecimentos em áreas distintas, de uma forma mais abrangente, desenvolvendo o raciocínio e permitindo uma visão alargada da realidade. Só desta forma, integrando os fundamentos teóricos, os valores, as atitudes, as habilidades e a realidade prática, é que o enfermeiro estará apto para a prestação de cuidados especializados.

Como refere Collière (1999, p.45) *“(...) os serviços são os lugares de expressão da prática profissional e é aí que se podem mobilizar e ajustar os conhecimentos provenientes das situações (...). É aí que podem ser estudadas as condições (...) para assegurar cuidados de enfermagem que tenham em linha de conta o que é importante para a vida dos utilizadores, (...)”*.

Nesta perspectiva, o objetivo geral e transversal a toda a Unidade Curricular Estágio, consiste em **desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais, na prestação de cuidados à criança/família, com vista à promoção da parceria nos cuidados.**

Torna-se importante referir que *“O desenvolvimento de competências visa atingir a mestria numa atividade, sendo esta mestria resultante da combinação dinâmica dos saberes teóricos, do saber fazer e de atitudes, relativa a uma situação ou situações”* (Martin e Savary, 1999 citados por Morais, 2004, p.14).

### 2.1- MÓDULO I

O Módulo I diz respeito aos cuidados de enfermagem prestados no âmbito dos recursos da comunidade e nos cuidados de saúde primários (Universidade Católica Portuguesa, 2011). Teve início com três dias de observação na Creche a “Tartaruga e a Lebre”, de 27 a 29 de Abril de 2011, e posteriormente foi realizado no Centro de Saúde de Alenquer, de 2 de Maio a 17 de Junho de 2011, perfazendo uma carga horária total de 180 horas.

#### 2.1.1- Creche “A Tartaruga e a Lebre”

A Creche “A Tartaruga e a Lebre” foi fundada em 1962 com o nome de Associação Portuguesa de Pais e Amigos das Crianças Mongolóides, pela Sr.<sup>a</sup> D. Sheila Stilwell, mãe de uma criança com Trissomia 21, e pela pedopsiquiatra Dr.<sup>a</sup> Alice de Mello Tavares. É atualmente conhecida como Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Lisboa (APPACDM).

Foram sendo criados vários Centros, e em 1978 ocorreu a criação da Creche “A Tartaruga e a Lebre”, onde tem início a primeira experiência de integração de crianças com deficiência mental.

Em 1992 é criada a Equipa de Integração que presta apoio a crianças com deficiência mental inseridas em ensino regular. Atualmente as crianças incluídas são apoiadas pelo Centro de Recursos, em parceria com as escolas do ensino regular.

A Creche “A Tartaruga e a Lebre” é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e tem como objetivos: Promover o desenvolvimento da criança; minimizar potenciais atrasos de desenvolvimento; melhorar o bem-estar da unidade familiar; promover a implicação/responsabilização dos pais no processo educativo dos filhos; promover a inclusão da criança com necessidades educativas especiais na família, creche e comunidade; apoiar a inclusão de crianças com necessidades educativas especiais em jardins-de-infância do ensino regular e divulgar junto da comunidade em geral, estruturas de educação e saúde em particular, informação sobre a problemática das necessidades educativas especiais e educação inclusiva (Creche a Tartaruga e a Lebre, 2011).

A Instituição é constituída, a nível da estrutura física, por: Vestiários; Berçário (4 a 7 meses); Sala dos Primeiros Passos (8 a 12 meses), com terraço; Sala dos Pequenos (1 a 2 anos), com instalações sanitárias; Sala dos Grandes (2 a 3 anos), com instalações sanitárias; Copa de leites; Refeitório; Sala de terapia ocupacional e Jardim, com baloiços e relva. No que diz respeito à equipa multidisciplinar, esta é composta por: 2 Enfermeiras; 5 Educadoras de Infância; 11 Auxiliares de Apoio Educativo; 1 Psicóloga; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 Terapeuta da Fala e 1 Assistente Social.

Para efetivar a observação realizada nesta Instituição, estabeleci como objetivo:

### **Compreender a prestação de cuidados do EEESCJ na Creche “A Tartaruga e a Lebre”.**

Para atingir o objetivo proposto, foram realizadas algumas atividades, nomeadamente: realização do reconhecimento dos espaços físicos da creche; conhecimento das crianças e famílias que se encontram inscritas na Creche; observação e participação nas atividades desenvolvidas na Creche, como nas atividades em sala, ao ar livre, hora da sesta e refeições; promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil através da demonstração de conhecimentos fundamentados acerca do crescimento e desenvolvimento infantil, da avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil adequado e da transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

A prestação de cuidados à criança/família não se cinge apenas a cuidados técnicos, exigindo por parte do enfermeiro uma articulação fundamentada de conhecimentos e uma capacidade de observação/avaliação da criança na sua globalidade. Foi a este nível, que ao poder optar por diversos recursos da comunidade, a minha escolha recaiu sobre o contactar com uma realidade onde não tinha experiência a nível profissional e acerca de qual não tinha conhecimento sobre qual seria a importância da existência do EEESCJ neste contexto de intervenção.

É importante referir que o meu contacto a nível profissional se passa diariamente na circunstância de doença, pelo que considerarei que o contactar com a realidade de crianças saudáveis, ainda que algumas apresentem doenças crónicas, seria uma mais-valia para a minha aprendizagem.

Assim, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro) refere que, o enfermeiro especialista trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto onde ela se encontre, tal como acontece neste caso em particular.

Face ao exposto no capítulo anterior, acerca do modelo de cuidados centrados na família e do modelo de parceria nos cuidados, parece-nos poder ser transposto na sua globalidade para a prestação de cuidados especializados na realidade que se encontra a ser descrita.

Atualmente, devido aos avanços da investigação médica e tecnológica, existe um elevado número de crianças com deficiência ou risco de atraso no desenvolvimento, que necessitam de uma intervenção precoce e implementação dos Centros de Desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Também aqui a importância do EEESCJ é essencial para prestar cuidados especializados a crianças/pais com necessidades especiais de saúde.

A função do enfermeiro nesta creche passa pelo tratamento de algum tipo de corte, ou lesão causada por queda. No caso de traumatismo craniano, a situação é avaliada e é verificada a necessidade ou não de ida ao hospital. São também os responsáveis pela administração das terapêuticas que as crianças têm prescritas, quer das crianças com patologia crónica, quer das crianças, que pontualmente, necessitem de fazer alguma medicação.

Mas é para além da atuação descrita, que o desempenho do enfermeiro deve ser valorizado neste âmbito. A avaliação que é efetuada a cada criança, de acordo com a sua idade, desenvolvimento físico, cognitivo e psicoafectivo é fulcral para que a criança se desenvolva da melhor forma possível. Esta afirmação pode ser fundamentada com o Regulamento das Competências específicas do EEESCJ, no que diz respeito à promoção do desenvolvimento e crescimento infantil (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro). Face a esta avaliação previamente realizada, são definidos planos de ação com o objetivo de estimularem a criança, pretendendo-se que esta adquira competências para atingir um crescimento e desenvolvimento adequados.

O contacto com os pais/família é também essencial, uma vez que, a criança e os pais não podem ser dissociados e os pais são os seus cuidadores de excelência. No Regulamento das Competências específicas do EEESCJ, podemos sedimentar este facto com base na promoção da vinculação, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais de saúde (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

Assim sendo, os pais quando chegam com as crianças à Creche transmitem todas as informações necessárias à equipa que os recebe, que registam estas mesmas informações e as relativas acerca do que ocorreu durante o dia, são no final do dia descritas aos pais.

Fui abordada várias vezes por pais, que apresentavam dúvidas acerca dos mais diversos problemas/situações, relacionados com o seu filho/a. Esta abordagem não foi apenas efetuada por pais; também os diferentes elementos da equipa multidisciplinar me colocaram diversas questões acerca de patologias de crianças que estão na creche, surtos de doenças infecciosas que lá ocorrem, vacinas, desenvolvimento infantil e sinais de alarme, febre, convulsões entre outras situações. Esta descrição pode ser associada às Unidades de Competência (UC) do EEESCJ, que mencionam a implementação e gestão em parceria de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e que relatam o diagnóstico precoce e a intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

Embora as indicações dadas e a reflexão sobre estas temáticas tenham sido informais, é na área da formação, que o EEESCJ tem mais uma vez um papel essencial.

Como foram apenas três dias de observação, cada dia permaneci numa das salas existentes na Creche - Berçário e Sala dos Primeiros Passos, Sala dos Pequenos e Sala dos Grandes. Foi muito interessante percorrer as Salas cronologicamente e verificar as diferenças evolutivas que cada criança apresentava de acordo com a sua idade, bem como alguns défices de desenvolvimento/crescimento, relacionados com as patologias crónicas de algumas crianças.

Na Creche a atuação do EEESCJ também é muito importante a nível da alimentação das crianças. Existem crianças de diferentes idades, principalmente até um ano de idade, que realizam toda a diversificação alimentar na Creche e existem também crianças com restrições alimentares importantes, que têm de ser cumpridas. O enfermeiro estabelece diariamente o plano alimentar para as crianças, com as respetivas particularidades, sendo posteriormente entregue no refeitório e na copa de leites. Aquando da distribuição da alimentação, o enfermeiro supervisiona a sua distribuição e a composição das dietas.

Nas três salas da Creche existem crianças com deficiência – paralisia cerebral, atraso do desenvolvimento global, Trissomia 21 e Síndrome de Noonan. Também aqui o EEESCJ tem um papel ativo nos cuidados a estas crianças, até porque, em diversas situações, como por exemplo em situações de convulsão de uma das crianças, a sua presença e atuação é essencial. Esta foi uma temática também abordada com a equipa, no sentido de todos atuarem em prol do bem-estar da criança.

Nesta linha, o Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ foca também a resposta às doenças raras, através de cuidados de enfermagem apropriados, demonstrando conhecimentos fundamentados e procurando evidência científica para dar resposta às crianças/pais, bem como a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade, competências que se adequam ao parágrafo supracitado (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

## **2.1.2- Centro de Saúde de Alenquer (CSA)**

O Centro de Saúde (CS) é a Instituição de Saúde que mais diretamente contacta com a população, observando e apreendendo as necessidades diárias da mesma.

Uma vez que o CS se encontra na primeira linha de contacto com a população, é o local ideal para a promoção da saúde, educação para a saúde e prevenção da doença. Assim, a parceria nos cuidados é uma temática, que se estiver presente nesta realidade e for efetiva, trará mais-valias, às crianças/pais que usufruem deste serviço de saúde, bem como aos enfermeiros que lá prestam cuidados.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) fazem parte integrante do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. São considerados, como o factor fundamental para o adequado desenvolvimento de uma política de saúde centrada nos cidadãos e nas suas elementares necessidades nesta área.

Imperatori (1985) acrescenta ainda que os CSP são o reflexo das características socioculturais e económicas da sociedade onde estão inseridos, orientam-se para a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade, implicam a participação de todos os setores do desenvolvimento, exigem e fomentam a participação da comunidade e a autorresponsabilidade.

Para melhor definir e justificar os objetivos traçados para este campo de estágio, torna-se pertinente realizar uma breve caracterização da comunidade por ele abrangida.

O CSA localiza-se na Vila de Alenquer, também conhecida por “Vila Presépio”, que por sua vez se situa na Estremadura e faz parte do Distrito de Lisboa, região Centro e sub-região do Oeste e é sede de um vasto concelho há cerca de oito séculos.

O concelho de Alenquer situa-se na zona Norte do Distrito de Lisboa, encontrando-se a norte os concelhos de Azambuja e Cadaval, a sul os Concelhos de Vila Franca de Xira, Arruda dos Vinhos e Sobral de Monte Agraço e a oeste o Concelho de Torres Vedras.

Apresenta uma superfície de 302.160.656 km<sup>2</sup> e é composto por 16 freguesias: Abrigada, Aldeia Galega da Merceana, Aldeia Gavinha, Cabanas de Torres, Cadafais, Carnota, Carregado, Meca, Olhalvo, Ota, Pereiro de Palhacana, Ribafria, Santo Estêvão, Triana, Ventosa e Vila Verde dos Francos.

Residem neste concelho cerca de 39180 habitantes, distribuídos em 14560 famílias (Instituto Nacional de Estatística, 2001).

O concelho de Alenquer pode ser visto, como um município em processo de expansão, sobretudo urbanisticamente, no qual a base económica é fortemente marcada pela agricultura.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Alenquer pertence ao Agrupamento de 18 de Centros de Saúde Oeste II - Oeste Sul e é constituída pela sede (Alenquer) e cinco extensões: Carregado, Abrigada, Merceana, Santana da Carnota e Olhalvo.

As salas da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, Vacinação, Salinha do Aconchego e Sala de Espera, encontram-se no rés do chão, próximas umas das outras e com decoração adequada às atividades que em cada uma se desempenham.

A equipa multidisciplinar de saúde é constituída por 9 enfermeiros, 6 médicos, 1 psicóloga, 1 técnica de serviço social, 1 fisioterapeuta, 6 assistentes operacionais e 6 administrativas.

A UCSP tem 42497 pessoas inscritas, associando-se um total de 2341 de utentes esporádicos e 11728 utentes sem médico de família (Sinus, 2011).

Os CSP são atualmente considerados essenciais, e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade. Vocacionados para a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade, englobam ações de promoção da saúde, prevenção, cuidados curativos e reabilitação. Como parte integrante do sistema de saúde do país, representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, família e comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, devendo estar próximos dos seus locais de vida e de trabalho, constituindo o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (Miguel e Sá, 2010).

Consideram-se elementos fundamentais dos CSP a acessibilidade, globalidade, a coordenação e a participação comunitária. A par destes elementos distinguem-se outros atributos dos cuidados de saúde, distintos dos de outros setores e inerentes à qualidade que se pretende alcançar. Pretende-se uma qualidade em saúde orientada para as necessidades e não somente para a procura, com caráter pró-ativo (prevenir e dar resposta), vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde, como a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade (Pisco e Biscaia, 2001). Considerada uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados, não constitui apenas uma preocupação dos técnicos, existindo hoje, como referem Pisco e Biscaia (2001, p.21), “(...) *a legítima expectativa por parte dos cidadãos e da comunidade, em geral, de que os cuidados de saúde sejam de qualidade: acessíveis, adequados e efetivos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis*”.

Como metas nos cuidados a prestar às crianças/jovens temos a promoção, manutenção e a recuperação do seu processo de desenvolvimento, de modo a proporcionar o seu melhor crescimento pessoal e social. Stanhope (1999, p.25) refere que é a “(...) *oportunidade de ensinar às crianças e a prestadores de cuidados a promoção, prevenção e a manutenção da saúde e, no regime ambulatorio, de prestar cuidados centrados na família*”.

São as estratégias delineadas através dos programas de atuação, determinadas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 que permitem orientar o enfermeiro na prestação de cuidados de excelência e especializados, de modo a contribuir para melhorar os indicadores de saúde da população e consequentemente obter ganhos em saúde.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a UCSP elabora anualmente um plano de atividades, tendo em consideração as necessidades da comunidade que abrange. Neste sentido, são desenvolvidos diversos programas/atividades, nomeadamente a Consulta de Saúde Infantil (CSIJ) e a Vacinação.

Para conhecer as necessidades e estabelecer as atividades a desenvolver no CS, tornou-se importante a realização de um diagnóstico de situação. As entrevistas realizadas às

enfermeiras do CS foram de extrema importância para a tomada de decisão dos objetivos a traçar e respectivas atividades. As entrevistas, foram entrevistas informais, onde o projeto de estágio e a temática central lhes foi dada a conhecer.

Uma das necessidades auscultadas foi a necessidade de formação aos pais que recorrem à UCSP de Alenquer. Para justificar esta necessidade, foi efetuado um questionário de identificação das necessidades formativas acerca de temáticas do âmbito pediátrico (Anexo I), aos pais que recorriam à CSIJ e à Vacinação.

O questionário apresentava dezasseis temáticas do âmbito pediátrico, que os pais deviam selecionar de acordo com as suas maiores dificuldades, permitindo-nos aferir quais delas deveriam ser operacionalizadas em Sessões de Educação para a Saúde. Das temáticas apresentadas, os pais demonstraram interesse por quinze delas (Anexo II) e dessas quinze, treze foram abordadas, em duas Sessões de Educação para a Saúde.

As quinze temáticas seleccionadas pelos pais foram: Aleitamento Materno; Aleitamento Artificial; Alimentação/Nutrição; Diversificação Alimentar; Dentição; Sono; Hipos; Choro; Bolsar/Regurgitar/Vomitir; Cólicas; Desenvolvimento e Crescimento; Sinais de Alarme; Prevenção de Acidentes; Vacinas e Efeitos Secundários e Vigilância de Saúde; e apenas as temáticas Aleitamento Artificial e Alimentação/Nutrição, não foram abordadas nas Sessões de Educação para a Saúde efectuadas.

Com o objetivo de fundamentar o meu referencial teórico no âmbito dos CSP, nomeadamente a nível da CSIJ e da vacinação, foi aplicado um questionário aos pais, acerca da existência de parceria nos cuidados nas CSIJ e na vacinação. O questionário era composto por quatro questões, baseadas nos quatro conceitos da parceria nos cuidados - envolvimento, participação, capacitação e negociação (Anexo III). Devido à complexidade de alguns termos existentes no questionário, este foi preenchido por mim, após explicar cada uma das questões aos pais, bem como a escala para preenchimento do questionário. Este questionário foi avaliado (Anexo IV), apresentando nas quatro questões, percentagens acima dos 75%, no item Concordo Totalmente. Os itens Discordo Totalmente e Discordo, não obtiveram qualquer percentagem.

No que diz respeito à necessidade de formação da equipa de enfermagem da UCSP de Alenquer, uma vez que, me encontrava a trabalhar a temática da Parceria nos Cuidados, e sendo esta uma temática pouco conhecida pelos enfermeiros da UCSP de Alenquer, realizou-se uma Ação de Formação com o tema “Parceria nos Cuidados” (Anexo V), dirigida aos mesmos.

Das entrevistas realizadas inicialmente e após a execução das primeiras CSIJ e de vacinação, foi notória a inexistência e a necessidade de ser criada uma sala onde as mães/pais pudessem amamentar os seus filhos, sem ser na sala de espera no meio do corredor do CS. Desta forma os enfermeiros poderiam ter também uma ação interventiva na promoção do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade (40%) ou até um ano de idade (10%), tal como vem preconizado nos Indicadores de Avaliação de 2011 do ACES Oeste Sul, onde se encontra integrada a UCSP de Alenquer.

Assim, surgiu a necessidade de implementação da “Salinha do Aconchego (Anexo VI). A “Salinha do Aconchego” surge com um objetivo próximo ao dos “Cantinhos da Amamentação” existentes em Hospitais e Centros de Saúde amigos dos bebés. Como devido ao tempo de estágio, seria impossível tratar de toda a burocracia inerente à criação do “Cantinho da Amamentação”, deu-se o primeiro passo para posteriormente ocorrer a candidatura à Direção Geral de Saúde e à Associação Mama Mater.

Pretende-se que a “Salinha do Aconchego”, proporcione às mães lactentes esclarecimentos e apoio a dúvidas que tenham durante o processo de amamentação, assim como previna, detete e cuide de problemas que eventualmente surjam, de forma a reduzir a percentagem de abandono da amamentação, contribuindo assim para o sucesso do aleitamento materno.

O ato aparentemente simples e instintivo de amamentar, não é, por si só, suficiente para que se estabeleça uma amamentação de sucesso. É essencial uma intervenção integrada por parte dos profissionais de saúde, para que se pratique um aconselhamento capaz de promover, proteger e “apoiar” o aleitamento materno.

A Organização Mundial de Saúde e a UNICEF preconizam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de idade, e a manutenção, com alimentos complementares, até aos 2 anos de idade ou mais (Bértolo e Levy, 2008). De referir, ainda, que o aleitamento materno constitui uma área de intervenção prioritária do Programa de Promoção de Saúde em Crianças e Jovens e está inserido no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (Ministério da Saúde, 2004).

Ocorrendo a precisão de fundamentar esta necessidade com dados objetivos, através da estatística realizada na Vacinação e na CSIJ, comprovou-se qual a faixa etária mais frequente e com maiores necessidades de atuação por parte da equipa de enfermagem de saúde da criança e do jovem. Esta pesquisa foi realizada de Novembro de 2010 a Abril de 2011 e os resultados obtidos foram os representados na figura 4:

Figura 4 – Estatística realizada na Vacinação e na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil do Centro de Saúde de Novembro de 2010 a Abril 2011

RN a 11M		12M a >65A	
Nov-10	98	Nov-10	77
Dez-10	88	Dez-10	83
Jan-11	124	Jan-11	156
Fev-11	105	Fev-11	68
Mar-11	138	Mar-11	99
Abr-11	97	Abr-11	72
<b>TOTAL</b>	<b>650</b>	<b>TOTAL</b>	<b>555</b>

Face aos dados obtidos, pode-se justificar a necessidade de intervenção na faixa etária até aos 12 meses. Neste contexto, foram delineados três objetivos específicos. O primeiro objetivo específico traçado foi:

**Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à criança/família, na faixa etária até aos 12 meses, no contexto da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil e Vacinação, através do estabelecimento de uma relação de Parceria nos Cuidados.**

A Consulta de Saúde Infantil e Juvenil tem como intuito promover a vigilância de saúde da criança/jovem, tendo como horizonte o bem-estar infantil/juvenil e da família. Este é um facto contemplado pelo Programa-Tipo de atuação de Saúde Infantil e Juvenil, o qual considera que é um imperativo de todos os profissionais de saúde a promoção da saúde (Direção Geral de Saúde, 2005). Assim, a CSIJ segue a linha orientadora do referido programa, preconizando a avaliação do estado de saúde da criança/jovem e a aquisição de competências dos pais para a prestação de cuidados.

Na realização das CSIJ utilizei o programa anteriormente referido e o sistema de informação SAPE, uma vez que já se encontra padronizada a linguagem CIPE. Quanto à vacinação, o sistema de informação utilizado foi o Sinus, permitindo a atualização das fichas dos utentes, contribuindo assim para o indicador de qualidade preconizado para este ano, cuja taxa de cobertura vacinal deve ter valores iguais ou superiores a 95%, para se conseguir imunidade de grupo, uma vez que, acima deste valor, se pode considerar que mesmo a população não vacinada, se encontra protegida, obtendo deste modo ganhos em saúde.

As temáticas a abordar nos ensinamentos realizados na CSIJ e na vacinação passaram pelas necessidades e dúvidas demonstradas pelos pais, com o objetivo de dar resposta às suas carências e facilitar a sedimentação da informação transmitida.

Em ambos os programas fui introduzindo a Parceria nos Cuidados, através dos quatro conceitos em que o Modelo assenta, nomeadamente o envolvimento, a participação, a capacitação e a negociação.

Para facilitar a aplicação do Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey com o processo de Enfermagem, uma vez que, os pontos de ambos são complementares, foi adaptado um esquema que associa o Modelo de Casey ao Processo de Enfermagem – Descrição, Planeamento, Implementação e Avaliação – no âmbito dos CSP, para facilitar a prestação de cuidados na CSIJ. Assim, foi realizado um painel informativo (Anexo VII), para apoiar e orientar a consulta de enfermagem.

Ocorreram algumas situações relevantes, durante a realização da CSIJ nomeadamente duas situações de hiperbilirrubinémia no RN, uma situação de craniosinostose, varicela, entre outras, que ao serem observadas e identificadas, foram referenciadas para o médico e posteriormente para o Hospital de referência. Face ao exemplo dado, foram mobilizadas competências de EEESCJ, nomeadamente a que diz respeito ao encaminhamento de crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais e a que se refere ao cuidar da

criança/jovem e família em situações de especial complexidade (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

Com o objetivo de suprimir a necessidade de formação, previamente auscultada, foram realizadas duas Sessões de Educação para a Saúde, uma delas com o tema “Amamentação – Que Importância?” (Anexo VIII) e a outra com o tema “Primeiro Ano de Vida” (Anexo IX).

Foram elaborados os respetivos Planos da Sessão, para cada uma das Sessões de Educação para a Saúde, bem como os respetivos Convites e Panfletos de Divulgação colocados pelo CS de Alenquer (nos locais de divulgação) e enviados por correio eletrónico para os restantes CS’s da UCSP de Alenquer e também para alguns pais, cuja ficha de identificação continha informação de correio eletrónico.

A informação transmitida em cada uma das sessões foi fornecida aos elementos presentes, em suporte informático para quem tinha correio eletrónico e em formato papel para quem não tinha ou assim o solicitou.

No que diz respeito à Sessão sobre Amamentação, contactei a UNICEF para sondar a possibilidade de fornecerem ao CS, Manuais de Aleitamento Materno, uma vez que, o CS não tinha nenhum exemplar. Foram fornecidos quatrocentos exemplares, que também foram distribuídos na Sessão enquanto complemento da informação transmitida.

No final de cada Sessão de Educação para a Saúde, foi entregue a cada um dos presentes um questionário com o objetivo de avaliar a sessão. Os resultados obtidos foram fornecidos aos CS.

Foram realizados dois folhetos informativos, um acerca da Amamentação (Anexo X) e outro acerca da Diversificação Alimentar (Anexo XI) e a sua elaboração surgiu da necessidade de existir informação escrita e esquematizada que complementasse os ensinamentos realizados, com o objetivo de ajudar a solidificar conhecimentos e de ser um texto de apoio sempre que alguma dúvida surgisse.

Cada um destes panfletos foi também entregue em cada uma das Sessões de Educação para a Saúde, uma vez que, também complementavam a informação transmitida nos diapositivos. O panfleto sobre Amamentação foi fornecido na Formação “Amamentação – Que Importância?” e o panfleto acerca da Diversificação Alimentar foi facultado na Formação “O Primeiro Ano de Vida”.

Relativamente a este objetivo, posso referir que as atividades desenvolvidas permitiram atingir as competências de EEESCJ em que este *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.”*, uma vez que, entre outras, foi proporcionado conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença e foram procuradas oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; e também *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.”*, já que, uma vez

que este objetivo se refere à formação, foi facilitada a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro, p.8654).

Não posso deixar de referir, que para apresentar conhecimentos científicos sedimentados e fundamentados, foi necessária a efetivação de uma pesquisa bibliográfica diária, por forma a dar resposta às solicitações que me foram sendo colocadas. Assim, com o objetivo de poder ser consultada por outros profissionais da equipa multidisciplinar no CS, foi organizada uma coletânea de documentos, em suporte informático, acerca da Parceria nos Cuidados e dos Cuidados Centrados na Família, bem como de outras temáticas que considere importantes e a sua respetiva bibliografia (Anexo XII).

Assim sendo, e associando as atividades desenvolvidas neste objetivo às UC preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), posso associá-las às três UC específicas do EEESCJ, embora este objetivo se adegue particularmente às UC relativas ao cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade e ao prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

O segundo objetivo específico traçado foi:

**Contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UCSP de Alenquer na temática Parceria nos Cuidados.**

Para concretizar este objetivo realizaram-se algumas atividades consideradas adequadas ao contexto, tendo por base o diagnóstico da necessidade de formação em serviço, previamente identificada.

Neste sentido e com a finalidade de promover o desenvolvimento profissional da equipa, disponibilizando conhecimentos e estratégias que lhes permitissem dar resposta às necessidades e contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família, foi elaborada e apresentada uma Ação de Formação com o tema “Parceria nos Cuidados” a todos os Enfermeiros da UCSP, contribuindo desta forma para a formação em serviço.

A ação de formação foi programada de acordo com a disponibilidade da equipa, foram elaborados os respetivos Planos de Ação, bem como os devidos Convites e Panfletos de Divulgação colocados pelo CS de Alenquer (nos locais de divulgação) e enviados por correio eletrónico para os restantes CS's da UCSP de Alenquer e para os *e-mails* dos enfermeiros.

A informação transmitida na ação de formação foi fornecida aos elementos presentes, em suporte informático, ficando também arquivada no *dossier* de formação em serviço da UCSP, para ser consultada sempre que necessário.

No final da ação de formação, foi entregue a cada um dos presentes, um questionário com o objetivo de avaliar a sessão. Foram avaliados oito itens no questionário, na escala de Insuficiente, Suficiente, Bom, Muito Bom e Excelente. Todos os itens foram avaliados entre

Bom e Excelente, encontrando-se as maiores percentagens na escala Muito Bom. Os resultados obtidos foram fornecidos aos CS.

Tendo em conta a importância da formação como base de sustentação à prática clínica, e em acordo com Collière (1999, p.339) que refere que “(...) *seja a formação de base ou a formação permanente, ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes*”.

A realização destas atividades permitiu-me “(...) *promover a formação em serviço (...)*”, contribuir para o “(...) *desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros(...)*”, comunicar “(...) *aspectos relevantes da prática clínica (...)*”, e desenvolver “(...) *um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde(...)*” (Universidade Católica Portuguesa, 2008, p. 5).

O terceiro objetivo específico estabelecido foi:

### **Implementar a “Salinha do Aconchego”, com vista à promoção da Amamentação junto dos pais.**

Para a implementação da “Salinha do Aconchego”, tornou-se necessário verificar a existência de um espaço adequado à função a que a sala se iria destinar e deveria, preferencialmente ser próximo da sala onde se realizam as CSIJ e vacinação, para poder existir uma supervisão e apoio por parte da EEESCJ. Desta forma, foi necessária a realização de uma reunião com a Enfermeira Chefe e com a Diretora da UCSP de Alenquer, onde estes aspetos foram focados, tendo sido disponibilizada uma sala em frente à sala de CSIJ e da vacinação.

Como não era uma sala preparada para o objetivo que agora pretendíamos, houve necessidade de efetuar a decoração da “Salinha do Aconchego” e de adquirir material adequado ao seu funcionamento, mediante o preconizado pela Associação Mama Mater (Associação Mama Mater, 2009).

Após contacto com alguns laboratórios, os mesmos disponibilizaram uma bomba de leite manual, uma bomba de leite elétrica e os sacos para armazenamento do leite. As almofadas foram adquiridas pelo CS.

Para fundamentar e justificar esta atividade, houve a necessidade da elaboração de dezassete normas para a “Salinha do Aconchego”, normas essas que ficaram disponíveis num *dossier*, com a respectiva bibliografia, para serem consultadas quer pelos pais, quer pelos profissionais de saúde.

Nesta linha, e tal como já referi previamente, foi também realizada a aquisição de quatrocentos “Manuais de Aleitamento Materno” da UNICEF, que estão também disponíveis na sala organizada para o efeito, bem como os panfletos acerca de Amamentação, que foram efetuados.

Foi também entregue à EEESCJ uma ficha de avaliação da utilização da “Salinha do Aconchego”, para ser aplicada posteriormente no CS, para avaliar a sua necessidade e importância.

Também este objetivo e as respetivas atividades, podem ser associadas transversalmente às três UC específicas do EEESCJ, embora seja na UC que enuncia a promoção da amamentação, o desenvolvimento da parentalidade, a importância das técnicas de comunicação, entre outros aspetos que também não devem ser desvalorizados, que as competências de EEESCJ foram mobilizadas e adquiridas (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

## 2.2- MÓDULO II

O Módulo II pretende a prestação de cuidados de enfermagem em Serviços de Medicina/Cirurgia com objetivo de tratamento de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos (Universidade Católica Portuguesa, 2011).

O Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria tem como missão: funções integradas de prestação de cuidados de saúde; de formação pré, pós-graduada e continuada e de inovação e investigação (Hospital Santa Maria, 2011).

O CHLN tem objetivos de uma grande unidade do sistema público, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência (Hospital Santa Maria, 2011).

Uma vez que exerço funções num Serviço de Internamento – Pediatria 9 constituída pela Unidade de Infeciologia Pediátrica, Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica e Unidade de Isolamento do HSM, desde há 9 anos, foi-me dada creditação a este módulo de estágio.

A Pediatria 9 iniciou uma remodelação/reestruturação física total no final do ano de 2007, pelo que em Outubro de 2009, o serviço já completamente reconstruído foi inaugurado e iniciou a sua atividade. Atualmente o serviço encontra-se dividido em duas zonas distintas, a zona do pessoal e a zona da enfermaria.

A Unidade de Infeciologia é composta por duas salas de duas camas e por seis quartos de isolamento, sendo dois destes quartos, quartos de pressão positiva ou negativa. A Unidade de Gastrenterologia é composta por duas salas, cada uma com duas camas.

A equipa de enfermagem é comum às duas unidades e é constituída por dezassete elementos, bem como a equipa das assistentes operacionais (AO), que é constituída por nove elementos. Relativamente à equipa médica, esta é distinta para as duas unidades, sendo constituída por cinco elementos em Infeciologia e por quatro elementos em Gastrenterologia.

Na Pediatria 9 existe ainda uma Educadora de Infância e uma Secretária de Unidade. Ainda assim, não podem ser esquecidos todos os outros profissionais da equipa multidisciplinar, que

embora não fazendo parte da equipa nuclear do serviço, dão um contributo essencial para o cuidar das crianças/pais.

Neste subcapítulo refletirei acerca das competências por mim adquiridas através da minha experiência profissional num serviço de internamento.

Falar em hospitalização de uma criança, significa falar em separação no sentido lato, pois, embora muitas vezes, essa separação não se verifique fisicamente em relação à figura materna/paterna, ela ocorre, obrigatoriamente, em relação ao ambiente familiar e afetivo.

Face a uma situação de hospitalização, os pais são assolados por inúmeros sentimentos. Martins (1991) nomeia alguns, sendo eles o choque, a sensação de irrealidade, uma espécie de adormecimento, períodos de pânico e de extremo sofrimento, revolta e agressividade contra os responsáveis pelo desagrado da criança estar doente e ficar hospitalizada. A culpabilização dos pais é também frequente, uma vez que, se questionam acerca de onde falharam, de modo a tal situação estar a acontecer.

Nesta situação a atuação do EEESCJ é essencial, uma vez que, se os pais não têm apoio suficiente nesta altura, poderão ser conduzidos a uma situação de desorganização e depressão, muitas vezes, com abandono da responsabilidade pelos filhos (Martins, 1991).

Tal como implicitamente vem sendo referido, as crianças, não podem ser dissociadas dos seus pais, daí que o cuidar em parceria é o fio condutor da prestação de cuidados do EEESCJ, que potencia um bem-comum, o bem da tríade – criança, pais e enfermeiros.

Para se efetivar a parceria nos cuidados é necessária uma interação com a criança/família. Esta interação implica a criação de um ambiente seguro, o reconhecimento dos pais como principais cuidadores, o estabelecimento de uma relação terapêutica, o envolvimento negociado dos pais nos cuidados, a avaliação da autonomia da criança/pais, a comunicação e informação, o ensino, o incentivo, o apoio, a implicação no processo de cuidar, o reforço do poder de decisão, o conforto e a segurança (Jorge, 2004).

A prestação de cuidados à criança/família num serviço de internamento tem as suas especificidades, pelo que, a minha prestação de cuidados foi de encontro às três competências específicas estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEESCJ, uma vez que, assisto a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuido da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e presto cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

Ao longo do meu percurso profissional adquiri competências práticas no âmbito da descrição/colheita de dados, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados à criança/família, tendo sempre presente a importância do processo de enfermagem.

É importante referir, que embora a Unidade onde exerço funções seja da especialidade de Infeciologia e Gastrenterologia, é também desde Outubro de 2009 - Unidade de Isolamento do HSM – pelo que recebemos no Serviço crianças/jovens com patologias referentes a qualquer especialidade, logo a experiência profissional descrita acaba por ser global, no que diz respeito a patologias pediátricas, tal como passo a descrever.

A Pediatria 9 acolhe RN, crianças, adolescentes e jovens adultos e respetivas famílias. As idades compreendem-se entre os primeiros dias de vida e os 18 anos menos um dia. Existem exceções, uma vez que, cuidamos também de jovens adultos crónicos, com idades superiores a 18 anos, dado que não têm um desenvolvimento adequado à idade, de forma a existir uma continuidade de cuidados. Muitas vezes prestamos também cuidados a RN prematuros, transferidos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Na Pediatria 9 prestamos cuidados a crianças/jovens com doenças agudas ou crónicas. Muitas das crianças/jovens admitidas neste serviço são HIV positivas ou portadoras de Imunodeficiências Combinadas Graves. Os cuidados de saúde no fim de vida são por vezes, mais frequentes do que desejaríamos. Nestas situações o acompanhamento à família é também essencial e de importância fulcral. Também são referenciadas a este serviço, crianças/jovens seguidas no Instituto Português de Oncologia (IPO), que por se encontrarem com Varicela, Herpes, Febre de etiologia a esclarecer, entre outras situações, necessitam de isolamento. Assim sendo, a área de Cuidados Paliativos é também abordada pela equipa de Enfermagem, de forma a não existir uma “fratura” nos cuidados que vêm a ser prestados.

Acolhemos também crianças/jovens vindas dos PALOP's, muitas delas com graves situações a nível da mobilidade, algumas com paraplegia e tetraplegia, pelo que a área da reabilitação também nos é familiar, uma vez que, é essencial para um cuidado de enfermagem global, que vai de encontro às necessidades daquela criança/pais.

Na Unidade existe também a valência de Hospital de Dia, onde cuidamos de todas as crianças/jovens que necessitem de cuidados de enfermagem específicos, sem necessidade de internamento.

Na prestação de cuidados diária, apresento uma atitude dinâmica no que diz respeito à formação, sendo promotora da formação contínua, com a realização de ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem, assistentes operacionais e equipa multidisciplinar, bem como frequento também formações como formanda, para uma constante atualização de conhecimentos. A minha formação académica tem sido também constante, desde que terminei a licenciatura.

Contribuo para a formação de estudantes de enfermagem através da orientação/supervisão em ensinamentos clínicos diversos. A supervisão de estudantes de enfermagem é atual e tende a ser explorada de forma a produzir conhecimento e a desenvolver estratégias de acompanhamento da aprendizagem, que permitam parcerias na formação dos estudantes, de maior qualidade.

A supervisão pode ser entendida como um “(...) processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o estudante no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e de experimentação” (Alarcão e Tavares, 1997 citados por Faria, 2007, p.4).

Para que um enfermeiro possa supervisionar, é necessário que conheça todos os elementos intervenientes no processo; compreenda o estudante nos seus diversos estádios de desenvolvimento, nas tarefas que realiza e no clima afetivo onde se desenrola a sua aprendizagem (Simões e Garrido, 2007). Assim, o supervisor deve ser perito na área da

enfermagem e deve possuir capacidades de análise e avaliação das atividades em contexto prático. Deve também possuir experiência na orientação clínica, e prestar a ajuda necessária aos estudantes para que estes adquiram competências profissionais (Simões, 2007).

Segundo Benner (2001, p.58) *“A enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema (...)”*. Dreyfus e Dreyfus (1977) citados por Benner (2001) completam a anterior citação referindo que as pessoas experientes são flexíveis e mostram um elevado nível de adaptabilidade e de competência, sem ter em conta as características e as regras.

Em suma, o meu desempenho no âmbito de um serviço de internamento permitiu-me adquirir competências diversas, nomeadamente relacionadas com a prestação e supervisão de cuidados; competências no âmbito comunicacional/relacional quer no que diz respeito à equipa multidisciplinar, quer à criança/jovem/pais; gestão de cuidados e formação profissional.

### 2.3- MÓDULO III

O Módulo III incide particularmente sobre cuidados de enfermagem prestados no âmbito hospitalar. No caso da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), cuidados ao RN de pré-termo, de risco ou até um mês com necessidades especiais e no caso do Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed), nos cuidados a RN, crianças e jovens até aos dezoito anos menos um dia ou mais velhos, no caso de existência de doença crónica (Universidade Católica Portuguesa, 2011).

O meu estágio decorreu no CHLN, EPE – HSM, no período de 26 de Setembro de 2011 a 21 de Outubro de 2011 na UCIN e no período de 24 de Outubro de 2011 a 18 de Novembro de 2011 no SUPed, tendo uma carga horária de 90 horas, cada um dos módulos.

#### 2.3.1- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A neonatologia é uma área da medicina que abrange os primeiros 28 dias de vida do RN. Esta Unidade de Neonatologia tem como objetivo cuidar do RN prematuro/de risco e sua família (Botelho, 2001).

Botelho (2001, p.45) esclarece que até *“(...) aos meados do século passado [século XVIII], os bebés nascidos antes do termo eram designados de “fracalhotos” ou então de “débeis congénitos” e invariavelmente eram abandonados, morrendo sem qualquer intervenção ou recurso terapêutico.”* Só em finais do século XIX, em 1884, em Liepzig, é que se começa a designar de RN prematuro o bebé que nasce antes do tempo, e se desenvolvem as primeiras estratégias terapêuticas direcionadas especificamente a estes bebés (Botelho, 2001).

Segundo Gomes-Pedro (1985), as bases teóricas da neonatologia surgem do trabalho de Pierre Budin. Este foi responsável pela criação da primeira Unidade de Cuidados Intensivos

Neonatais em Paris, no Hospital de Port Royal (Botelho, 2001). As primeiras Unidades Neonatais, em Portugal, começaram a desenvolver-se nos finais da década de setenta (Pacheco, 2001).

O cuidar numa UCIN não implica apenas a presença de um grande avanço tecnológico, mas sim o humanizar de todo o ambiente envolvente. Só nos anos 50/60 é que foram desenvolvidos estudos, os quais permitiram enfatizar a importância da família nos cuidados neonatais, pois antes, a mesma era desencorajada a visitar o seu filho e proibida de lhe prestar cuidados, devido ao risco de infeção (Gomes-Pedro, 1997).

A UCIN do Hospital de Santa Maria proporciona assistência a cerca de quatrocentos RN por ano, sendo cerca de metade, bebés prematuros e os restantes RN com patologia médica e/ou cirúrgica (Hospital de Santa Maria, 2011).

A UCIN localiza-se no Piso 7, na ala de pediatria e obstetrícia do HSM, sendo parte integrante do Departamento da Criança e da Família do HSM. Esta encontra-se dividida em três unidades: Cuidados Intensivos (CI), Cuidados Intermédios (CIInt) e Pré-Saída.

Os CI têm capacidade para oito RN e encontram-se equipados com todos os meios técnicos necessários para prestar cuidados de excelência em situações de extrema complexidade, nomeadamente RN de pré-termo com muito baixo peso, asfixia perinatal, encefalopatia hipóxico-isquémica, entre outros (Hospital de Santa Maria, 2011).

Os CIInt têm lotação de dez RN e a sua localização é paralela aos Cuidados Intensivos.

A Pré-Saída tem capacidade para quatro RN. A transferência dos RN para a Pré-Saída deve-se, habitualmente, a estabilidade da situação clínica do RN e conseqüente proximidade da alta.

Relativamente ao rácio RN/Enfermeiro, os CI têm escalados quatro enfermeiros por turno, os CIInt dois enfermeiros por turno e a Pré-Saída um enfermeiro por turno. Nos turnos da manhã encontram-se também na UCIN a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Coordenadora da Unidade.

O método de trabalho utilizado é o método de enfermeiro de referência, que já se encontra descrito em capítulo anterior, justificando a sua importância numa realidade como a UCIN.

Semanalmente é realizada uma reunião com as várias famílias, onde se encontra presente, sempre que possível o enfermeiro de referência de cada uma dessas famílias. Esta reunião pode ser informalmente chamada de “grupo de apoio” onde as famílias transmitem as suas dúvidas, as suas incertezas e medos, ajudando-se mutuamente, uma vez que, se encontram a atravessar uma situação muito similar. Acredita-se que este tipo de apoio é fundamental para promover a expressão de sentimentos, medos e crenças por parte dos pais, tal como Viana et al (2005) também referem. As vantagens deste tipo de apoio para os RN e pais, tanto a curto como a longo prazo, são reconhecidas, o que torna este tipo de apoio, uma necessidade.

Segundo Charepe (2006, p.59) *“A ajuda mútua pode ser designada de apoio ou autoajuda. Adota um princípio que permite a recuperação de uma pessoa, quando ela própria tenta ajudar outra, tendo em conta os seus limites e as suas capacidades.”* Nestes grupos existe uma

partilha de experiências, podendo reunir-se pessoas que já tenham vivenciado essa situação com outras que ainda estão a vivenciar atualmente.

Os Grupos de Ajuda Mútua (GAM's) fornecem apoio, encorajamento, informação e estratégias de *coping*. O que os distingue de outros grupos é o facto de serem liderados pelos seus próprios membros, terem como pressuposto básico a autonomia face a qualquer sistema interventivo exterior e como estratégia comum a ajuda mútua que é considerada como principal recurso (Carmo, 2000).

A vivência de partilhas e a descoberta de soluções comuns, que dificilmente seriam encontradas de outro modo, podem ser a causa do início do grupo de ajuda mútua. Como benefício, destaca-se o aumento dos níveis de iniciativa individual e a valorização do apoio fornecido, através da partilha de situações vividas. Estes grupos atribuem um principal enfoque à participação e capacitação dos seus membros e comunidade (Charepe, 2006).

A UCIN, em Setembro de 2011, devido à necessidade de remodelação/reestruturação existente, sofreu obras, tendo sido inaugurada a 24 de Setembro de 2011 e o módulo de estágio teve início a 26 de Setembro de 2011, pelo que para além de ter sido uma adaptação e integração a uma nova realidade, foi-o também a um espaço que ainda se encontrava em remodelação.

A desvantagem que posso referir relativamente a este aspeto, é que o próprio espaço ainda estava a ser organizado, bem como locais dos materiais, pelo que, por vezes era difícil encontrar o que se pretendia, principalmente se necessitássemos de algo com maior rapidez. Ainda assim, foi facilmente superado com o trabalho de equipa desenvolvido.

Também por este motivo, a Pré-Saída não esteve em funcionamento durante o período de estágio, pelo que foi apenas nos Cuidados Intensivos e Intermédios que prestei cuidados e onde desenvolvi competências no âmbito de EEESCJ.

O nascimento de um RN prematuro leva, na maioria dos casos, ao internamento numa UCIN, com recurso a altas tecnologias, de forma a assegurar a sua sobrevivência. Assim, o “bebé imaginado” pelos pais durante a gravidez é subitamente substituído por um RN pequeno e frágil, perante o qual estes se sentem incapazes e, muitas vezes, culpados (Brazelton, 2007). É, portanto, imprescindível que os pais sejam também foco do nosso cuidado. Surgem deste modo, os cuidados prestados em parceria, entre enfermeiros e pais de RN prematuros/de risco internados na UCIN.

Segundo Bozett (1991) a integração dos pais na equipa de saúde e conseqüentemente na prestação de cuidados ao seu filho traz-lhes inúmeras vantagens, nomeadamente: maior estabilidade emocional; diminuição do sentimento de culpa; diminuição do sentimento de incapacidade em tratar do filho; facilita a continuidade dos cuidados em casa, pela aprendizagem constante, através do ensino oportuno que lhe é feito, melhorando os seus conhecimentos; estabelecimento de relacionamento com outros pais nas mesmas circunstâncias; ter conhecimento da situação e evolução da doença do filho; presenciar os cuidados prestados e avaliar a sua qualidade, facilitando a abertura com a equipa a fim de expor as suas dúvidas, receios, preocupações.

No início do módulo III de estágio, tal como aconteceu no CSA, foi necessária a realização de um diagnóstico de situação. Para isso foram realizadas entrevistas informais aos enfermeiros da UCIN, onde foi explanado o meu tema central, bem como os objetivos estabelecidos para o estágio. Com o propósito de promover a capacitação parental e a parceria nos cuidados, emergiu a necessidade de construção de um programa de formação para os pais dos RN internados na UCIN.

Já havia sido previamente realizado, informalmente, o levantamento das temáticas que os pais consideravam mais importantes de serem abordadas e apresentadas, pelos enfermeiros da UCIN. Com o objetivo de fundamentar esta informação, foi realizado um questionário de identificação das necessidades formativas acerca de temáticas no âmbito pediátrico (Anexo XIII) e aplicado aos pais que se encontravam com o RN internado na UCIN.

O questionário apresentava diversas temáticas do âmbito pediátrico, que os pais deviam selecionar de acordo com as suas maiores dificuldades ou dúvidas existentes, permitindo-nos deste modo aferir quais delas deveriam ser trabalhadas e exibidas no Programa de Formação.

Das vinte e duas temáticas apresentadas no questionário, os pais demonstraram interesse por vinte delas (Anexo XIV), e dessas vinte temáticas três delas tiveram uma percentagem de interesse inferior a 50%. Ainda assim, todas as vinte e duas temáticas foram abordadas no Programa de Formação.

Face ao trabalho que se encontrava em curso, houve necessidade de uma permanente interação com toda a equipa de enfermagem. Por este motivo, foi manifestada a necessidade e interesse, pela Enfermeira Chefe, pela Enfermeira Coordenadora, pela Enfermeira Orientadora e também por alguns enfermeiros da UCIN, da realização de uma ação de formação onde o Programa de Formação seria apresentado à equipa de enfermagem.

Surgiu também a necessidade de realização de um painel informativo acerca do “Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey Vs Processo de Enfermagem”, uma vez que, a UCIN se encontrava a integrar o modelo na sua prestação de cuidados e havia integrado o método de trabalho de enfermeiro de referência há pouco tempo.

Foi estabelecido como objetivo específico para o estágio a realizar na UCIN:

**Desenvolver Competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem através da prestação de cuidados de enfermagem ao RN prematuro/de risco e sua família, na UCIN, promovendo a Parceria nos Cuidados.**

Para que o RN prematuro se possa adaptar antecipadamente à vida extrauterina, necessita de cuidados diferenciados, de forma a superar as dificuldades provenientes da sua prematuridade. Todos estes cuidados são habitualmente efetuados na UCIN, onde ele permanecerá durante algum tempo.

O RN prematuro requer cuidados específicos, necessitando de profissionais experientes e de um ambiente adequado (Argote e Valverde, 2002; Rolim e Cardoso, 2006).

Figueiredo (2007) refere que durante o internamento, o RN prematuro fica sujeito a atos dolorosos e a um nível considerável de *stress*, resultado da estimulação sonora, luminosa e táctil constante, fruto de todo o ambiente circundante. Estes estímulos enquanto fatores de *stress* para o bebé, facilitam o aparecimento de eventuais sequelas que alteram o seu desenvolvimento. Assim, ao prestarmos cuidados é essencial uma atitude serena, um ambiente calmo e a tentativa de diminuir os fatores de *stress* anteriormente focados.

Outro fator importante é a diminuição da dor. Este é um fator complexo e cabe ao enfermeiro abordá-lo e adotar estratégias acerca do mesmo. Na UCIN, é prática corrente pela equipa de enfermagem, a administração de sacarose como medida não farmacológica para controlo da dor.

Os RN podem sentir a dor mais intensamente, porque os mecanismos de controlo inibitório são imaturos, limitando a sua capacidade para modular a experiência dolorosa. A exposição à dor é um dos fatores mais prejudiciais do ambiente extrauterino, que pode alterar o desenvolvimento cerebral (Grunau, 2002).

Gaspardo et al (2005) realizaram uma revisão da literatura acerca de estudos que haviam estudado a eficácia da sacarose no alívio da dor. Dos 29 artigos selecionados, 16 eram estudos com amostras de RN de termo, 11 com RN pré-termo e 2 incluíram comparações entre RN pré-termo e de termo. Como conclusão demonstraram que a sacarose apresenta eficácia no alívio da dor para procedimentos dolorosos de punção, capilar ou venosa, em RN de termo ou pré-termo. Para RN de termo e pré-termo, a dose única de 2ml de sacarose a 25% demonstrou resultado positivo na maioria dos estudos citados.

Na prestação de cuidados nos CI, uma das dificuldades sentidas inicialmente, esteve relacionada com a “barreira” que a incubadora criava entre mim e o RN. O contacto com o RN através unicamente das mãos, tornava-se um pouco redutor, talvez devido à minha experiência diária, onde o meu espaço físico e o da criança é um só. Ainda assim, esta foi uma situação rapidamente ultrapassada, uma vez que, o conforto que o/os RN demonstravam posteriormente à prestação de cuidados, era notório e pessoalmente recompensador.

Como a manipulação destes RN deve ser mínima, tentei sempre associar os cuidados a prestar, com a equipa médica e com os pais, com o objetivo de que fossem manipulados o menos possível. Esta atuação pode ser fundamentada com o descrito por Wong (1999), uma vez que, esta refere que os atuais estudos indicam que os RN são capazes de responder a uma maior variedade de estímulos do que previamente se acreditava e que a atmosfera e as atividades da UCIN são “superestimulantes”. Assim sendo, os RN internados na UCIN, são expostos diariamente a uma estimulação não apropriada que pode ser nociva.

O EEESCJ deve ter determinados cuidados em atenção, nomeadamente: Os RN devem ser manuseados com movimentos lentos e coordenados; os seus movimentos

aleatórios devem ser controlados com os membros mantidos junto ao seu corpo; as intervenções devem ser individualizadas para cada RN; as intervenções devem ser realizadas preferencialmente nos períodos de vigília do RN; as intervenções devem ser realizadas por períodos curtos; deve-se realizar apenas um estímulo de cada vez; as intervenções devem ser realizadas de acordo com a tolerância do RN; a resposta do RN ao estímulo efetuado deve ser frequentemente avaliada; os estímulos devem ser controlados com base na resposta dada pelo RN e por fim, a estimulação deve ser cessada, se o RN apresentar sinais de “superestimulação” (Wong, 1999).

A relação que se estabelece com o RN é de extrema relevância para o bem-estar do mesmo. É fulcral possuir a capacidade de identificar situações de desconforto para o mesmo, que possam induzir alterações nos parâmetros vitais e repercutir-se numa atuação com aplicação de métodos invasivos. Salienta-se que a “(...) base do relacionamento do enfermeiro com o RN a quem cuida passa por “ouvir” primeiro o RN antes de intervir” (Silva, Silva e Pereira, 2004, p. 24).

Durante o estágio na UCIN prestei cuidados a RN de muito baixo peso, como foi o caso de uma menina com 540g, que havia nascido de 24 semanas. À situação do peso, associou-se a necessidade de ventilação de alta frequência, situação à qual ainda não havia prestado cuidados e foi mais uma experiência enriquecedora. Ainda nesta RN, assisti e colaborei no encerramento do canal arterial.

Prestei também cuidados a três RN de termo, submetidos a hipotermia induzida, técnica recente na UCIN do HSM, devido a encefalopatia hipóxico-isquémica. A encefalopatia hipóxico-isquémica é um quadro muito grave de asfixia neonatal, que pode ocorrer devido a complicações ocorridas ao nível da vigilância do trabalho de parto, do próprio parto ou da reanimação do bebé (Sampaio et al, 2010).

Em Portugal, estima-se que a incidência aproximada de casos de encefalopatia hipóxico-isquémica se situe num valor entre 100 a 400 casos por ano. Diversas técnicas e medicamentos já foram testados para o seu tratamento mas, até agora, não foi comprovada a eficácia de nenhum deles na redução das sequelas provocadas pela encefalopatia hipóxico-isquémica (Sampaio et al, 2010).

Procurando contribuir para a resolução deste problema, foi recentemente utilizada a hipotermia induzida, uma técnica inovadora, sem risco acrescido, que consiste no arrefecimento controlado da temperatura corporal do recém-nascido em risco, arrefecimento este que atinge os 33,5°C durante 72 horas. É importante referir que estes RN devem ser induzidos nas primeiras 12 horas após o parto (Sampaio et al, 2010).

Em Portugal, dada a inexistência de terapêutica farmacológica eficaz, estes bebés eram, até muito recentemente, apenas tratados com terapêutica de suporte em UCIN. Em finais de 2009, perante a evidência do real benefício da hipotermia induzida, a UCIN do HSM decidiu iniciar a sua utilização em Portugal, procedendo à aquisição do respetivo equipamento e ao treino específico de médicos e enfermeiros. É esta ainda a única

unidade que utiliza esta técnica, encontrando-se a fazer formação aos profissionais da Maternidade Alfredo da Costa e do Hospital de São João (Sampaio et al, 2010).

Quanto à prestação de cuidados a nível dos Cuidados Intermédios, estes vão de encontro aos cuidados que presto diariamente, e foi principalmente nos Cuidados Intermédios que consegui desenvolver mais profundamente a parceria nos cuidados, uma vez que, os pais estão mais presentes e durante períodos mais longos, apresentam necessidade de informação, estando interessados em todos os conhecimentos que lhes são transmitidos, globalmente desejam tornar-se o mais autónomos possível na prestação de cuidados ao seu filho.

Todo o desempenho no âmbito UCIN deve ir de encontro às metas a atingir pela Direção Geral de Saúde no que diz respeito ao “Nascer com Segurança”, contemplado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, nomeadamente a diminuição do indicador - taxa de mortalidade neonatal (Ministério da Saúde, 2004). Só atuando na prática com vista ao anteriormente salientado é que podemos falar em ganhos em saúde no que respeita à primeira etapa do ciclo vital.

Face às necessidades previamente avaliadas, foi elaborado o Programa de Formação, constituído por onze temáticas centrais. Devo referir que devido à extensão do programa de formação, a pesquisa bibliográfica foi essencial para a construção de um programa versátil, adequado à realidade da UCIN e de fácil exposição.

Foi realizada uma Ação de Formação denominada “Programa de Formação” (Anexo XV), à equipa de enfermagem da UCIN, onde foram apresentadas as temáticas que haviam sido trabalhadas e desenvolvidas no programa de formação.

A apresentação do programa aos enfermeiros da UCIN, permitiu uma discussão acerca das temáticas abordadas, conhecimentos a serem transmitidos, bem como a possibilidade de às sessões de formação se associarem simulações teórico/práticas (dependendo das temáticas) e alguns ajustes que foram imediatamente realizados durante a apresentação do programa, nomeadamente acerca de cuidados prestados na UCIN que se encontravam referidos na temática do programa de formação “Antes da Alta...”.

Quanto aos pais, foi realizada uma Sessão de Educação para a Saúde “Primeiras Dúvidas” (Anexo XVI), onde face às temáticas apresentadas, os pais que se encontravam presentes, selecionaram os temas Segurança, Desenvolvimento do RN/Sinais de Alarme e Principais Problemas e foram estes que foram apresentados, indo de encontro às suas necessidades formativas. A realização desta sessão funcionou como um “pré-teste” para as futuras sessões de educação para a saúde, a serem realizadas na UCIN.

Relativamente à divulgação da sessão de educação para a saúde, os pais que se encontravam com os RN internados nos Cuidados Intensivos ou nos Cuidados Intermédios foram informados acerca da realização da mesma. A divulgação da sessão foi realizada através da entrega de convites e da colocação do Panfleto de Divulgação afixado no Placard de Informação aos pais.

A informação transmitida na sessão foi fornecida aos elementos presentes, em suporte informático para quem tinha correio eletrónico e em formato papel para quem não tinha ou assim o solicitou.

No final da ação de formação e da sessão de educação para a saúde, foi realizado um questionário de avaliação. Posteriormente foram fornecidas à UCIN as análises estatísticas realizadas com base na avaliação dos mesmos. Relativamente à ação realizada aos enfermeiros (N=18), dos oito itens avaliados, todos eles tiveram uma percentagem superior a 50% no excelente, inclusive três itens tiveram uma avaliação de 100% no excelente. Quanto à sessão realizada aos pais (N=8) a análise global é sobreponível à anteriormente referida.

Tendo sido a Amamentação uma das temáticas também abordadas no programa de formação, voltei a contactar a UNICEF para solicitar Manuais de Aleitamento Materno para serem disponibilizados aos pais com os RN internados na UCIN. Os Manuais foram distribuídos pela Sala dos Pais, onde as mães atualmente têm três máquinas disponíveis para retirarem leite, pelos Cuidados Intermédios e pela Pré-Saída.

A realização destas atividades permitiu-me “(...) *promover a formação em serviço (...)*”, contribuir para o “(...) *desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (...)*”, comunicar “(...) *aspetos relevantes da prática clínica (...)*”, e desenvolver a capacidade de incorporar na prática “(...) *os resultados da investigação válidos e relevantes (...)*” contribuindo deste modo para promover a qualidade dos cuidados (Universidade Católica Portuguesa, 2008, p. 4-5).

Foi também facultado à UCIN um painel informativo (Anexo XVII) acerca do “Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey Vs Processo de Enfermagem”, para suplementar a temática do meu estágio. Este painel informativo pretende esquematizar a associação do processo de enfermagem ao modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, para ser de fácil observação e aplicação, tal como referido nos subcapítulos anteriores.

### **2.3.2- Serviço de Urgência Pediátrica**

A Urgência Pediátrica situa-se no Piso 2 da ala da pediatria e obstetrícia do HSM, sendo parte integrante do Departamento da Criança e Família.

A Urgência Pediátrica é dividida, a nível de estrutura física, em Sala de Triagem, Sala de Aerossóis, Sala de Reanimação, Sala de Tratamentos, Gabinetes Médicos e Serviço de Observação.

A Sala de Triagem é uma sala com capacidade para realizar triagem a duas crianças em simultâneo, onde se realiza o encaminhamento da criança mediante a situação e de acordo com o manual de triagem contemplado na urgência pediátrica. A triagem é realizada por um ou dois elementos da equipa de enfermagem, mediante escala.

A Sala de Aerossóis é uma sala onde se realizam nebulizações, mas também, devido à sua proximidade com a Sala de Triagem e com os Gabinetes Médicos, são encaminhadas crianças

em situação febril, crianças com sinais de dificuldade respiratória, e crianças com necessidade de uma observação médica mais rápida.

A Sala de Reanimação é uma sala constituída com todo o equipamento necessário para iniciar o suporte avançado de vida. A sala de reanimação é supervisionada diariamente pelo enfermeiro escalado na sala de triagem, no período da manhã.

A Sala de Tratamentos é a sala onde se realizam diversos procedimentos de enfermagem, bem como outras manobras mais invasivas.

O Serviço de Observação Pediátrico (SOPed) funciona como retaguarda da Urgência Pediátrica. Tem capacidade para internamento de seis crianças. É internada neste serviço, a criança que não reúne condições para ambulatório, nem para enfermaria e necessita de vigilância 24 horas. Nesta secção da urgência pediátrica existem dois elementos de enfermagem por turno e sempre que possível dão apoio à sala de tratamentos e/ou triagem.

Paralela ao SUPed, encontra-se a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed). Tem uma lotação de nove camas, sendo uma delas para Isolamento e duas camas para Unidade de Cuidados Intermédios.

Os pais acompanham a criança continuamente, sendo considerados pela equipa como parceiros ao longo de todo o processo de atendimento à criança.

A Urgência Pediátrica é entendida como todo e qualquer ato assistencial não programado. Os Serviços de Urgência (SU) estão pensados para proporcionar assistência médica descontínua e concreta, ficando a cargo dos CSP e do médico assistente, o seguimento regular da criança saudável bem como resolver, encaminhar e orientar corretamente as situações não urgentes (Caldeira et al, 2006).

Na sociedade atual, a deslocação a um SUPed não está apenas associado a condições urgentes, mas sim a situações em que a criança/família necessita de cuidados, sendo o recurso mais acessível os cuidados diferenciados.

Melo (1999, p.15) refere que *“(...) o acréscimo da procura e a efetivação da resposta aos utentes, implica uma sobrecarga económica e humana para as instituições, já que se efetua o atendimento de numerosas situações cuja gravidade não justificaria o recurso a cuidados diferenciados”*. Nesta linha, o Ministério da Saúde (2004, p.109), no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, sublinha que *“Na falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, as urgências tornaram-se, para muitos portugueses, o primeiro nível de acesso a cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no SNS”*.

Para a identificação das necessidades e conseqüente diagnóstico de situação, recorri à observação e análise reflexiva das práticas de assistência à criança/família, a entrevistas informais com os enfermeiros peritos conhecedores do contexto de trabalho, à prática clínica do contacto com as crianças/família doentes, à reflexão proveniente da experiência profissional e à pesquisa bibliográfica.

Assim, foi estabelecido como objetivo específico para o módulo a realizar no SUPed:

## **Desenvolver Competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem através da prestação de cuidados de enfermagem ao RN/Criança/Jovem e sua família que recorre ao SUPed, promovendo a Parceria nos Cuidados.**

A admissão de uma criança/família num SUPed normalmente surge de uma forma abrupta quer por um problema agudo, quer por um agravamento de uma doença crónica. Os pais confrontam-se com uma situação nova e necessitam de informações claras sobre o estado de saúde do seu filho e de como devem proceder para serem mais eficazes, de modo a controlarem a situação que estão a vivenciar (Jorge, 2004; Hockenberry, 2006).

Para que a criança/família se adaptem à nova situação e transformem este período num momento de crescimento e desenvolvimento, é necessário que se faça um acolhimento eficaz que lhes seja transmitida confiança e que os façam sentir-se únicos (Barros, 2003; Jorge, 2004).

Neste contexto, proporcionar aos pais informação de modo a ajudá-los a adquirirem competências para conseguirem apoiar o filho doente é fundamental para os ajudar a ultrapassarem esta experiência *stressante* e contribuir para o restabelecimento e o reforçar da autoestima e autoconfiança da criança/família. No entanto, transmitir adequadamente informação aos pais, de modo a que estes adquiram e mobilizem competências, implica uma avaliação do seu estado emocional, bem como do seu nível de compreensão, do seu nível cultural e do desejo de receber informação (Jorge, 2004).

O papel do EEESCJ é determinante pelos seus conhecimentos de crescimento e desenvolvimento infantil e de dinâmicas familiares, assim como na avaliação de situações complexas de intervenção, adequando o seu procedimento a cada situação, implementando práticas profissionais que contemplam o apoio aos pais das crianças hospitalizadas.

Cuidar num SU implica muito mais do que apenas destreza técnica. A relação que se estabelece com a criança/família de quem cuidamos, bem como os conhecimentos científicos essenciais para fundamentar a nossa prática, são os três pilares fulcrais para a qualidade dos cuidados prestados.

No SUPed é essencial o cuidar tendo por base a individualidade da criança/jovem/família. É com base numa anamnese corretamente realizada, que podemos efetivamente cuidar nestes domínios assistenciais.

Durante o módulo de estágio adotei uma metodologia de trabalho eficaz, sem provocar a disfunção das práticas diárias do SU. Desenvolvi uma relação de confiança com toda a equipa multidisciplinar, tendo abertura para comunicar aspetos relevantes face aos cuidados a prestar à criança/família.

O sistema informático implementado no SUPed – ALERT – pretende ser uma infraestrutura informática que proporciona à equipa multidisciplinar uma agilidade comunicacional, e um circuito de informação mais facilitado entre os diversos setores. No entanto é também um programa com particularidades divergentes, dependendo do local onde nos encontramos a

prestar cuidados, ou seja, nas três áreas do SUPed, o que dificulta a sua utilização, principalmente para alguém que chega de novo ao SU e não tem a agilidade necessária para a utilização do programa.

É fulcral salientar que os registos de enfermagem visam otimizar a informação neles contida por todos os seus destinatários, uma vez que é “(...) *o testemunho que perdura no tempo, sendo uma das formas de comunicação no seio da equipa multidisciplinar*” (Dias et al, 2001, p.5).

A triagem visa a avaliação da criança/pais pelo enfermeiro, com o intuito de estabelecer uma prioridade de atuação. É essencial uma atuação com base num conhecimento científico aprofundado, uma vez que, assegura uma abordagem precisa do estado de saúde da criança, com o intuito de proporcionar uma prestação de cuidados adequada (Torres e Reis, 2002).

É na triagem que o papel do EEESCJ adquire maior relevância, permitindo desenvolver a “(...) *capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas (...) desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente (...)*” (Universidade Católica Portuguesa, 2008, p. 5).

Para a realização da mesma, utilizei o manual implementado no SU correspondente à triagem, o qual se tornou num valioso complemento, bem como as orientações disponibilizadas pela enfermeira orientadora/equipa de enfermagem.

Devo salientar que o conhecimento decorrente da minha prática permitiu-me também efetuar uma triagem exata de algumas situações com encaminhamento direto para a equipa médica.

Para além deste facto, a triagem permitiu-me verificar em determinados casos, a insegurança e *deficit* de conhecimentos que alguns pais demonstravam, para cuidar do seu filho, tendo por este motivo recorrido ao SUPed.

No decorrer da minha *praxis* apercebi-me da importância da gestão de conflitos face ao cuidar num SU.

A criança doente transpõe para a família um desequilíbrio, fazendo com que, na sua opinião o seu filho necessita de ser observado “aqui” e “agora”, omitindo todo o meio envolvente com que se depara. O enfermeiro após a sua avaliação atua de acordo com as prioridades, o que para os pais nem sempre é a forma mais correta de atuação, pois no momento não existe mais ninguém a não ser o seu filho doente.

Ainda no que diz respeito à prestação de cuidados à criança/família num SU, na passagem de turno procedi à transmissão de informação relacionada com a minha prática e com os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no meu percurso académico. O momento da passagem de turno é um período de elevada interação, propício à troca de conhecimentos, ou mesmo reflexão da prática diária. Carvalho e Carvalho (2006, p.19) salientam que “(...) *a formação em serviço tem momentos que podem ser muito oportunos no processo de aprendizagem como as reuniões de passagem de turno (...), que fazem desenvolver nos enfermeiros uma prática reflexiva e um desenvolvimento profissional e pessoal com repercussões na qualidade dos cuidados*”.

Como competências adquiridas e mobilizadas enquanto EEESCJ na prestação de cuidados no SUPed, as três UC específicas podem ser enquadradas nesta realidade, embora existam competências às quais deve ser dado um maior ênfase, nomeadamente as que dizem respeito ao diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança/jovem; à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem; a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil e a comunicação adequada com a criança/família tendo em atenção o estágio de desenvolvimento e a sua cultura (Regulamento nº123/2011, Decreto-Lei nº35/2011, de 18 Fevereiro).

O SUPed é local de recorrência para utentes que necessitam, algumas vezes, apenas de informação, facto mais frequentemente associado a pais de crianças com idade inferior a doze meses. Habitualmente deslocam-se ao SU no período noturno ou de madrugada revelando uma noção desajustada de urgência e deficiente informação (Coelho et al, 1996). Cabe aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, dar resposta a estas situações, inculcando noções de saúde, de forma a promover uma utilização mais correta e eficiente dos serviços (Pereira, 2008).

Assim, a presença de familiares tornam o SUPed um local adequado para a promoção da educação para a saúde enquanto prática útil para capacitar os pais (Queiróz, 2006). Tem como peça fundamental o processo de aprendizagem que é constituído por várias etapas: identificação de necessidades, estabelecimento de objetivos, seleção de métodos, implementação do plano educativo e avaliação (Pacheco e Cunha, 2006).

A educação para a saúde tem como filosofia a utilização de informação e de competências independentemente da finalidade pretendida, visando indivíduos, famílias e outros grupos.

No SUPed pretende-se promover hábitos saudáveis que visem a manutenção do estado de saúde das crianças pois, tal como já foi referido, a maioria das recorrências ao SU resultam de situações não urgentes ou mesmo de inexistência de alteração efetiva do estado de saúde.

Os EEESCJ assumem um papel primordial, pois são os mais solicitados e acessíveis pela própria natureza dos cuidados de enfermagem, mas também pela sua formação, experiência e competência diferenciada em diversas áreas (Rodrigues, 2005).

Nesta perspetiva e de acordo com Silva (2007, p.15) *“(...) ajudar os pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental parece-nos constituir uma dimensão pró-ativa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde”*.

O EEESCJ assume um papel fundamental na promoção de competências parentais na promoção da saúde dos filhos quer em contexto comunitário quer em contexto hospitalar.

A insegurança dos pais face ao seu papel parental, por todas as características sociais que hoje vivemos, não permite que a família avalie a situação antes da deslocação para um SUPed (Rodrigues, 2005).

Os pais quando têm de recorrer ao SUPed com os seus filhos enfrentam um período de grande *stress*, quer pela situação em que se encontra a criança, quer pelo desconhecido que representa o ambiente hospitalar e revelam dificuldade em apreender toda a informação que

lhes é dada sobre como poderá colaborar no acompanhamento do filho. Esta situação coincide com o descrito por autores como Barros (2003), Jorge (2004) e Hockenberry (2006).

A equipa de saúde dá apoio aos pais e informa-os acerca do que se passa durante a hospitalização mas por vezes esta informação é algo dispersa sendo importante existir um documento mais sistematizado que permita aos pais consolidar a informação que lhes é transmitida oralmente e simultaneamente transmitir confiança e apoio emocional.

Perante a hospitalização de um filho os pais ficam ansiosos e as suas capacidades de resolução de problemas comprometidas. Frequentemente culpabilizam-se e interrogam-se sobre o que terá falhado no seu papel de pais. Têm de acompanhar a criança mas necessitam de informação e conhecimento sobre a situação de forma a procederem eficazmente (Barros, 2003; Jorge, 2004; Hockenberry, 2006). O *stress* origina uma diminuição da capacidade de receber e compreender a informação necessária (Jorge, 2004).

As infeções respiratórias são as patologias que mais crianças levam ao SUPed, mas essas, frequentemente necessitam efetivamente de uma atuação médica/enfermagem. De seguida vêm as temáticas abordadas no Vídeo “Cuidados ao seu Filho” – Febre, Vômitos, Diarreia, Desidratação, Cólicas, Hipos – que a não ser numa situação extrema, podem ser controladas em casa.

O percurso da elaboração do Vídeo “Cuidados ao seu Filho” (Anexo XVIII) para a sala de espera do SUPed e SOPed e a definição das temáticas a serem abordadas no mesmo, iniciou-se com a realização de pesquisa bibliográfica, de reuniões com a equipa de enfermagem e com a informação recolhida ao cuidar de crianças/pais que recorreram ao SUPed, acerca de temáticas que consideravam mais importantes serem abordadas.

O vídeo aborda oito temáticas, sendo estas as mais frequentemente referidas pelos pais. A intenção foi o de facultar à família suporte informativo, de forma a esta adquirir estratégias, acerca de cuidados a prestar à criança, inerentes a situações específicas de doença.

Com o objetivo de indiretamente influenciar no número de deslocações ao SU por situações não urgentes, associado ao vídeo realizei três panfletos (Anexo XIX) sobre Febre, Vômitos e Diarreia, temáticas que fazem com que os pais frequentemente recorram ao SUPed.

O vídeo e os panfletos pretendem sistematizar informação que se deseja transmitir e que frequentemente, devido à dinâmica do SU, a equipa de enfermagem detém-se com a vertente técnica das intervenções necessárias e a informação transmitida aos pais é pouco organizada. Estes foram elaborados com uma linguagem simples, clara, objetiva e ilustrativa.

A utilização de informação escrita para reforçar os ensinamentos feitos por demonstração ou esclarecimentos orais, aumenta a possibilidade de qualquer pessoa adquirir o conhecimento que se pretende transmitir (Redman, 2003), especialmente quando se vivencia uma situação de *stress* como é o internamento de um filho.

O vídeo e os panfletos elaborados têm como objetivo promoverem o envolvimento e a participação dos pais na promoção da saúde dos seus filhos, a capacitação dos pais para cuidarem dos seus filhos e conseqüentemente, a aquisição da capacidade de negociação e de decisão.

Este objetivo permitiu-me enquanto futura EEESCJ adquirir competências no âmbito da educação para a saúde e conseqüentemente no capacitar as famílias para cuidarem do seu filho.

Todo o meu percurso de estágio no SUPed exigiu a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais promotoras de uma capacidade de reflexão, decisão e ação. Foi necessário aprofundar conhecimentos, mobilizar capacidades para integrar a equipa, bem como situações complexas de cuidados e desenvolver prestação de cuidados em equipa.

A comunicação com a criança/família, num ambiente complexo (SU), face a uma situação complexa (transição saúde-doença), permitiu-me adquirir e desenvolver competências no âmbito relacional.

Integrar a equipa do SUPed e desenvolver as atividades supracitadas constituiu um período de desenvolvimento de competências especializadas, proporcionando um crescimento pessoal e profissional imprescindível ao exercício da enfermagem especializada no contexto da Urgência Hospitalar.

### 3- CONCLUSÃO

Ao longo deste percurso e tendo em vista o desenvolvimento e aquisição de competências como futura EEESCJ, realizaram-se várias atividades, inseridas nos diversos contextos de estágio, tendo como tema transversal a Parceria nos Cuidados.

As atividades foram realizadas de forma a envolverem os diversos intervenientes dos diferentes locais de estágio, nomeadamente, RN, crianças, adolescentes, famílias e profissionais, não só enfermeiros, mas também outros elementos da equipa multidisciplinar.

O trajeto realizado procurou desenvolver-se de forma a concretizar atividades de interesse pessoal, profissional e académico.

A necessidade de atualização de conhecimentos foi uma constante ao longo de todo o estágio, por forma a fundamentar e justificar todos os cuidados diários que prestei, bem como as formações que realizei. É também neste aspeto que o EEESCJ se distingue, pelos conhecimentos científicos que detém, aprofunda e atualiza, firmando as suas ações.

É essencial reconhecermos que os conhecimentos que adquirimos hoje, sofrem alterações constantes e é necessário manter uma frequente atualização científica para podermos dar resposta às solicitações diárias que nos são colocadas.

No estágio do Módulo I foram aplicados questionários aos pais, acerca das necessidades formativas de temáticas no âmbito pediátrico e sobre a identificação da existência de parceria nos cuidados na consulta de saúde infantil e juvenil e vacinação. Da avaliação do primeiro questionário surgiram os temas a serem apresentados nas duas sessões de educação para a saúde realizadas aos pais. Quanto ao segundo questionário, este permitiu a fundamentação do referencial teórico no âmbito dos CSP, dando a conhecer aos pais o que é a parceria nos cuidados e o papel que devem desempenhar.

Relativamente à equipa de enfermagem, foi realizada uma ação de formação acerca da Parceria nos Cuidados.

Outra das necessidades do CS foi a criação da “Salinha do Aconchego”, com o objetivo da promoção da amamentação. Todo o espaço envolvente, a decoração realizada, os materiais adquiridos, o *dossier* de normas criado, vai ao encontro das necessidades dos pais e da promoção da parceria nos cuidados, uma vez que, os quatro conceitos em que o Modelo de Parceria nos Cuidados assenta – envolvimento, participação, capacitação e parceria – estão presentes e são incutidos na prática diária dos cuidados de enfermagem.

No estágio do Módulo III, que decorreu na UCIN, depois de realizado o diagnóstico de situação foi elaborado um Programa de Formação, que abrange vinte e dois temas. A realização deste programa foi ao encontro das necessidades formativas dos pais (avaliadas através de questionário). Neste âmbito foi realizada uma sessão de educação para a saúde, dirigida aos pais e uma ação de formação aos enfermeiros, onde foi apresentado o programa de formação.

Quanto ao estágio do Módulo III que decorreu no SUPed, após realizado o diagnóstico de situação, foi realizado um vídeo que aborda oito temáticas e elaborados três panfletos, focando

três temáticas distintas, indo de encontro às necessidades demonstradas pelos pais e pelo SUPed.

O estágio, na sua globalidade, constituiu um espaço adequado para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais/comunicacionais, pedagógicas, de gestão de cuidados, de supervisão de cuidados, de qualidade dos cuidados, culturais e espirituais, exigidas ao EEESCJ.

A temática escolhida para desenvolver ao longo do estágio, constituiu-se como um desafio, devido não só à necessidade de adquirir e fundamentar novos conhecimentos, bem como, devido à sua aplicação nos diferentes âmbitos de prestação de cuidados e, por fim, à necessidade de definir estratégias que caracterizassem e distinguissem a atuação do EEESCJ, nos contextos de particular complexidade.

Ao chegar ao final deste percurso considero que os objetivos inicialmente propostos na consecução deste relatório foram atingidos, bem como para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao exercício do EEESCJ.

Todo este trajeto permitiu um aprofundar de conhecimentos sobre as respostas humanas da pessoa, criança/família, aos processos de vida e problemas de saúde complexos, bem como consolidar uma consciência crítica para os problemas da prática.

Em cada módulo de estágio foram identificadas as necessidades dos contextos, através da realização de um diagnóstico de situação, seguindo-se um planeamento, uma intervenção e um processo de avaliação. Todo este processo exigiu uma fundamentação científica e uma reflexão da prática com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem e à concretização de ganhos em saúde. Desenvolveram-se metodologias eficazes de trabalho motivando a equipa para a participação e implementação dos projetos, proporcionando momentos de aprendizagem mútua.

As competências técnicas foram aprofundadas pela especificidade que cada contexto apresentou, bem como a capacidade de integrar e trabalhar em equipa revelando aptidão de integrar e aplicar conhecimentos em situações complexas de cuidados, assegurando a qualidade e o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

Na implementação de cada atividade foram desenvolvidas capacidades de gestão dos cuidados e dos recursos para a implementação de boas práticas, demonstrando a adequação dos cuidados às necessidades das crianças/pais.

Outra capacidade desenvolvida foi a de liderança. Liderança na capacidade de envolver as equipas nos objetivos traçados e nas atividades desenvolvidas.

Inerente a todo este percurso esteve presente a competência relacional, ou seja a capacidade de me relacionar com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, revelando técnicas de comunicação interpares nas ações de formação e partilha de experiências profissionais e pessoais, bem como, com a criança/família de quem cuidei criando uma relação terapêutica, respondendo adequadamente às suas necessidades e focando-me numa abordagem centrada na família e no modelo de parceria nos cuidados.

Como limitações posso referir a remodelação que a UCIN se encontrava a sofrer no período em que decorreu o meu estágio, devido às obras a que havia sido submetida e que haviam terminado poucos dias antes do início do estágio. Os recursos temporais podem ser considerados outra limitação, uma vez que em determinadas situações a sobrecarga foi notória, mas ultrapassável. As expectativas elevadas e a determinação fizeram com que aproveitasse cada momento como um momento único de aprendizagem, permitindo-me instruir, questionar, refletir e evoluir, ultrapassando desta forma as dificuldades sentidas neste âmbito.

Ao longo do estágio realizaram-se atividades que visavam e promoveram a parceria nos cuidados. Assim sendo, deixo algumas sugestões com vista à melhoria os cuidados a prestar:

- O EEESCJ deve promover o estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento, participação/parceria, capacitação e negociação;
- O EEESCJ deve cuidar das crianças/pais desenvolvendo os cuidados centrados na família e promovendo a parceria nos cuidados de modo que permita, às criança/pais, uma tomada de decisão fundamentada, livre e responsável;
- O EEESCJ deve desenvolver projetos que promovam a capacitação parental com vista à obtenção de ganhos em saúde;
- O EEESCJ deve apoiar os pais nos momentos de transição causados por processos de desenvolvimento ou por situações de saúde/doença dos seus filhos, na aquisição de competências que visem um papel parental adequado;
- O EEESCJ deve promover a investigação, formação e reflexão sobre a promoção da parceria nos cuidados, de modo a aumentar os conhecimentos nesta área de intervenção.

A conclusão deste relatório é o fim de um percurso de estágio e simultaneamente o reinício de um novo percurso profissional, enriquecido com as competências desenvolvidas. É o começo de novas inquietações e propostas para projetos futuros com vista a um pleno desenvolvimento profissional e pessoal.

Assim como projetos futuros, enquanto EEESCJ, pretendo:

- Continuar como uma das responsáveis da Formação em Serviço da Pediatria 9 e desenvolver esta área do conhecimento em particular na área de Saúde da Criança e do Jovem;
- Continuar a participar nos grupos de trabalho do Departamento da Pediatria do CHLN-HSM, enquanto elemento representante da Pediatria 9;
- Continuar a colaborar na área da gestão da Pediatria 9 enquanto Chefe de Equipa;
- Implementar o método de trabalho por Enfermeiro de Referência na Pediatria 9, imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/pais;
- Implementar o Modelo de Parceria nos Cuidados na prestação de cuidados às crianças/pais da Pediatria 9, promovendo a melhoria dos cuidados prestados.

Assim, resta-me acrescentar que o desempenho de funções especializadas constitui um desafio, ao qual pretende continuar a responder da mesma forma empreendedora com que tem enfrentado todos os desafios que surgiram ao longo da sua vida como pessoa e profissional.

#### 4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARGOTE, L.; VALVERDE, M. (2002) – La donación hace diferencia en el cuidado de padres y niños prematuros. *Fam Saúde Desenv*, V.4, Nº1, p.7-15
- AHMANN, E. (1998) - Examining assumptions underlying nursing practice with children and families; *Pediatric Nursing*; Nº 5; Vol 23; Sept-Octob
- AHMANN, E.; JOHNSON, B. (2000) – Family-Centred care: Facing the New Millennium; *Pediatric Nursing*; Nº 1; Vol 26; Jan-Feb
- ALMEIDA, A. (2001) - *Recém-Nascido internado numa U.C.I.R.N: que participação dos pais nos cuidados?* Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem
- ASSOCIAÇÃO MAMA MATER (2009) - [Em Linha] [Consultado 10 Maio 2011] Disponível em <http://www.mamamater.org>
- BARROS, F.; TEIXEIRA, M. (2003) – O planeamento da alta. *Boletim do Hospital Pulido Valente*.16 (2): 91-92
- BENNER, P. (2001) – *De iniciado a perito*; 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 295 p. ISBN- 972-8535-97-X
- BÉRTOLO, H.; LEVY, L. (2008) – Manual do Aleitamento Materno, UNICEF, Lisboa, ISBN: 96436, 41p. ([http://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf))
- BOTELHO, T. (2001) - Personalidade materna e prematuridade. [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em <http://www.snripd.pt/document/livro018.rtf>
- BOZETT, F. (1991) - *Familles et maladies comportant un risque vital*. 1ª edição, Medsi: McGraw - Hill, p. 6 - 18
- BRAZELTON, T. (2007) - *O grande livro da criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Editorial Presença, Barcarena
- CALDEIRA, T et al (2006) - *O dia a dia de uma Urgência Pediátrica*, Serviço de Pediatria. Centro de Vila Nova de Gaia Ata, Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria; 0873-9781/06/37-1/1 [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624\\_APP\\_Vol\\_37\\_N1\\_OR\\_Dia\\_Dia\\_Urgencia\\_Pediatrica.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf)
- CARMO, H. (2000). *Intervenção Social com grupos*. Universidade Aberta
- CARMONA, L.; LALUNA, M. (2002) – “Primary nursing”: pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrónica de Enfermagem* [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em [www <URL: http://www.fen.ufg.br>](http://www.fen.ufg.br)

- CARVALHO, A.; CARVALHO, G. (2006) - *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência, 168p. ISBN 972-8930-22-4
- CARVALHO; M. (2007) – *A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: da passividade à participação ativa no seu processo de cuidados*; in *Parceria e Cuidado de Enfermagem: uma questão de Cidadania*. Formasau: Coimbra. ISBN 978- 972-8485- 86-3
- CASEY, A.; MOBBS, S. (1988) – Partnership in practice. *Nursing Times*: Londres. nº 84, p. 67-68
- CASEY, A. (1993) - Development and Use of the Partnership Model of Nursing Care. *Advances in Child Health Nursing*: Londres. p. 183-193
- CASEY, A. (1995) – Partnership nursing: Influences on involvement on informal carers. *Journal of Advanced Nursing*: Londres. Vol. 22, p. 1058-1062
- CHAREPE, Z. (2006). *O encontro com a Ajuda-Mútua – percepções dos pais de crianças com doença crónica*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta, 390 p.
- COELHO, M. et al (1996) – *Urgências Pediátricas e casuística do Hospital Dona Estefânia*. Lisboa: Laboratórios Bial
- COLLIÉRE, M-F. (1999) - *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 388 p. ISBN 972-95420-0-7
- CORREIA, C. [et al] (2001) - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISSN 0870 – 9025. Vol. 2, p.75 – 82
- CONWAY, J. et al (2006) – Partnering with Patients and Families to design a Patient and Family- Centered Health Care System, A roadmap for the future, a Work in Progress; *Institute for Family-Centered Care*; Bethesda; June. [www.familycenteredcare.org](http://www.familycenteredcare.org)
- COYNE, I. (1996) – Parental participation: a concept analysis; *Journal of Advanced Nursing*; Nº 23; Blackwell Science Ltd.
- COYNE, I.; COWLEY, S. (2007) – Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*: Toronto. nº44
- CRECHE A TARTARUGA E A LEBRE (2011) - [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em [www.appacdm-lisboa.org/appacdm\\_lisboa\\_historial.htm](http://www.appacdm-lisboa.org/appacdm_lisboa_historial.htm)
- DARBYSHIRE, P. (1993) – Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.18, p. 1670-1680.
- DARBYSHIRE, P. (1995) – Family-centred care within contemporary British paediatric nursing; *British Journal of Nursing*; Nº4 (1)

- DIAS, A. et al (2001) - Registos de Enfermagem. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2370 (Nov./Dez.) p.267-271
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) - Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de Atuação [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>
- FARIA, S. (2007). *Supervisão clínica na enfermagem no caminho da excelência dos cuidados*. [Em linha] [Consultado em 17 de Junho 2011] Disponível em [http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com-content&do\\_pdf=1&id=2959](http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com-content&do_pdf=1&id=2959)
- FARREL, M. (1994) – *Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica*. *Nursing*. Lisboa. março
- FIGUEIREDO, B. (2007) - Massagem ao bebé. *Ata Pediátrica Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 38 (1), 29-38
- FRANCK, L.; CALLERY, P. (2004)– Rethinking family-centred care across the continuum of children’s healthcare; *Child: Care, Health & Development*, Nº30; Vol 3; Blackwell Publishing Ltd
- GALLANT, M. [et al] (2002) – Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*: Londres. Blackwell Science. Vol 2, nº40
- GASPARDO C. et al (2005) - A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura; *Jornal de Pediatria* - Sociedade Brasileira de Pediatria, 0021-7557/05/81-06/435
- GOMES-PEDRO, J. (1985). O período sensível da mulher no pós-parto. *Revista de obstetrícia e ginecologia*. Lisboa: Separata. 8 (76), p.17-29
- GOMES-PEDRO, J. (1997). Prematuridade e desenvolvimento. *Ata Pediátrica Portuguesa*. 28 (5), Lisboa. ISSN 0301-147X (Set./Out) p.405-410
- GRUNAU R. (2002) - Pain in preterm infants: a model of long-term effects. *Clin Perinatol*. 29 p.373-94
- HANSON, S. (2005) – *Enfermagem de cuidados de saúde à família - teoria, prática e investigação*; Loures; Lusociência; 2ªedição
- HOCKENBERRY, M. et al (2006) - *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1303p. ISBN 85-352-1918-8
- HOSPITAL DE SANTA MARIA (2011) - [Em Linha] [Consultado 14 junho 2011] Disponível em <http://www.chln.min-saude.pt/>
- HUPCEY, J.; PENROD, J.; MORSE, J. (2000) - Establishing and maintaining trust during acute care hospitalizations. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 14: 3 227-42

- HUPCEY, J. et al (2001) - Na exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 36:2, 282-293
- HUTCTHFIELD, K. (1999) – Family-centred care : a concept analysis; *Journal of Advanced Nursing*: Londres. Blackwell Science. Vol 5, nº29
- IMPERATORI, E. (1985) - Avaliação de centros de saúde: aspetos conceptuais. Lisboa: Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários
- INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (1998) - Carta da criança hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança. - Lisboa: IAC; 22 p. ISBN 972-8003-14-5 <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001) - [Em Linha] [Consultado 14 Abril 2011] Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)
- JESUS, C.; SILVA, C.; ANDRADE, F. (2005) – Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Revista Sinais Vitais*. 59: 25-28
- JOHNS, J. (1996) - A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*. 24 76-83
- JORGE, A. (2004) – *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Palmigráfica, ISBN: 972-8383-79-7, 192 p.
- KRISTENSSON-HALLSTRÖM, I. (2000) – Parental participation in paediatric surgical care. *Operating Room Nurses Association: Toronto*. Vol. 71, nº 5, p. 1021-1029
- MACHADO, M. et al. (2006) – *Igual ou diferentes? Cuidados de Saúde materno infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Eidal. 211p. ISBN 978-989-95520-0-5
- MARTINS, A. (1991) – *Humanizar o atendimento da criança: alguns aspetos da humanização*. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria
- MEIZE-GROCHOWSKI, R. (1984) - An analysis of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*. nº9, p.563-572.
- MELO, E. (1999) - Acessibilidade/Utilização do serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283 (Novembro) p.59-62
- MIGUEL, L.; SÁ, A. (2010) - Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016; Ministério da Saúde [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/08/CSP1.pdf>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) – Plano Nacional de Saúde 2004-2010 [Em Linha] [Consultado 9 Junho 2011] Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- MORAIS, C. (2004) - Perspetivas das Competências. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196, p. 23-24

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE 2011 [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaanalise.aspx>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem - [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- PACHECO, M. (2001). *Avaliação das alterações cardiorrespiratórias resultantes da manipulação do recém-nascido prematuro ventilado*. Porto, (dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, no âmbito da candidatura ao grau de Mestre)
- PACHECO, S.; CUNHA, S. (2006) – A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: o papel do enfermeiro. *Nursing – Edição Portuguesa* nº 211, p. 19-22. ISSN: 0871-6196
- PEREIRA, N. (2008) – Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta
- PISCO, L.; BISCAIA, J. (2001) – Qualidade de cuidados de saúde primários – *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISSN 0870 – 9025. Vol. 2, p.43 – 51
- PONTIN, D. (1999) – Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? *Journal of Advance Nursing*. 29 (3): 584-591
- QUEIRÓZ, M. (2006) – Estratégias de Educação em Saúde e qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, p. 117-130
- REDMAN, B. (2003) – *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ª Ed. Loures: Lusociência, ISBN972-8383-39-8. 304p.
- *REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (1998) – Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consultado 2 Abril 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM (2011) - Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011- Regulamento n.º 123/2011 [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf)

- RELVAS, A. (1996) – *O Ciclo Vital da Família, Perspetiva Sistémica*. Porto: Afrontamento. p.240, ISBN: 9789723604139
- RODRIGUES, M. (2005) – *Educação Para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau, 155p. ISBN972-8485-52-2
- ROLIM, K.; CARDOSO, M. (2006) - O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* [Em linha] [Consultado em 10 de Junho 2011] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>
- SAMPAIO I. et al (2010) - *Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquémica: da evidência científica à implementação de um protocolo*; Ata Pediátrica Portuguesa - Sociedade Portuguesa de Pediatria 0873-9781/10/41-4/184
- SILVA, C.; SILVA, M.; PEREIRA, M. (2004) - Comunicar para cuidar em neonatologia. *Informar*. Porto ISSN por referenciar (Janeiro/Junho) 53-59
- SILVA, A. (2007) - Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2379. vol. 55, nº 1-2 (Jan-Abr), p. 11-20
- SIMÕES, J. (2007). - Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Enfermagem*. II Série. Nº 47/48 (Julho/Dezembro 2007). Lisboa. ISSN 0871-0775
- SIMÕES, J.; Garrido, A. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. [Em linha] [Consultado em 17 de Junho 2011] Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000400003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400003&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072007000400003
- SMITH, F. (1995) – *Children's nursing in practise: the Nottingham Model*. Journal of Advanced Nursing: Londres. Blackwell Science. ISBN: 0-632-03909-4
- SMITH, L. et al (2003) – *Interprofessional learning and family-centred care*. *Paediatric Nursing*: Londres. Vol 15, nº 7, setembro
- SMITH, L.; et al (2006) - *Family-centred Care: Using the Practice Continuum Tool*; in GLASPER, A.; RICHARDSON, J. – *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*; Churchill Livingstone: Toronto. Elsevier
- SOUSA, F. (2009) - [Em linha] [Consultado em 17 de Junho 2011] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>
- SOUSA, P. (2007) – *Assistência de Enfermagem em Saúde Infantil*. Porto

- STANHOPE, M. (1999) – *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, família e indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 1225p. ISBN 972-8383-05-03
- TORRES, M.; REIS, B. (2002) - O Papel do Enfermeiro na Triagem dos Utentes no Serviço de Urgência. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-8844, p. 29-32
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2008) – Regulamento Geral de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional. Lisboa: UCP, 14 p.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2011) – [Em Linha] [Consultado 14 Junho 2011] Disponível em [http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Mestrados%20Enfermagem/Mestrado%20ESIP\\_UC/Estagio%20ESIP.pdf](http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Mestrados%20Enfermagem/Mestrado%20ESIP_UC/Estagio%20ESIP.pdf)
- VIANA, V. et al. (2005) - Apoio às mães em crise num serviço de Neonatologia. *In Psicologia, Saúde & doenças*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. 6(2), p. 119-130
- WONG, D. (1999) – *Whaley & Wong. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1118p. ISBN 85-277-0506-0

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Questionário de Identificação de Necessidades Formativas acerca de Temáticas no âmbito Pediátrico realizado aos pais no Centro de Saúde



## QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS ACERCA DE TEMÁTICAS NO ÂMBITO PEDIÁTRICO

O meu nome é Maria João Oliveira, sou Enfermeira e encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

No âmbito do Projecto subordinado à temática da Parceria de Cuidados, decorrerão nos próximos dias 14 e 16 de Junho (16h-17h) duas Acções de Formação no Centro de Saúde de Alenquer com temáticas no âmbito pediátrico (até um ano de vida), pelo que solicito a vossa colaboração no preenchimento deste questionário.

Assinale à frente de cada tema aquele(es) que gostaria de ver abordado(os), aquele(es) em que sente mais dificuldades/dúvidas ou acerca dos quais tem menos informação.

A sua colaboração é muito importante.

Obrigada.

### ALIMENTAÇÃO

Aleitamento Materno  \_\_\_\_\_

Aleitamento Artificial  \_\_\_\_\_

Alimentação/Nutrição  \_\_\_\_\_

Diversificação Alimentar  \_\_\_\_\_

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Higiene  \_\_\_\_\_

Dentição  \_\_\_\_\_

Sono  \_\_\_\_\_

Soluços  \_\_\_\_\_

Choro  \_\_\_\_\_

Bolsar/Regurgitar/Vomitir  \_\_\_\_\_

Cólicas  \_\_\_\_\_

### DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento e Crescimento  \_\_\_\_\_

Sinais de Alarme  \_\_\_\_\_

### SEGURANÇA

Prevenção de Acidentes  \_\_\_\_\_

Vacinas e Efeitos Secundários  \_\_\_\_\_

Vigilância de Saúde  \_\_\_\_\_

**Outros:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermeira Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Cristina Perguiça

Professora Zaida Charepe



## **ANEXO II**

Resultados da Avaliação do Questionário de Identificação de  
Necessidades Formativas acerca de Temáticas no âmbito  
Pediátrico realizado aos pais no Centro de Saúde

## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS ACERCA DE TEMÁTICAS NO ÂMBITO PEDIÁTRICO

N=20 Pais

TEMÁTICAS	RESPOSTAS
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	
Aleitamento Materno	60%
Aleitamento Artificial	10%
Alimentação/Nutrição	5%
Diversificação Alimentar	60%
<b>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</b>	
Higiene	0%
Dentição	45%
Sono	45%
Soluções	55%
Choro	80%
Bolsar/Regurgitar/Vomitar	35%
Cólicas	70%
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	
Desenvolvimento e Crescimento	80%
Sinais de Alarme	75%
<b>SEGURANÇA</b>	
Prevenção de Acidentes	60%
Vacinas e Efeitos Secundários	45%
Vigilância de Saúde	15%
<b>OUTROS</b>	
	0%

## **ANEXO III**

Questionário de Identificação da existência de Parceria nos  
Cuidados realizado aos pais no Centro de Saúde



## QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE PARCERIA NOS CUIDADOS NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E VACINAÇÃO

O meu nome é Maria João Oliveira, sou Enfermeira e encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Saúde infantil e Pediátrica.

No âmbito do Projecto subordinado à temática da Parceria de Cuidados, surgiu a necessidade de avaliar a existência de parceria de cuidados na Consulta de Saúde Infantil e Vacinação, pelo que solicito a vossa colaboração no preenchimento deste questionário.

Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização de uma escala de 1 a 4, assinalando com um **X** a resposta com a qual se identifica.

A sua colaboração é muito importante.

Obrigada.

**1- Discordo Totalmente   2- Discordo   3- Concordo   4- Concordo Totalmente**

**1- O seu envolvimento nos cuidados prestados ao seu filho, aquando da Consulta de Saúde Infantil e Vacinação é muito importante.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

**2- Tem uma participação activa nas Consultas de Saúde Infantil e na Vacinação e ambos os momentos decorrem na prestação de cuidados em parceria com o Enfermeiro.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

Enumere alguns exemplos:

---

---

---

---

**3- As informações transmitidas e os panfletos disponibilizados vão de encontro às dúvidas que apresenta, sendo validada a sua apreensão e permitindo-lhe uma melhor capacitação para cuidar do seu filho.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

**4- Tem um papel activo na tomada de decisão no que diz respeito nos cuidados a prestar ao seu filho e é-lhe dada abertura para decidir ou para se chegar a consenso.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

Enfermeira Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Cristina Perguiça

Professora Zaida Charepe



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **ANEXO IV**

Resultados da Avaliação do Questionário de Identificação da existência de Parceria nos Cuidados realizado aos pais no Centro de Saúde

## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE PARCERIA DE CUIDADOS NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E VACINAÇÃO

N=20 Pais

Questões	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1- O seu envolvimento nos cuidados prestados ao seu filho, aquando da Consulta de Saúde Infantil e Vacinação é muito importante.			15%	85%
2- Tem uma participação activa nas Consultas de Saúde Infantil e na Vacinação e ambos os momentos decorrem na prestação de cuidados em parceria com o Enfermeiro.			25%	75%
<p><b>Exemplos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesar o meu filho;</li> <li>- Colaborar na medição;</li> <li>- Dar mama durante a vacinação;</li> <li>- Ser incentivada a falar com o meu filho, tocar-lhe e dar-lhe um docinho durante a vacina;</li> <li>- Vestir e despir a minha filha, demorando o tempo que for necessário, sem ser pressionada a ser mais rápida;</li> <li>- Quando tenho dúvida nalguma “técnica” a realizar, é-me explicada e sou eu que a realizo para ter a noção de como devo fazer quando me encontrar sozinha;</li> <li>- Posso colocar todas as dúvidas que apresento, sendo-me dada toda a disponibilidade para o fazer;</li> <li>- As decisões face a qualquer mudança de actuação para com a minha filha, são tomadas com base nas informações que transmito;</li> <li>- Nunca me sinto à parte, faço também parte integrante da consulta;</li> <li>- Também se preocupam comigo. Perguntam-me “como estou?” e sabem o meu nome e o do meu filho;</li> <li>- Embora a altura da vacina seja uma situação que me gera stress e desconforto, a forma como posso participar, dando “miminhos” ao meu filho, estando presente, ..., diminui a minha ansiedade e a do meu filho.</li> </ul>				
3- As informações transmitidas e os panfletos disponibilizados vão de encontro às dúvidas que apresenta, sendo validada a sua apreensão e permitindo-lhe uma melhor capacitação para cuidar do seu filho.			10%	90%
4- Tem um papel activo na tomada de decisão no que diz respeito nos cuidados a prestar ao seu filho e é-lhe dada abertura para decidir ou para se chegar a consenso.			15%	85%

## **ANEXO V**

Relatório da Ação de Formação “Parceria nos Cuidados” dirigida  
aos enfermeiros no Centro de Saúde



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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



**ACÇÃO DE FORMAÇÃO**  
**“PARCERIA NOS CUIDADOS?”**

**Aluna:** Enfermeira Maria João Oliveira

**Sob orientação de:** Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
Professora Zaida Charepe

**Alenquer, Junho de 2011**

## ÍNDICE

	P.
1. Plano da Acção de Formação “Parceria nos Cuidados” .....	101
2. Material de Divulgação da Acção de Formação “Parceria nos Cuidados” .....	105
3. Acção de Formação “Parceria nos Cuidados” .....	109
4. Questionário de Avaliação da Acção de Formação “Parceria nos Cuidados” .....	115
5. Resultados de Avaliação da Acção de Formação “Parceria nos Cuidados” .....	117



## ACÇÃO DE FORMAÇÃO “PARCERIA NOS CUIDADOS”

	FORMADOR	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Maria João Oliveira	Apresentação do tema; Contextualização da formação; Exposição dos objectivos.	Expositivo	Computador Vídeo Projector	5'
<b>DESENVOLVIMENTO</b>		Evolução cronológica dos cuidados Centrados na Família; Pressupostos nos quais se baseia a filosofia dos Cuidados Centrados na Família; Conceitos principais do Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey; Papel do Enfermeiro no Modelo de Parceria nos Cuidados; Esquema do Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey; Modelo de Parceria nos Cuidados Vs Processo de Enfermagem; Elementos facilitadores de uma abordagem de Parceria; Factores que influenciam a Parceria nos Cuidados.	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector	45'
<b>CONCLUSÃO AVALIAÇÃO</b>		Considerações finais; Realização de um questionário de avaliação da acção.	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector Questionário	10'

# PLANO DE ACÇÃO

## TEMA - PARCERIA NOS CUIDADOS

**FORMADORA** - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa)

**DESTINATÁRIOS** - Enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Cuidados na Comunidade de Alenquer

**LOCAL** - Centro de Saúde de Alenquer

**DATA e HORA** - 15 de Junho de 2011 às 14h30m

**DURAÇÃO** - 60 minutos

### **OBJECTIVO**

◆ Sensibilizar a Equipa de Enfermagem para a temática da Parceria nos Cuidados junto da Criança/Família, a partir da descrição do Modelo de Anne Casey.

### **CONTEÚDOS**

- ◆ Evolução cronológica dos cuidados Centrados na Família;
- ◆ Pressupostos nos quais se baseia a filosofia dos Cuidados Centrados na Família;
- ◆ Conceitos principais do Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey;
- ◆ Papel do Enfermeiro no Modelo de Parceria nos Cuidados;
- ◆ Esquema do Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey;
- ◆ Modelo de Parceria nos Cuidados Vs Processo de Enfermagem;
- ◆ Elementos facilitadores de uma abordagem de Parceria;
- ◆ Factores que influenciam a Parceria nos Cuidados.

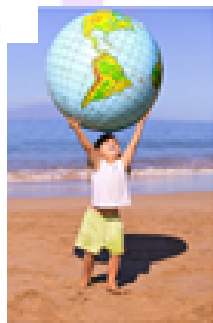
**METODOLOGIA** - Método expositivo, interrogativo e interactivo

**AVALIAÇÃO** - Realização de um questionário de Avaliação da Acção de Formação.

# CONVITE

## ACÇÃO DE FORMAÇÃO

### PARCERIA NOS CUIDADOS



15 de Junho de 2011 às  
14h30m

Centro de Saúde de Alenquer

VENHA ASSISTIR À ACÇÃO  
DE FORMAÇÃO

### "PARCERIA NOS CUIDADOS"

#### CONTEÚDOS

- ◆Evolução cronológica dos cuidados Centrados na Família;
- ◆Pressupostos nos quais se baseia a filosofia dos Cuidados Centrados na Família;
- ◆Conceitos principais do Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey;
- ◆Papel do Enfermeiro no Modelo de Parceria nos Cuidados;
- ◆Esquema do Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey;
- ◆Modelo de Parceria nos Cuidados Vs Processo de Enfermagem;
- ◆Elementos facilitadores de uma abordagem de Parceria;
- ◆Factores que influenciam a Parceria nos Cuidados.

CONTAMOS COM A SUA  
PRESENÇA

# PARCERIA NOS CUIDADOS

## ACÇÃO DE FORMAÇÃO

**DESTINATÁRIOS** - Enfermeiros da UCSP e UCC de Alenquer

**LOCAL** - Centro de Saúde de Alenquer

**DATA** - 15 de Junho de 2011

**HORA** - 14h30m



**FORMADORA** - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem -  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientado por: Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
Professora Zaida Charepe



  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**  
  
**PARCERIA NOS CUIDADOS**  
  
 Aluna: Enfermeira Maria João Oliveira  
 Sob orientação de: Enfermeira ESIP Cristina Perguça  
 Professora Zaida Charepe  
  
 Alenquer, Junho de 2011

**OBJECTIVO**

- Sensibilizar a Equipa de Enfermagem para a temática da Parceria nos Cuidados junto da Criança/Família, a partir da descrição do Modelo de Anne Casey.

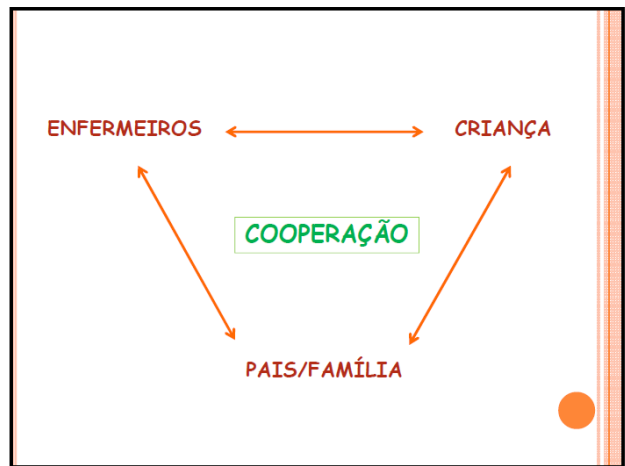
A criança não deve, nem pode ser considerada como um ser isolado, mas sim como um indivíduo posicionado numa estrutura, a família, que se caracteriza por um relacionamento interdependente entre os seus membros.

↓

**PARCERIA NOS CUIDADOS**

↓

**CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA**



**CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA**

Bowlby (1953) estudou a privação materna

↓

Enf<sup>s</sup> Pediátricos começam a advogar uma prática de cuidados humanizados e com ênfase na família

↓

Pais podem visitar a criança hospitalizada

(Duckysaire, 1993)

**CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA**

Relatório Platt (1959) revolucionou cuidados à criança hospitalizada

- Visitas abertas para os pais
- Internamento de crianças com crianças
- Facilidades de coabitação para os pais
- Serviços educativos com jogos e actividades
- Criança não é um adulto em miniatura
- Encorajamento dos pais para uma atitude mais activa nos cuidados aos seus filhos

Objectivo:

- Tornar os Serviços de Pediatria mais humanizados
- Menos penosos para as crianças/famílias
- Melhoria do bem-estar emocional e psicológico da criança

(Duckysaire, 1993/1995)

## CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

*“Os cuidados centrados na família trata-se de uma filosofia de cuidados que visa fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados.”*

(Smith et al., 2005)

## CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

- Conway (2006) salienta quatro conceitos em que os Cuidados Centrados na Família assentam:
  - Dignidade e respeito
  - Partilha de Informação
  - Participação
  - Colaboração

## CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

- Pressupostos nos quais se baseia a filosofia dos Cuidados Centrados na Família:
  - Reconhecimento do papel central da família na vida da criança;
  - Reconhecimento que o cuidar da criança inclui o cuidar da família nomeadamente no seu desejo de participar no processo de tomada de decisão e no processo de prestação de cuidados;
  - Proporcionar cuidados de acordo com as necessidades da criança e família que se assumam como acessíveis, flexíveis, responsáveis e sensíveis;
  - Reconhecimento das preferências e prioridades da família;

Hutchinsáld (1999), Ahmann e Johnson (2000), Franck e Callery (2004) e Hanson (2005)

## CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

- Pressupostos nos quais se baseia a filosofia dos Cuidados Centrados na família:
  - Identificação do papel dos diferentes membros da família;
  - Valorização do conhecimento e potencialidades parentais relativamente à criança;
  - Respeitar a dignidade e a diversidade racial, étnica, cultural, espiritual e económica da família;
  - Reconhecimento dos aspectos fortes da família e respeitar os diferentes modos de lidar com as situações;
  - Partilhar com a família, numa base contínua e de suporte, informações necessárias aos cuidados.

Hutchinsáld (1999), Ahmann e Johnson (2000), Franck e Callery (2004) e Hanson (2005)

## CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA



Adaptado de Hutchinsáld (1999) – Family-centred care: a concept analysis

## CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

Casey (1993) considera que os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a **filosofia da enfermagem** 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**.

Para que os pais sejam um elemento efectivo da equipa multidisciplinar, **precisitam de ser ajudados desde o primeiro momento na realização do seu papel dentro da mesma**.

MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

- Casey (1993) engloba cinco **conceitos** principais:



MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

- **Criança**
  - Inicialmente dependente da família
  - Adquirem novas capacidades e conhecimentos
  - Adquirem independência dos seus prestadores de cuidados
  - Independência total
- **Saúde**
  - Estado de óptimo bem-estar físico e mental
  - Deveria estar sempre presente para que a criança atinja todo o seu potencial
  - A sua inexistência pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança

MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

- **Ambiente**
  - Desenvolvimento da criança pode ser afectado por diversos estímulos com origem no ambiente que o rodeia
  - Para atingir a sua independência necessita de:
    - Protecção
    - Segurança
    - Estímulo
    - Amor
- **Família**
  - Unidade de indivíduos com a responsabilidade maior pela prestação de cuidados à criança
  - Desenvolvem uma influência forte no seu crescimento e desenvolvimento
  - O Modelo não exclui o envolvimento e a influência de outros
  - "Cuidados Familiares" incluem todos os cuidados que satisfaçam as necessidades quotidianas das crianças

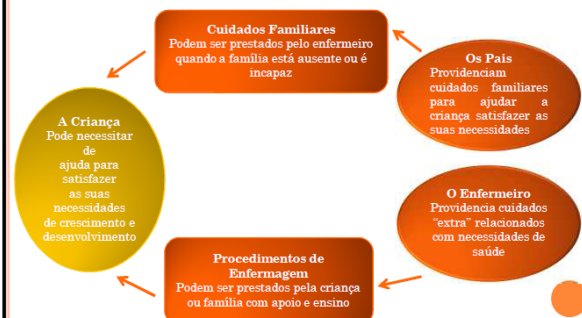
MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

- **Enfermeiro**
  - Principal Papel – Supervisão
  - Intervém apenas o necessário
  - "Cuidados de Enfermagem" – Cuidados Técnicos (Procedimentos de Enfermagem)
  - Para prestar cuidados em parceria, deve partilhar crenças e valores que reconheçam os pais como os melhores prestadores de cuidados
  - Deve desenvolver competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e trabalho em grupo

MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

- **Enfermeiro**
  - Sentimento de negociação e de respeito pelos desejos da família deve estar presente
  - Deve encorajar a família a envolver-se nos cuidados à criança
  - A participação e envolvimento da família varia com o tempo. Deve orientar e apoiar a família com base nas necessidades da criança
  - Deve avaliar a vontade e a capacidade dos pais para prestar determinados cuidados à criança e promover apoio e ensinamentos
  - Deve existir uma constante renegociação dos cuidados, de forma a tornar os pais parceiros nos cuidados à criança

MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -



CASEY, A.; MOBBS, S. – Partnership in Practice; Nursing Times; 1988

MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

- Casey (1988, 1993) estabelece uma distinção entre **cuidados familiares** e **cuidados de enfermagem**
- Casey não advoga fronteiras rígidas
  - Enfermeiros podem prestar cuidados familiares
  - Os pais poderão, com ensinamentos, conhecimentos e apoio por parte do enfermeiro, tomar a seu cargo cuidados considerados cuidados de enfermagem

MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -



MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

○ Enfermeiro



MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

○ Funções do Enfermeiro



CASEY, A.; MOBBS, S. – Partnership in Practice, 1988

MODELO DE ENFERMAGEM  
- PARCERIA NOS CUIDADOS -

○ Implementação do Modelo implica:

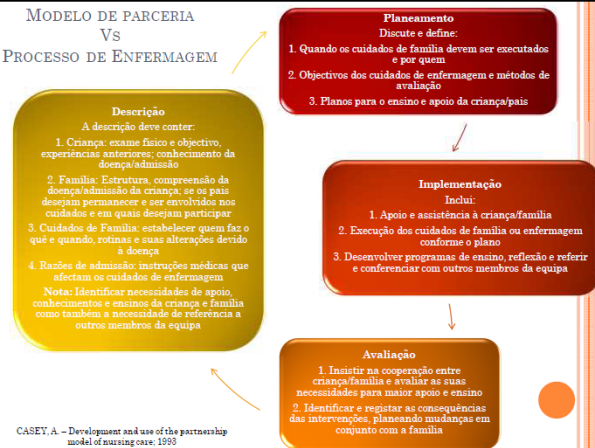
- Colheita de Dados
  - Processo contínuo e flexível
  - Recurso a diversas fontes

○ Objectivo:

- Conhecer a família
- Ambiente familiar
- Comunidade
- Expectativas e sentimentos relativamente à criança
- Dificuldades e emoções



MODELO DE PARCERIA  
VS  
PROCESSO DE ENFERMAGEM



## MODELO DE ENFERMAGEM - PARCERIA NOS CUIDADOS -

- Existem dois elementos principais que facilitam uma abordagem de parceria:
  - Cuidados centrados na criança e família – refere-se ao dar poderes à criança/família, partilhando **informação e conhecimentos, capacitando-os** para a tomada de decisão e prestação de cuidados
  - Cuidados negociados – considerados como a relação terapêutica construída com base na confiança e respeito mútuos. O processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente e a um nível de participação na prestação de cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um.

(Smith e Casey citado por Mano (2002))

## MODELO DE ENFERMAGEM - PARCERIA NOS CUIDADOS -

- Factores que influenciam a parceria nos cuidados:
  - Relação de Parceria**
    - Abordagem essencial na admissão
    - "Dar poder" (conhecimentos e informação)
    - Criança/família possuam/adquiram conhecimentos e perícia no cuidar
    - Criança/família desenvolvam competência e confiança no seu cuidar
  - Cultura Organizacional**
    - Exemplificar e reflectir os atributos e as qualidades consideradas importantes para o desenvolvimento de uma relação de parceria
    - Gestão participativa e motivadora
    - Englobar os enfermeiros em discussões que melhorem a prática
  - Método de organização do trabalho de enfermagem**
    - Enfermeiro de referência → Confiança

(Casey, 1993)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMANN, E.; JOHNSON, B. – Family-Centred care: Facing the New Millennium; Pediatric Nursing; Nº 1; Vol 26; Jan-Feb 2000.
- CASEY, A.; MOBBS, S. – Partnership in Practice; Nursing Times; Vol 44; Nº 54; November; 1988.
- CASEY, A. – Development and use of the partnership modelo f nursing care; In: GLASPER, E.; TUCKER, A. – Advances in Child health nursing; Mídttesen; Scutari Press; 1993.
- CASEY, A. – Partnership nursing: influences on involvement of informal carers; Journal of Advanced Nursing; Nº 22; Blackwell Science; 1995.
- CONWAY, J. [et al] – Partnering with Patients and Families to design a Patient and Family-Centered Health Care System. A roadmap for the future, a Work in Progress; Institute for Family-Centered Care, Bethesda; June, 2006; www.familycenteredcare.org
- DARBYSHIRE, P. – Parents, Nurses and paediatric nursing: a critical review; Journal of Advanced Nursing; Nº 18; Blackwell Science Ltd; 1993
- DARBYSHIRE, P. – Family-centred care within contemporary British paediatric nursing; British Journal of Nursing; Nº 4 (1); 1995
- FRANCK, L.; CALLERY, P. – Rethinking family-centred care across the continuum of children's healthcare; Child: Care, Health & Development; Nº 30; Vol 3; Blackwell Publishing Ltd; 2004.
- HANSON, S. – Enfermagem de cuidados de saúde à família - teoria, prática e investigação; Loures; Lusociência; 2ª edição; 2005.
- HUTCHFIELD, K. – Family-centred care : a concept analysis; Journal of Advanced Nursing; Nº 29; Vol 5; Blackwell Science Ltd; 1999.
- MANO, M. – Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. In Referência; Nº 8; Maio 2002; Coimbra. ISSN 0874-0253
- SMITH, L [et al] – Interprofessional learning and family-centred care; Paediatric Nursing; Vol 15; Nº 7; September 2003.

# OBRIGADA



# AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO



Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da Acção de Formação a que assistiu.

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **X** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

**Insuficiente - 1   Suficiente - 2   Bom - 3   Muito Bom - 4   Excelente - 5**

1 - Considera que os objectivos da acção foram atingidos?

2 - Como classifica a utilidade da acção para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados?

3 - Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

4 - Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na acção?

5 - Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

**Relativamente à Organização da Acção, como classifica os seguintes parâmetros?**

6 - Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

7 - A duração da acção foi adequada?

8 - O horário da acção foi adequado?

9 - Comentários e sugestões de melhoria:



Adaptado de questionário de avaliação de formação do Hospital Fernando da Fonseca.

**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

Enfermeira Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Cristina Perguiça

Professora Zaida Charepe



## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

N=16 Enfermeiros

**Tema:** Parceria nos Cuidados

**Local:** Centro de Saúde de Alenquer

**Duração:** 60 minutos

**Data:** 15/06/2011

**Formadora:** Enfermeira Maria João Oliveira

<b>Apreciação Global</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>
<b>1- Os objectivos da acção de formação foram atingidos</b>			18,75%	62,5%	18,75%
<b>2- Utilidade da acção de formação para a melhoria da qualidade dos cuidados</b>			18,75%	62,5%	18,75%
<b>3- Foram abordados todos os conteúdos importantes</b>			25%	62,5%	12,5%
<b>4- Domínio dos conteúdos apresentados</b>			6,25%	50%	43,75%
<b>5- Clareza na transmissão dos conhecimentos</b>				43,75%	56,25%

<b>Organização da Acção de Formação</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>
<b>6- Adequação dos diapositivos</b>			18,75%	50%	31,25%
<b>7- Duração da acção de formação</b>			12,5%	56,25%	31,25%
<b>8- Horário da acção de formação</b>			12,5%	62,5%	25%

## **ANEXO VI**

Relatório da Estruturação da “Salinha do Aconchego” realizado no  
Centro de Saúde



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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



**“SALINHA DO ACONCHEGO”**

**Aluna:** Enfermeira Maria João Oliveira

**Sob orientação de:** Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
Professora Zaida Charepe

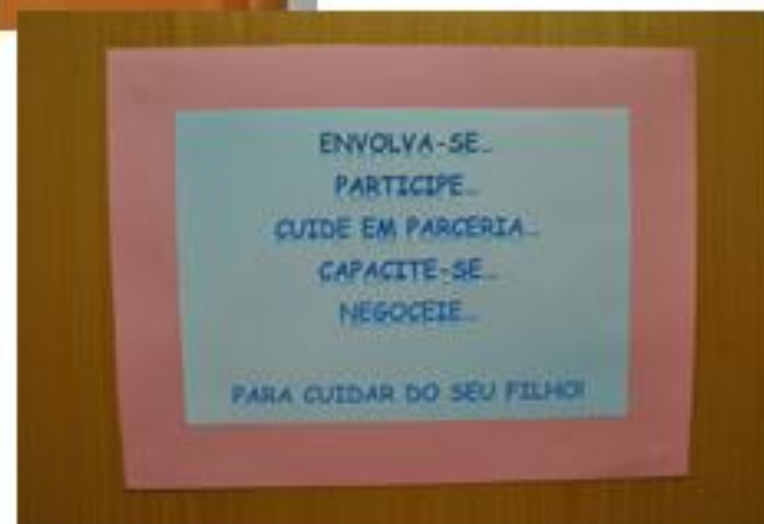
**Alenquer, Junho de 2011**

## ÍNDICE

	P.
1. Espaço e Decoração da “Salinha do Aconchego” .....	125
2. Normas da “Salinha do Aconchego” .....	129
3. Questionário de Satisfação aos pais da UCSP de Alenquer que utilizam a “Salinha do Aconchego” .....	169

# SALINHA DO ACONCHEGO

Porta da "Salinha do Aconchego"



# SALINHA DO ACONCHEGO



# SALINHA DO ACONCHEGO

Paredes da  
"Salinha do  
Aconchego" com  
colagens



# SALINHA DO ACONCHEGO



Armário da “Salinha do Aconcheço” com o material necessário





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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




**NORMAS DA “SALINHA DO ACONCHEGO”**

**Aluna:** Enfermeira Maria João Oliveira

**Sob orientação de:** Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
Professora Zaida Charepe

**Alenquer, Junho de 2011**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Utilização da “Salinha do Aconchego”</b>	Elaborado em:	
		Norma nº:	
		Rever em:	

### **DESCRIÇÃO:**

Pretendemos adoptar um projecto de Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, através da implementação do Projecto “Salinha do Aconchego” na UCSP de Alenquer.

Contamos com o apoio dos profissionais da UCSP e com a disponibilização dos recursos materiais necessários.

A população alvo são as famílias inscritas na UCSP de Alenquer, que amamentam, independentemente da idade do bebé.

### **JUSTIFICAÇÃO:**

Segundo a UNICEF “as práticas ideais de amamentação incluem a amamentação exclusiva (leite materno sem nenhum outro alimento ou líquido) nos primeiros seis meses de vida, seguidos do leite materno com alimentos complementares até pelo menos aos 2 anos de idade”.

A finalidade deste projecto é a promoção da amamentação, dando às mães o apoio e o incentivo que elas necessitam para amamentarem com sucesso, tendo como base as directrizes da OMS/UNICEF e os Indicadores de Qualidade de 2011.

Pretendemos implementar a “Salinha do Aconchego”, na UCSP de Alenquer, assim como, elaborar as normas de procedimento inerentes ao mesmo que servirá como manual de consulta quer para os profissionais de saúde que já integram o projecto, assim como, para os que no futuro venham a ser integrados pela primeira vez no mesmo.

### **OBJECTIVOS:**

- Promover o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses;
- Incentivar a amamentação;
- Prevenir o abandono da amamentação;
- Treinar a amamentação;
- Esclarecer dúvidas acerca da amamentação;
- Promover o envolvimento parental;
- Promover a capacitação parental;
- Fornecer informações sobre as leis da maternidade/paternidade.

**HORÁRIO:**

- 2ª a 6ª Feira das 9h às 16h

**DESTINATÁRIOS:**

Pais e Crianças que recorrem à UCSP de Alenquer


**NOTA:**

As mães podem ainda, sempre que estiverem na UCSP de Alenquer, dirigir-se à “Salinha do Aconchego” para **amamentar tranquilamente o seu bebé, extrair e armazenar o seu leite**, mesmo quando não está com o seu filho, e **partilhar a sua experiência com outras mães**.

**Elaborado por:**

**Revisto por:**

**Aprovado por:**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Colocar o Bebê à Mama</b>  <b>Amamentar Deitada/Amamentar Sentada</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

- Promover a amamentação.

**CONCEITO:**

A mãe deve procurar posicionar-se da forma mais confortável possível, para ela e para o bebé, apoiando o melhor possível a sua coluna, deve escolher um ambiente agradável e não ter pressa, mantendo-se calma e relaxada.

**DESCRIÇÃO:**

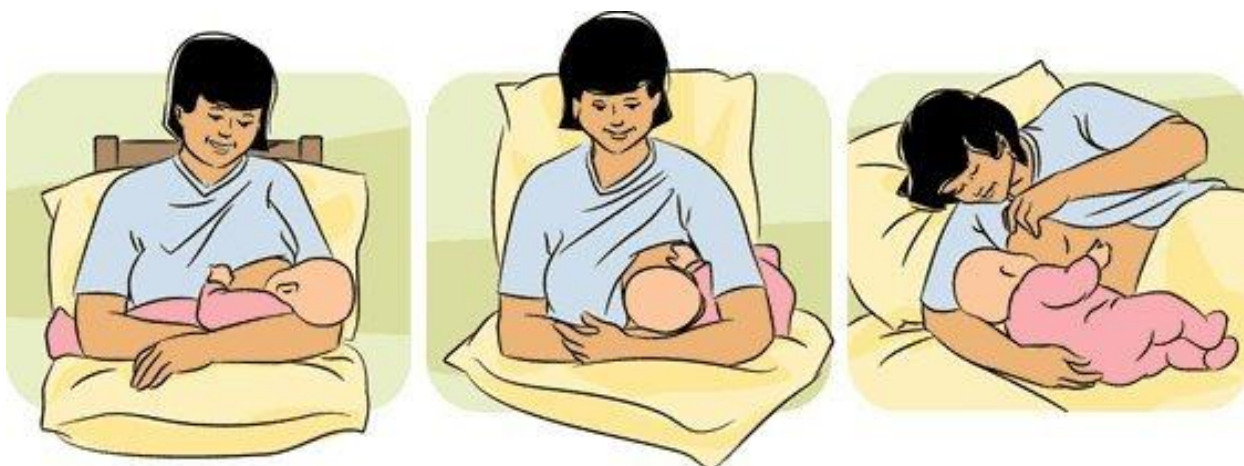
**Amamentar Deitada**

- A mãe deverá deitar-se sobre o lado da mama que vai oferecer ao bebé;
- A mão do lado oposto deverá segurar o mamilo entre o polegar e o indicador, ou entre um indicador e o dedo médio, entre os quais fica o mamilo e a auréola que aproxima a boca do bebé;
- Com os dedos, a mãe deve procurar impedir que o seio bloqueie as narinas do bebé, para lhe permitir respirar bem;
- Procura-se ainda com a manobra anterior, que as gengivas e os lábios se comprimam contra a aréola e não apertem o mamilo que será empurrado contra o palato do bebé. Por vezes se a mãe está deitada, uma almofada colocada por trás do bebé facilita a manutenção da boca contra a mama da mãe.



### Amamentar Sentada


- Colocar uma almofada no seu colo, para que o bebê fique à altura do peito sem cansaço para a mãe.
- Quando a mãe necessitar de interromper a sucção deverá introduzir o dedo mindinho no canto da boca do bebê, antes de o afastar da mama. Evita assim, a manutenção da sucção, que, aquando da descompressão súbita, lhe poderá ser desagradável ou mesmo dolorosa.



**Elaborado por:**

**Revisto por:**

**Aprovado por:**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Colocar o Bebê à Mama</b>  <b>Pega Correcta / Pega Incorrecta</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

- Promover a amamentação.

**CONCEITO:**

A mãe deve procurar posicionar-se da forma mais confortável possível, para ela e para o bebé, apoiando o melhor possível a sua coluna. Deve escolher um ambiente agradável e não ter pressa, mantendo-se calma e relaxada.

**DESCRIÇÃO:**

**- Pega correcta:**

- A mãe deve sustentar a mama com a mão em forma côncava (4 dedos sob a mama e o polegar sobre ela, todos colocados na margem externa da aréola);
- Colocar a ponta do mamilo junto ao lábio inferior do bebé, estimulando a abertura da boca (reflexo perioral). Quando a boca estiver bem aberta e a língua rebaixada, a mãe deve levar rapidamente o bebé para o mamilo;
- Nos primeiros dias é importante que a mãe continue a apoiar a mama durante a mamada, o que ajuda a prevenir a inflamação dos mamilos.

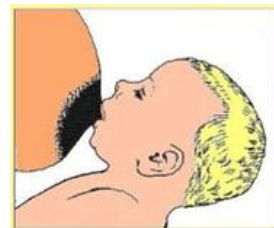
**- Pega eficaz:**

- Pode ver-se mais aréola acima da boca do bebé do que abaixo;
- A boca do bebé está bem aberta;
- O lábio inferior está virado para fora;
- O queixo do bebé toca na mama;
- As bochechas estão redondas;
- Ouve deglutir durante a mamada.




**- Pega incorrecta:**

- O queixo do bebé não toca na mama;
- A boca não está bem aberta;
- O lábio inferior encontra-se voltado para dentro;
- As bochechas estão tensas ou com “covinhas” à proporção da sucção;
- Vê-se mais aréola abaixo da boca do bebé ou a mesma quantidade acima e abaixo;
- Ouve estalidos durante a mamada.



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	Elaborado em:	
	<b>Horário de Amamentação</b>	Norma n.º:	
		Rever em:	

### **OBJECTIVO:**

- Promover a amamentação.

### **CONCEITO:**

Em condições normais, o momento ideal para colocar o bebé ao peito é logo após o nascimento ou na primeira meia hora que se segue ao parto. Esta constitui a melhor forma de dar as “boas vindas à vida” e de se iniciar um conhecimento recíproco.

### **DESCRIÇÃO:**

**Horário** (tempo de amamentação):

- Os recém-nascidos devem mamar quantas vezes quiserem (horário livre);
- A maioria dos recém-nascidos, necessita de 8 a 10 mamadas, em cada 24 horas para ganhar peso adequadamente;
- Se necessário, os pais devem acordar os bebés para mamar, no mínimo a cada 3 horas durante o dia e noite, (a frequência é determinada pela contagem a partir do início de uma mamada até ao início da próxima);
- A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebés mamam 90% do que necessitam em 4 minutos;
- Perceber se o bebé está a obter leite da mama da mãe e não está a fazer da mama uma chucha, pois isto pode macerar os mamilos, criar fissuras e levar a mãe a desistir da amamentação;
- O bebé deve esvaziar uma mama em cada mamada, só se continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama. O leite no final da mamada contém uma maior quantidade de gordura, por isso, esvaziar totalmente a mama é o segredo para uma

melhor e maior produção de leite;


- Na mamada seguinte deve-se oferecer a mama que estiver mais cheia (se mamou das duas mamas, oferecer a última, se mamou apenas numa, oferecer a oposta).



**Elaborado por:**

**Revisto por:**

**Aprovado por:**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Aumentar a Produção de Leite</b>	Elaborado em:	
		Norma nº:	
		Rever em:	

### **OBJECTIVO:**

- Aumentar a produção de leite materno.

### **CONCEITO:**

Quando o bebé chora mais do que é habitual, quer sugar mais frequentemente, demora muito a mamar ou adormece a mamar, são motivos que levam frequentemente as mães a pensar que o seu leite é insuficiente. A maioria das vezes o problema é a falta de confiança da mãe no seu leite e não a insuficiência real do mesmo.

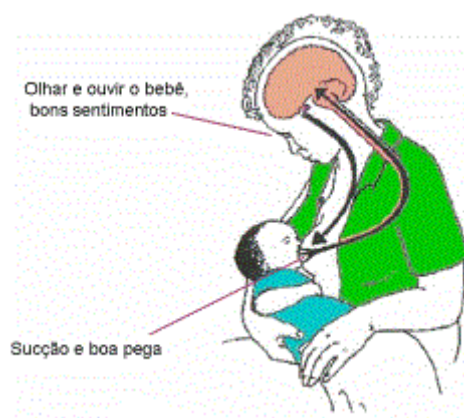
A redução da produção de leite pode acontecer por as mães quererem amamentar o bebé num horário rígido ou trocarem de mama antes da primeira não estar totalmente vazia, o que faz com que o bebé não ingira a quantidade suficiente de gordura que está no final da mamada para que fique satisfeito.

### **DESCRIÇÃO:**

#### **- Para aumentar a produção de leite:**

- A mãe deve amamentar o bebé sempre que ele tenha fome e deseje (horário livre);
- Se a mãe não estiver com o bebé, pelo menos retirar o leite a cada 2 a 3 horas durante o dia e cada 3 a 4 horas durante a noite. Procurar fazer expressão de cada mama cerca de 15 minutos;
- Amamentar também de noite (a libertação de prolactina é superior durante a noite);
- Se fumadora, eliminar ou diminuir o consumo de cigarros, pois estes reduzem a produção de leite;
- Beber líquidos suficientes para satisfazer a sede (mais ou menos 8 copos/dia);
- Dieta equilibrada, mantendo uma ingestão calórica de 500 calorias acima da necessidade calórica normal;


- Incentivar o repouso da mãe;
- Usar técnicas de relaxamento;
- Aplicar compressas mornas nos seios aproximadamente 5 minutos antes de iniciar a extração do leite;
- Acordar o bebé e não o agasalhar muito, pois isso favorece o adormecimento;
- Examinar o posicionamento e a técnica da pega e a sucção do bebé;
- O bebé deve esvaziar uma mama até ao fim, só depois é que a mãe deve oferecer a outra. Na mamada seguinte deve alternar.



**Elaborado por:**

**Revisto por:**

**Aprovado por:**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Recolha de Leite Materno</b>  <b>Extracção Manual</b>	Elaborado em:	
		Norma nº:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

- Permitir uma correcta recolha de leite materno;
- Promover a amamentação.

**CONCEITO:**

A recolha manual do leite materno, deve ocorrer sempre que ao mamar o bebé não retire a totalidade do leite das mamas ou sempre que por complicações materna ou patologia do bebé a sua extracção não seja possível.


**DESCRIÇÃO:**

**Extracção Manual de Leite Materno:**

- Lavagem das mãos com água e sabão antes e após a recolha do leite;
- Fazer expressão de algumas gotas de leite, humedecendo o mamilo e a aréola antes de iniciar a extracção do leite, pois previne as fissuras do mamilo;
- Colocar o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador sob a aréola mamária, e pressionar em direcção ao tórax (não deve deslizar os dedos para não magoar);
- Pressionar e soltar de seguida, não deve sentir dor (se sentir é porque não está a aplicar a técnica correctamente);
- Rodar os dedos para massajar todos os locais;
- O leite deve começar a sair gradualmente;
- Fazer a expressão do leite até sentir a mama flácida;
- Após a recolha do leite, o recipiente que o contém deverá ser previamente identificado, com a data e a hora;
- Caso esse leite não seja logo utilizado, deverá ser congelado e armazenado;
- O seu transporte deve realizar-se em sacos térmicos, devidamente acondicionado, para que evite a sua exposição a grandes variações de temperatura.



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Recolha de Leite Materno</b>  <b>Extracção com Bomba</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

- Permitir uma correcta recolha de leite materno;
- Promover a amamentação.

**CONCEITO:**

A recolha do leite materno com bomba extractora, deve ocorrer sempre que o bebé mamar e não retire a totalidade do leite das mamas ou sempre que houver complicações maternas ou patologia do bebé e a sua extracção não seja possível.

**DESCRIÇÃO:**

**Extracção do Leite Materno com Bomba:**

- Lavagem das mãos com água e sabão antes e após a recolha do leite;
- A higiene da mama é feita diariamente durante o banho;
- Fazer expressão de algumas gotas de leite, humedecendo o mamilo e a aréola antes de iniciar a extracção do leite, pois previne as fissuras do mamilo;
- Adaptar a bomba à mama, seguindo as recomendações do fabricante;
- Cada utilização da bomba de leite corresponde à sua respectiva limpeza e esterilização, consoante as recomendações do fabricante do aparelho;
- Após a recolha do leite, o recipiente que o contém deverá ser previamente identificado, com a data e a hora;
- Caso esse leite não seja logo utilizado, deverá ser congelado e armazenado;
- O seu transporte deve realizar-se em sacos térmicos, devidamente acondicionado, para que evite a sua exposição a grandes variações de temperatura.



Extracção com Bomba Manual




Extracção com Bomba Eléctrica

**Elaborado por:**

**Revisto por:**

**Aprovado por:**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Armazenamento e Conservação do Leite Materno</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

### **OBJECTIVO:**

- Conservar e armazenar o leite materno, em condições, de forma a preservar as suas características;
- Promover a amamentação.

### **CONCEITO:**

O leite materno altera-se com muita facilidade. Sempre que possível utilizar leite fresco ou sem ser congelado, pois o congelamento destrói alguns componentes imunológicos do leite materno. No entanto quando o bebé não consegue fazer o esvaziamento satisfatório das mamas, ou quando a mãe está a trabalhar, torna-se necessário fazer a extracção e congelamento do leite.

### **DESCRIÇÃO:**

#### **- Armazenamento do leite materno:**


- Armazenar o leite em quantidades fraccionadas de acordo com as necessidades nutricionais do bebé, evitando assim o desperdício de leite;
- Nunca adicionar o leite recém-retirado ao leite extraído previamente;
- O leite extraído deverá ser armazenado em sacos/recipientes próprios (se for para congelar) ou frascos/biberão esterilizados (se for para consumir nas próximas 24 horas);
- Os sacos deverão ser identificados com a data e hora da recolha.

**- Conservação do leite materno:**

- Temperatura ambiente: 6 horas;
- Frigorífico (0 e 4°C) : 24 horas (se até 24 horas este leite não for consumido, deverá ser congelado);
- Congelador ou arca congeladora: máximo de 3 meses. Para congelar o leite, deve usar recipientes adequados, que poderá adquirir numa farmácia;
- Quando armazenar o leite, tenha em atenção, que o deverá identificar com a data na qual foi extraído, para poder utilizar sempre em primeiro o leite extraído há mais tempo;
- Depois de descongelado, terá de usar o leite num período de 24 horas;
- Não volte a congelar leite que já foi descongelado.
- Sempre que possível não congelar leite materno em recipiente de vidro, utilizar preferencialmente sacos de plástico para este efeito;
- Os recipientes para congelação não devem ficar totalmente cheios, evitando o risco de extravasamento, de leite.



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Descongelamento e Aquecimento do Leite Materno</b>	Elaborado em:	
		Norma n°:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

- Descongelar e aquecer o leite materno em condições de forma a preservar as suas características;
- Promover a amamentação.

**CONCEITO:**

O leite materno altera-se com muita facilidade. Sempre que possível utilizar leite fresco ou sem ser congelado, pois o congelamento destrói alguns componentes imunológicos do leite materno. No entanto quando o bebé não consegue fazer o esvaziamento satisfatório das mamas, ou quando a mãe está a trabalhar, torna-se necessário fazer a extracção e congelamento do leite.

**DESCRIÇÃO:**

**- Descongelamento do leite materno:**


- O descongelamento do leite tem de ser feita dentro do frigorífico (o calor excessivo destrói enzimas e proteínas);
- Uma vez descongelado o leite materno não poderá voltar a ser congelado;
- Descongelar a quantidade total (as gorduras separam-se ao congelar);
- Depois de descongelado o leite materno deve ser utilizado nas 24 horas seguintes.

**- Aquecimento do leite materno:**

- O aquecimento do leite materno pode ser realizado em água morna (Banho-Maria).



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Mamilos Planos e/ou Invertidos</b>	Elaborado em:	
		Norma nº:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

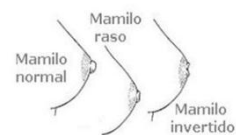
- Proporcionar à mãe estratégias para amamentar.

**CONCEITO:**


Algumas mães pensam que os mamilos são muito pequenos para amamentar, mas o tamanho dos mamilos em repouso não é importante, dado que o mamilo é só um terço da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca, para sugar plenamente.

**DESCRIÇÃO:**

- Rodar o mamilo entre os dedos de modo a que este fique mais saliente;
- Caso seja necessário, estimular a proeminência do mamilo com uma bomba ou uma seringa de 20ml invertida várias vezes ao dia, durante 30 a 60 segundos e sempre antes de ir amamentar;
- Deixar o bebé fazer a pega livremente;
- Caso a mama esteja muito cheia, retirar uma porção de leite antes de colocar o bebé à mama, o que facilita a sua pega posteriormente;
- Estimular o bebé a mamar, colocando um pouco de leite na sua boca, pois este ao provar o leite fica mais motivado para mamar.
- Evitar o uso de tetinas e de chuchas, para evitar que o bebé tenha maior dificuldade em pegar na mama.



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Ingurgitamento Mamário</b>  <b>Prevenção</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

**OBJECTIVOS:**

- Prevenir o ingurgitamento mamário.

**CONCEITO:**

Quando se dá a “subida” do leite (entre o 2º/3º dia) as mamas podem ficar quentes, mais pesadas e duras devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e fluídos nos tecidos da mama. A mãe pode ter um ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa em regra os 38°C durante 24 horas.

**DESCRIÇÃO:**

**- Prevenir o ingurgitamento mamário:**


- Dar de mamar em horário livre (sempre que o bebé queira);
- Colocar o bebé a mamar em posição correcta e verificar os sinais de boa pega;
- Usar roupas confortáveis e soutien próprio para a amamentação.

**A mãe deve estimular o reflexo da ocitocina:**

- Manter-se descontraída e com o bebé por perto;
- Aplicar compressas quentes ou chuveiro com água morna, massajando suavemente os pontos que se encontram endurecidos e com movimentos circulares (em relação ao mamilo);
- Beber uma bebida morna (evitar café, chá preto ou cacau).



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Ingurgitamento Mamário</b>  <b>Tratamento</b>	Elaborado em:	
		Norma nº:	
		Rever em:	

### **OBJECTIVOS:**

- Tratar o ingurgitamento mamário.

### **CONCEITO:**

Quando se dá a “subida” do leite (entre o 2º/3º dia) as mamas podem ficar quentes, mais pesadas e duras devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e fluidos nos tecidos da mama. A mãe pode ter um ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa em regra os 38°C durante 24 horas.


### **DESCRIÇÃO:**

#### **- Tratar o ingurgitamento mamário:**

- Usar soutien com bom suporte durante 24 horas por dia;
- Lavar as mãos cuidadosamente antes de tocar nas mamas;
- Usar técnicas de relaxamento (música suave, respiração profunda, etc.);
- Colocar o bebé a mamar primeiro na mama que estiver mais cheia;
- Se após amamentar a mama continuar congestionada, deve esvaziá-la manualmente ou com ajuda de bomba extractora de leite até se sentir bem;
- Se depois de retirar o leite, as mamas apresentarem edema, aplicar compressas frias ou gelo protegido, por 5 minutos, suspender por 2 minutos e voltar a aplicar por mais 5 minutos;
- Extrair o leite de 3 em 3 horas durante o dia e de 3 a 4 horas durante a noite.



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras</b>  <b>Prevenção</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

**OBJECTIVOS:**

- Prevenir os mamilos dolorosos e/ou com fissuras.

**CONCEITO:**

Os mamilos têm um tecido sensível e facilmente friável, o que pode tornar a amamentação dolorosa e interferir com o sucesso desta. Isto ocorre quando a pega é feita de modo incorrecto, levando a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menos frequência.


**DESCRIÇÃO:**



**- Prevenir os mamilos dolorosos e/ou com fissuras:**

- Colocar o bebé numa posição correcta (cabeça em linha recta com o corpo, face de frente para o mamilo);
- Verificar se o bebé faz uma boa pega;
- Não lavar os mamilos antes e após as mamadas (a higiene da mama deverá ser feita diariamente durante o banho);
- No início e no final das mamadas devem aplicar-se algumas gotas de leite materno no mamilo e aréola, deixando secar ao ar;
- Evitar interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
- Sempre que se tenha de interromper a mamada, deve colocar-se um dedo suavemente na boca do bebé, de modo a interromper a sucção.

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Bloqueio do Ducto Galactóforo</b>  <b>Prevenção</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

- Prevenir o bloqueio do ducto.

**CONCEITO:**

Ocasionalmente um ducto galactóforo pode obstruir pela presença de leite espesso. Isto ocorre quando há traumatismo na mama, ou quando o bebé ao mamar não esvazia uma parte da mesma, originando a que essa área fique mais sensível, quente e dolorosa, o que resulta no aparecimento de um nódulo.

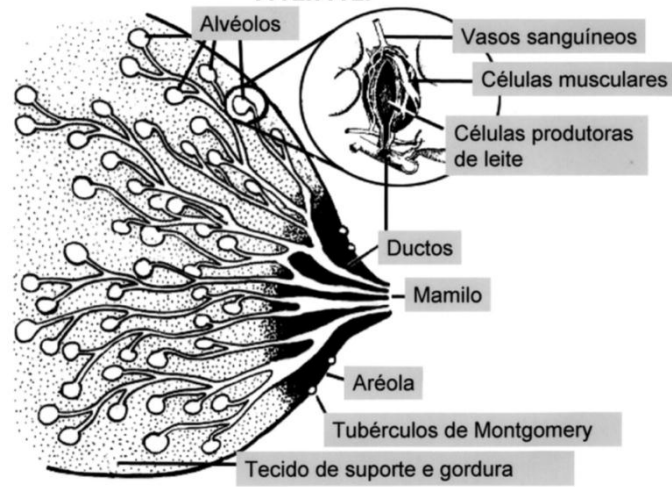
A mãe não tem febre e sente-se bem.

**DESCRIÇÃO:**

**- Prevenir o bloqueio do ducto:**

- Esvaziar as mamas;
- Usar soutien confortável e não demasiadamente apertado;
- Posicionamento correcto durante a amamentação;
- Amamentar em diferentes posições;
- Utilizar roupas largas e um soutien que apoie, mas não comprima.

## Representação esquemática da mama




Adapted from *Breastfeeding Counselling, a training course*, WHO/CHD/93.4, UNICEF/NT/93.2

**Elaborado por:**

**Revisto por:**

**Aprovado por:**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Mastite</b>  <b>Prevenção</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

- Prevenir a mastite infecciosa.

**CONCEITO:**

A principal causa da mastite é a má drenagem de toda ou de uma parte da mama por bloqueio do ducto. Ocorre ingurgitamento grave e posteriormente infecção.

A infecção pode também ocorrer por entrada de bactérias no tecido mamário, pela presença de gretas nos mamilos. Na mastite a mama fica dolorosa, avermelhada, quente e tumefacta. Habitualmente existe febre elevada e um grande mal-estar geral.

**DESCRIÇÃO:**

**Prevenir a mastite infecciosa:**

- Tratar o ingurgitamento, mamilos gretados ou bloqueio do ducto;
- Evitar a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação;
- Evitar roupas que comprimam a mama.



<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Mastite</b>  <b>Tratamento</b>	Elaborado em:	
		Norma n°:	
		Rever em:	

**OBJECTIVO:**

- Tratar a mastite.

**CONCEITO:**

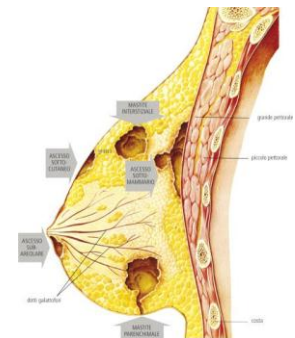
A principal causa da mastite é a má drenagem de toda ou de uma parte da mama por bloqueio do ducto. Ocorre ingurgitamento grave e posteriormente infecção.

A infecção pode também ocorrer por entrada de bactérias no tecido mamário, pela presença de fissuras nos mamilos. Na mastite a mama fica dolorosa, avermelhada, quente e tumefacta. Habitualmente a mãe tem febre elevada e sente um grande mal-estar geral.

**DESCRIÇÃO:**

**- Tratar a mastite:**


- Repouso da mãe;
- Amamentar do lado não afectado;
- Retirar o leite manualmente ou com bomba do lado afectado;
- Massajar e aplicar compressas mornas na mama lesada.



**ATENÇÃO:**

É necessária prescrição de antibiótico quando se trata de uma mastite infecciosa. Nesta situação, poderá ser necessária a interrupção da amamentação.

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>  <b>Alimentação Materna</b>	Elaborado em:	
		Norma n.º:	
		Rever em:	

### **OBJECTIVO:**

- Instruir acerca de uma alimentação saudável durante a amamentação.

### **CONCEITO:**

Sendo o aleitamento materno essencial para o crescimento e desenvolvimento do bebé, a alimentação da mãe não é menos importante.

No período de amamentação, as necessidades de energia aumentam no que se diz respeito aos requisitos normais, devido aos gastos de energia exigidos para que aconteça a produção do leite pelas glândulas mamárias.

A amamentação, para além dos benefícios para o bebé, também contribui para que a mãe comece a perder peso até o seu peso ideal, pois a mãe que amamenta gasta muito mais energia para produzir o leite.

Uma alimentação considerada saudável para a mãe não difere de uma alimentação saudável para a restante população. É importante que a mãe compreenda os princípios de uma alimentação saudável, para que possa encontrar mecanismos próprios e estratégias, que tornem as suas escolhas do dia-a-dia mais acertadas para a promoção da sua saúde e a do seu bebé.

### **DESCRIÇÃO:**

#### **Alimentação Saudável**

- Fazer 6 a 7 refeições por dia (pequeno-almoço, 1 ou 2 lanches da manhã, almoço, 1 ou 2 lanches da tarde, jantar, ceia);
- Não fazer intervalos superiores a 3h30 entre as refeições;
- Mastigar calmamente;
- Evitar o consumo de alimentos açucarados, salgados ou com muita gordura. Se estes aparecerem em substituição de alimentos saudáveis, para além de prejudicarem a sua saúde interferem na produção do leite;

- Não consumir bebidas alcoólicas nem bebidas com cafeína;
- Hidratação é fundamental para a sua saúde da puérpera e para garantir a produção de leite. Devem ingerir pelo menos 2l de água por dia;
- Ter uma alimentação variada, completa e equilibrada, segundo as recomendações da Roda dos Alimentos:

- 3-5 porções de hortícolas
- 3-5 porções de fruta
- 1-3 porções de gorduras e óleos
- 2-3 porções de lacticínios
- 1,5 a 4,5 porções de carne, pescado e ovos
- 1-2 porções de leguminosas
- 4-11 porções de cereais, derivados e tubérculos



### Uma porção representa:

- ☺ Hortícolas
  - ✓ 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g)
  - ✓ 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)
- ☺ Fruta
  - ✓ 1 peça de fruta –tamanho médio (160g)
  - ✓ Gorduras e óleos
    - ✓ 1 colher de sopa de azeite/óleo (10g)
    - ✓ 1 colher de chá de banha (10g)
    - ✓ 4 colheres de sopa de nata (30ml)
    - ✓ 1 colher de sobremesa de manteiga/margarina (15g)
- ☺ Lacticínios
  - ✓ 1 chávena almoçadeira de leite (250ml)
  - ✓ 1 iogurte líquido ou 1 ½ iogurte sólido (200g)
  - ✓ 2 fatias finas de queijo (40g)
  - ✓ ¼ queijo fresco –tamanho médio (50g)
  - ✓ ½ requeijão –tamanho médio (100g)
- ☺ Carnes, pescado e ovos
  - ✓ Carnes/pescado crus (30g)
  - ✓ Carnes/pescado cozinhados (25g)
  - ✓ 1 ovo –tamanho médio (55g)

☺ Leguminosas

- ✓ 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g)
- ✓ 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g)
- ✓ 3 colheres de sopa de leguminosas secas/frescas cozinhadas (80g)

☺ Cereais e derivados, tubérculos

- ✓ 1 pão (50g)
- ✓ 1 fatia fina de broa (70g)
- ✓ 1 e ½ batata –tamanho médio (125g)
- ✓ 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g)
- ✓ 6 bolachas Maria/água e sal (35g)
- ✓ 2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35g)
- ✓ 4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (110g)

**Durante o período de amamentação deve evitar:**

- ⇒ Alimentos açucarados, salgados ou com muita gordura, bebidas alcoólicas, bebidas e alimentos com cafeína;
- ⇒ Alimentos que as mães percebam que causam transtornos no bebé (gases, choro, irritação, dificuldades em dormir, recusa ao leite), após a ingestão por parte da mãe;
- ⇒ É importante que as mães estejam atentas, pois não é necessário fazer restrições alimentares sem certezas garantidas;
- ⇒ Os alimentos que causem alergia à mãe ou ao pai podem causar alergia no bebé, pelo que será importante evitá-los. Exemplo de alguns alimentos que causam mais frequentemente alergia são: leite e derivados, trigo, certos frutos (morango, kiwi, laranja, toranja, limão, tangerina), milho, frutos gordos (nozes, avelãs, amendoins, amêndoas) e mariscos.

**ATENÇÃO:**

**Brócolos, couves, couve-flor, couve-de-bruxelas, repolho, pimentos, pepino, nabo →**  
Podem alterar o sabor do leite e causar formação de gases e irritação do bebé.

**Cebola e alho crus →** Podem alterar o sabor do leite.

Os bebés podem ou não gostar do sabor, pelo que se deve estar atento às suas reacções.

**Leite e derivados (iogurtes, queijo, requeijão e manteiga) →** Podem causar reacções alérgicas no bebé, sobretudo se houver história familiar de alergia a estes alimentos. Sintomas: diarreia, irritações de pele, desconforto, gases, tosse.

**Chocolate →** Pode causar uma reacção alérgica no bebé, irritabilidade e aumentar os seus movimentos intestinais.

**Cítrinos (laranja, toranja, limão, tangerina), os morangos e o kiwi →** Podem causar reacções alérgicas no bebé, sobretudo se houver história familiar de alergia a estes alimentos. Sintomas: diarreia, irritações de pele, desconforto, gases, tosse.

**Leguminosas (ervilhas, feijões, grão-de-bico, favas e lentilhas) →** Pode causar uma reacção alérgica no bebé, irritabilidade e aumentar os gases intestinais.

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
-----------------------	---------------------	----------------------

## BIBLIOGRAFIA

- BÉRTOLO, H.; LEVY, L. – Manual do Aleitamento Materno, UNICEF, Lisboa: 2008, 41p.
- [www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfyb\\_portuguese2.pdf](http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfyb_portuguese2.pdf)
- [www.fiocruz.br/redeblh/media/albam.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/albam.pdf)
- [www.sosamentacao.org.pt](http://www.sosamentacao.org.pt)
- [www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf)

### Imagens

#### Capa

- <http://elismazinha.blogspot.com/2011/04/amamentacao-bom-para-mamae-e-para-o.html>

#### Norma “Amamentar Deitada/Amamentar Sentada”

- <http://brasil.babycenter.com/baby/amamentacao/posicoes-amamentar/>
- <http://maternarconsciente.blogspot.com/2011/05/afinal-pode-ou-nao-amamentar-deitada.html>

#### Norma “Pega Correcta/Pega Incorrecta”

- <http://www.mamaecia.com.br/tag/pega-correta-do-peito/>
- <http://rafarafaelinha.blogspot.com/p/o-grande-segredo-da-amamentacao.html>

#### Norma “Horário de Amamentação”

- [http://carinhoacadapasso.com.br/index.php/posts/p/amamentacao\\_ato\\_sublime\\_de\\_amor](http://carinhoacadapasso.com.br/index.php/posts/p/amamentacao_ato_sublime_de_amor)

#### Norma “Aumentar a Produção de Leite”

- <http://www.bemgerar.com/comooleiteeproduzido.html>

#### Norma “Recolha do Leite Materno - Extração Manual”

- <http://www.mamaeteama.com/blog/amamentacao/retirada-e-estocagem-de-leite-materno>

#### Norma “Recolha do Leite Materno - Extração com Bomba”

- [http://guiadobebe.uol.com.br/novidades/bomba\\_manual\\_de\\_extracao\\_de\\_leite\\_\\_nuk.htm](http://guiadobebe.uol.com.br/novidades/bomba_manual_de_extracao_de_leite__nuk.htm)
- <http://sobretudo.org/como-extrair-leite-materno-bomba-eletrica-manual.html>

#### Norma “Armazenamento e Conservação do Leite Materno”

- [http://loja.dbarriga.pt/catalog/list/categoria\\_id/63/page/2](http://loja.dbarriga.pt/catalog/list/categoria_id/63/page/2)
- <http://www.inutero.pt/produtos/>

#### Norma “Descongelamento e Aquecimento do Leite Materno”

- <http://bazarnatalino.blogspot.com/2010/11/rechaud-inox-banho-maria-8l-brinox.html>

Norma “Mamilos Planos e/ou Invertidos”

- <http://maternajapao.blogspot.com/2009/09/amamentar-com-mamilos-planos-ou.html>

Norma “Ingurgitamento Mamário – Prevenção”

- <http://www.maylu.com.br/2009/09/ingurgitamento-mamario.html>

Norma “Ingurgitamento Mamário – Tratamento”

- <http://espacomamae.wordpress.com/2008/10/02/amamentacao-do-ponto-de-vista-da-mamae/>

Norma “Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras – Prevenção”

- <http://alimentandosaudeam.blogspot.com/2009/11/dificuldades-e-problemas-mais-comuns.html>

Norma “Bloqueio do Ducto Galactóforo – Prevenção”

- [http://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf)

Norma “Mastite – Prevenção”

- <http://consultoraemamamentacao.blogspot.com/2011/04/estou-com-mastite-posso-continuar.html>

Norma “Mastite – Tratamento”

- <http://www.corriere.it/salute/dizionario/mastite/gallery.shtml>

Norma “Alimentação Materna”

- [http://web.educom.pt/pr1305/alimenta\\_rodas3.htm](http://web.educom.pt/pr1305/alimenta_rodas3.htm)

## Questionário de Satisfação aos Pais da UCSP de Alenquer que utilizam a “Salinha do Aconchego”



O meu nome é Maria João Oliveira, sou Enfermeira e encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

No âmbito do Projecto subordinado à temática da Parceria nos Cuidados, surgiu a implementação da “Salinha do Aconchego” e a conseqüente necessidade de avaliar o espaço criado, pelo que solicito a vossa colaboração no preenchimento deste questionário.

Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização de uma escala de 1 a 4, assinalando com um **X** a resposta com a qual se identifica.

A sua colaboração é muito importante.

Obrigada.

**1- Discordo Totalmente   2- Discordo   3- Concordo   4- Concordo Totalmente**

**1- A implementação da “Salinha do Aconchego” no Centro de Saúde de Alenquer é uma mais-valia, para as crianças/pais que dela usufruem.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

**2- A “Salinha do Aconchego” é um espaço terapêutico importante no Centro de Saúde.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

**3- A interacção com outros pais/mães/crianças e a conseqüente partilha de experiências que a “Salinha do Aconchego” permite é um benefício para todos.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

**4- A “Salinha do Aconchego” encontra-se num espaço apropriado ao objectivo a que se destina.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

**5- A “Salinha do Aconchego” encontra-se numa localização adequada no Centro de Saúde de Alenquer.**

Discordo Totalmente    Discordo    Concordo    Concordo Totalmente

**6- A decoração da “Salinha do Aconchego” torna o ambiente agradável e é adaptada à temática terapêutica que desenvolve.**

Discordo Totalmente     Discordo     Concordo     Concordo Totalmente

**7- A(s) Enfermeira(s) mostram-se disponíveis para a(o) apoiar, esclarecer, treinar e instruir na “Salinha do Aconchego”, promovendo a amamentação e a capacitação parental.**

Discordo Totalmente     Discordo     Concordo     Concordo Totalmente

**8- A(s) Enfermeira(s) demonstram conhecimentos pertinentes, sedimentados e fundamentados acerca da Amamentação.**

Discordo Totalmente     Discordo     Concordo     Concordo Totalmente

**9- O material existente na “Salinha do Aconchego” é o adequado para o fim a que se destina.**

Discordo Totalmente     Discordo     Concordo     Concordo Totalmente

**10- Observações / Sugestões**

---

---

---

---

---

---

En<sup>ª</sup> Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: En<sup>ª</sup> ESIP Cristina Perguiça

Prof<sup>ª</sup> Zaida Charepe



## **ANEXO VII**

Painel informativo “Modelo de Parceria nos Cuidados Vs Processo de Enfermagem” realizado no Centro de Saúde

# Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey

Vs

## Processo de Enfermagem



**PLANEAMENTO**  
Discute e define:

1. Quando os Cuidados Familiares devem ser executados e por quem.
2. Objectivos dos Cuidados de Enfermagem e métodos de avaliação.
3. Planos para o Ensino e Apoio à Criança/Pais.



**DESCRIÇÃO**  
A descrição deve conter:

1. Criança: exame físico e objectivo, experiências anteriores.
2. Família: estrutura, se os pais desejam permanecer e ser envolvidos nos cuidados à criança e em quais desejam participar.
3. Cuidados Familiares: estabelecer quem faz o quê e quando.

**Nota:** Identificar necessidades de apoio, de conhecimentos e de ensinios da Criança/Família, bem como a necessidade de referência a outros membros da equipa.



**IMPLEMENTAÇÃO**  
Inclui:

1. Apoio e assistência à Criança/Família.
2. Execução dos Cuidados Familiares ou de Enfermagem conforme o plano.
3. Desenvolver programas de Ensino. Reflectir e conferenciar com outros membros da equipa.

**AVALIAÇÃO**

1. Insistir na cooperação entre Criança/Família e avaliar as suas necessidades para maior Apoio e Ensino.
2. Identificar e registar as consequências das intervenções, planeando mudanças em conjunto com a família.

Maria João Oliveira  
Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediatrica  
Orientado por: Enfermeira D.ª Cristina Pargulha  
Professora Tilda Chaves

CASEY, A. (2005) - Development and Use of the Partnership Model of Nursing Care

## **ANEXO VIII**

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação –  
Que Importância?” dirigida aos pais no Centro de Saúde



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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



**SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**  
**“AMAMENTAÇÃO – QUE IMPORTÂNCIA?”**

**Aluna:** Enfermeira Maria João Oliveira

**Sob orientação de:** Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
Professora Zaida Charepe

**Alenquer, Junho de 2011**

## ÍNDICE

	P.
1. Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação – Que Importância?” .....	181
2. Material de Divulgação da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação – Que Importância?” .....	185
3. Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação – Que Importância?” .....	189
4. Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação – Que Importância?” .....	195
5. Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Amamentação – Que Importância?” .....	197

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### “AMAMENTAÇÃO – QUE IMPORTÂNCIA?”



	FORMADOR	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Maria João Oliveira	Apresentação do tema; Contextualização da formação; Exposição dos objectivos.	Expositivo	Computador Vídeo Projector	5'
<b>DESENVOLVIMENTO</b>		Vantagens do Leite Materno; Como funciona a Amamentação? Produção de Leite Materno; Composição do Leite Materno; Posições de Amamentar; Pegas; Ingurgitamento Mamário; Recolha e Acondicionamento do Leite Materno; Bloqueio dos Ductos; Mastite; Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras; Pouco Leite/Choro do Bebê; Alimentação da Mãe.	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector	45'
<b>CONCLUSÃO AVALIAÇÃO</b>		Considerações finais; Realização de um questionário de avaliação da sessão.	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector Questionário	10'

## PLANO DE SESSÃO

TEMA - AMAMENTAÇÃO - QUE IMPORTÂNCIA?

FORMADORA - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa)

DESTINATÁRIOS - Pais que recorrem à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alenquer

LOCAL - Centro de Saúde de Alenquer

DATA e HORA - 14 de Junho de 2011 às 16h

DURAÇÃO - 60 minutos

### OBJECTIVOS

- Sensibilizar para a importância da amamentação;
- Promover a amamentação;
- Prevenir o abandono da amamentação;
- Esclarecer dúvidas acerca da amamentação.

### CONTEÚDOS

- ◆ Vantagens do Leite Materno
- ◆ Como funciona a Amamentação?
- ◆ Produção de Leite Materno
- ◆ Composição do Leite Materno
- ◆ Posições de Amamentar
- ◆ Pegas
- ◆ Ingurgitamento Mamário
- ◆ Recolha e Acondicionamento do Leite Materno
- ◆ Bloqueio dos Ductos
- ◆ Mastite
- ◆ Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras
- ◆ Pouco Leite/Choro do Bebê
- ◆ Alimentação da Mãe

METODOLOGIA - Método expositivo, interrogativo e interactivo

AVALIAÇÃO - Realização de um questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

## CONVITE

SESSÃO DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE

**AMAMENTAÇÃO -  
QUE IMPORTÂNCIA?**



14 de Junho de 2011 às  
16h

Centro de Saúde de Alenquer

**VENHA ASSISTIR À  
SESSÃO DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE**

**AMAMENTAÇÃO - QUE  
IMPORTÂNCIA?**

### CONTEÚDOS

- ◆ Vantagens do Leite Materno
- ◆ Como funciona a Amamentação?
- ◆ Produção de Leite Materno
- ◆ Composição do Leite Materno
- ◆ Posições de Amamentar
- ◆ Pegas
- ◆ Ingurgitamento Mamário
- ◆ Recolha e Acondicionamento do Leite Materno
- ◆ Bloqueio dos Ductos
- ◆ Mastite
- ◆ Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras
- ◆ Pouco Leite/Choro do Bebê
- ◆ Alimentação da Mãe

**CONTAMOS COM A SUA  
PRESENÇA**

# AMAMENTAÇÃO – QUE IMPORTÂNCIA?

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**DESTINATÁRIOS** - Pais que recorrem à UCSP de Alenquer



**LOCAL** - Centro de Saúde de Alenquer

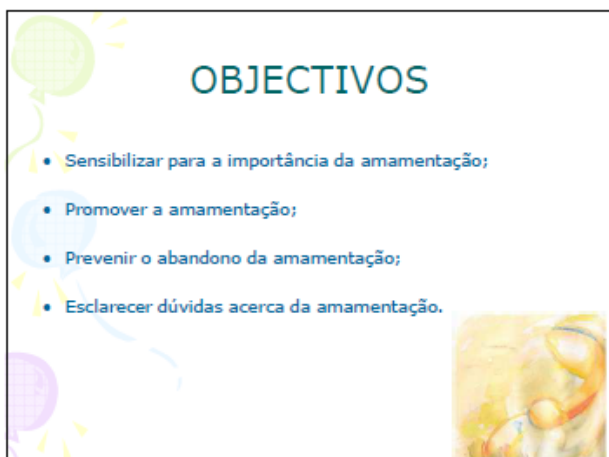
**DATA** - 14 de Junho de 2011

**HORA** - 16h



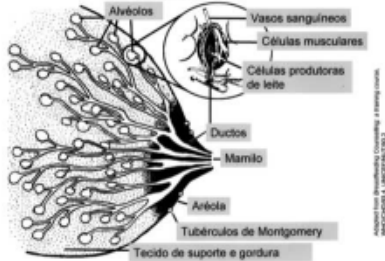
**FORMADORA** - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem  
- Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientado por: Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
Professora Zaida Charepe



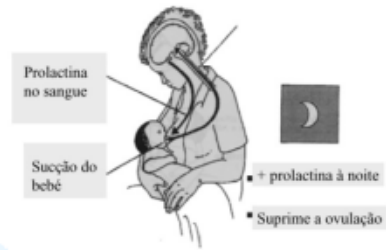


## Como funciona a Amamentação?

Representação esquemática da mama

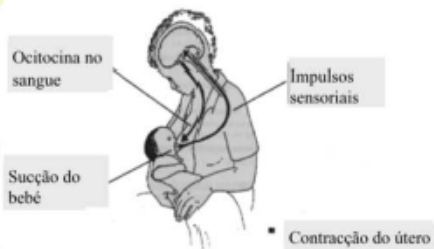


## Produção de Leite Materno



Quando um bebê mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. A parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina, que vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite.

## Produção de Leite Materno



Quando um bebê mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. A parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina. A ocitocina vai através do sangue para a mama e produz a contração das células musculares, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite colectado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo.

## Facilita a Produção de Leite Materno

Confiança

Prazer

Segurança



Boa Pega

Tocar, Olhar e Ouvir o bebê.

## Dificulta a Produção de Leite Materno

Ansiedade

Stress

Preocupação



Dor

Mamas tensas

## Composição do Leite Materno

- Colostro - do nascimento até ao 2º/3º dia
- Leite de Transição - do 2º/3º dia ao 15º dia pós-parto
- Leite maduro

**O leite materno é único e adaptado ao seu bebê!**

## Posições de Amamentar



## Pegas

### Sinais de Boa Pega

- Queixo do bebé toca a mama
- Boca bem aberta
- Lábio inferior voltado para fora
- Bochechas redondas
- Mais aréola acima da boca do bebé que abaixo
- Ouvir deglutir durante a mamada



### Sinais de Má Pega

- Queixo do bebé não toca a mama
- Boca não está bem aberta
- Lábio inferior voltado para dentro
- Bochechas tensas ou ("cavinhas") à proporção da sucção
- Mais aréola abaixo da boca do bebé ou a mesma quantidade acima e abaixo
- Ouve estalidos durante a mamada



## Prevenir o Ingurgitamento Mamário

- Dar de mamar em horário livre;
- Colocar o bebé em posição correcta e verificar os sinais de boa pega;
- Usar roupas confortáveis e soutien próprio para a amamentação.



## Tratar o Ingurgitamento Mamário

- Retirar o leite da mama até que as mamas fiquem menos ingurgitadas, o que se torna mais fácil para o bebé pegar mais eficazmente;
- Retirar o leite da mama, colocando o bebé a mamar, se possível, ou com expressão manual ou bomba;
- Quando conseguir retirar um pouco de leite, a mama fica mais macia e o bebé poderá mamar mais eficazmente;

## Tratar o Ingurgitamento Mamário

- Deve continuar a retirar com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o ingurgitamento desapareça.
- Estimular o reflexo de "ocitocina", através do relaxamento materno, olhar e tocar o bebé;
- Aplicar compressas quentes antes ou durante a extracção do leite, para tornar o leite mais fluido;
- Colocar compressas frias após a mamada, para reduzir o edema e assim aliviar a dor, e cerca de duas horas após a mamada, para reduzir a produção de leite.

## Recolha de Leite Materno

- A extracção manual e extracção por bomba manual, não permitem a extracção total de todo o leite.
- A extracção do leite, deverá ser feita, no máximo, de 4 em 4 horas, durante o dia e por um período maior durante a noite, para poder descansar.
- A lavagem da mama deve ser realizada na higiene diária. Não é necessária a limpeza da mama antes de cada colheita, para evitar o risco de lesão da pele.



Extracção Manual



Extracção com Bomba Manual



Extracção com Bomba Eléctrica

## Acondicionamento do Leite Materno



- **Temperatura ambiente:** 6 horas;
- **Frigorífico (0 e 4°C) :** 24 horas;
- **Congelador ou arca congeladora:** máximo de 3 meses. Para congelar o leite, deve usar recipientes adequados, que poderá adquirir numa farmácia;
- Quando **armazenar o leite**, tenha em atenção, que o deverá **identificar com a data** no qual foi extraído, para poder utilizar sempre em primeiro o leite extraído há mais tempo;
- O descongelamento do leite deverá ser realizado no frigorífico;
- O leite deverá ser aquecido em "banho maria";
- Depois de descongelado, terá de usar o leite num período de 24 horas;
- Não volte a congelar leite que já foi descongelado.

## Bloqueio dos Ductos

### Causas

- Uso de roupas apertadas e soutien desadequado;
- Pancada na mama;
- Posições de amamentação desadequadas.



### Prevenir/Tratar Bloqueio dos Ductos

- Usar soutien próprio para a amamentação e roupas largas ;
- Amamentar em posições diferentes, de forma a esvaziar todas as partes da mama;
- Aplicar compressas quentes e realizar massagem local antes e durante a mamada;
- Oferecer mamadas frequentes.

## Mastite

### Tratar a Mastite

- Aplicar os mesmos cuidados do ingurgitamento mamário;
- Repouso da mãe;
- Mãe pode amamentar do lado não afectado;
- Antibioterapia se necessário;
- Analgésicos.



## Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras



### Prevenir dor/fissura nos Mamilos

- Coloque a criança numa posição correcta (cabeça em linha recta com o corpo, face de frente para o mamilo);
- Verifique sinais de boa pega;
- Os mamilos devem ser lavados unicamente uma vez ao dia;
- Não deve interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
- Se a mãe tiver de interromper, deve colocar um dedo, suavemente, na boca do bebé de modo a interromper a sucção.

## Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras



### Tratar dor/fissura nos Mamilos

- Pode iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Deve aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada (facilita a cicatrização);
- A mãe deve expor os mamilos ao ar, sempre que possível, no intervalo das mamadas;
- Em último caso, retire o leite e dê-o ao bebé por biberon.

## Pouco Leite/Choro do Bebé

### O que fazer?

- A mãe deve amamentar sempre que o bebé tenha fome (horário livre);
- O bebé deve esvaziar uma mama até ao fim;
- Na mamada seguinte deve alternar a mama;
- Acordar o bebé e não o deixar muito agasalhado.



### Como aumentar a produção de leite?

- Amamentar com mais frequência durante alguns dias;
- Amamentar também à noite (a libertação de prolactina é superior durante a noite);
- Retirar o leite, sempre que não esteja com o bebé.

## Alimentação da Mãe

### Alimentação Correcta

- ✦ Fazer 6 a 7 refeições por dia ;
- ✦ Não fazer intervalos superiores a 3h30 entre as refeições;
- ✦ Mastigar calmamente;
- ✦ Evitar o consumo de alimentos açucarados, salgados ou com muita gordura.
- ✦ Não consumir bebidas alcoólicas nem bebidas com cafeína;
- ✦ Deve ingerir pelo menos 2l de água por dia;
- ✦ Deve ter uma alimentação variada, completa e equilibrada, segundo as recomendações da Roda dos Alimentos.



## Alimentação da Mãe



### Alimentação que a Mãe deve evitar quando Amamenta

- ✦ Brócolos, couves, couve-flor, couve-de-bruxelas, repolho, pimentos, pepino, nabo; (Podem alterar o sabor do leite e causar formação de gases e irritação do bebé)
- ✦ Cebola e alho crus; (Podem alterar o sabor do leite. Os bebés podem ou não gostar do sabor, pelo que se deve estar atento às suas reacções)
- ✦ Citrinos (laranja, toranja, limão, tangerina), os morangos e o kiwi; (Podem causar reacções alérgicas no bebé, sobretudo se houver história familiar de alergia a estes alimentos. Sintomas: diarreias, irritações de pele, desconforto, gases)
- ✦ Leguminosas (ervilhas, feijões, grão-de-bico, favas e lentilhas). (Pode causar uma reacção alérgica no bebé, irritabilidade e aumentar os gases intestinais)

### ATENÇÃO

Não deve consumir leite e derivados em excesso.  
A sua ingestão não aumenta a produção de leite materno.



Controlar o aumento de peso, é a única forma de compreender se o seu bebé está a alimentar-se em quantidade suficiente!



Contem Connosco!  
Sempre...

## OBRIGADA



## Bibliografia

- ✦ BÉRTOLO, Helena; LEVY, Leonor – **Manual do Aleitamento Materno**, UNICEF, Lisboa:2008, 41p.
- ✦ [www.fiocruz.br/redebh/media/albam.pdf](http://www.fiocruz.br/redebh/media/albam.pdf)
- ✦ [www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf)
- ✦ [www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfytb\\_portuguese2.pdf](http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfytb_portuguese2.pdf)

Imagens:

- ✦ [www.google.pt](http://www.google.pt)

# AValiação da Sessão de Educação para a Saúde



Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da Sessão de Educação para a Saúde a que assistiu.

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **X** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

**Insuficiente - 1    Suficiente - 2    Bom - 3    Muito Bom - 4    Excelente - 5**

1 - Considera que os objectivos da sessão foram atingidos?

2 - Como classifica a utilidade da sessão para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados?

3 - Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

4 - Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

5 - Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

**Relativamente à Organização da Sessão, como classifica os seguintes parâmetros?**

6 - Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

7 - A duração da sessão foi adequada?

8 - O horário da sessão foi adequado?

9 - Comentários e sugestões de melhoria:

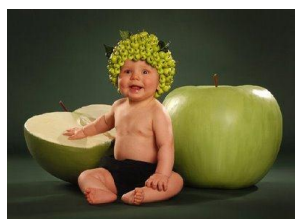
**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

Enfermeira Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Cristina Perguiça

Professora Zaida Charepe



## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

N=3 Mães

**Tema:** Amamentação – Que Importância?

**Local:** Centro de Saúde de Alenquer

**Duração:** 60 minutos

**Data:** 14/06/2011

**Formadora:** Enfermeira Maria João Oliveira

Apreciação Global	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1- Os objectivos da sessão foram atingidos					100%
2- Utilidade da sessão para a melhoria da qualidade dos cuidados					100%
3- Foram abordados todos os conteúdos importantes					100%
4- Domínio dos conteúdos apresentados				33,33%	66,67%
5- Clareza na transmissão dos conhecimentos					100%

Organização da Sessão	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
6- Adequação dos diapositivos				33,33%	66,67%
7- Duração da sessão					100%
8- Horário da sessão				33,33%	66,67%

### Comentários / Sugestões

- Sempre que existirem iniciativas deste género, certamente estarei presente.

## **ANEXO IX**

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiro Ano de Vida” dirigida aos pais no Centro de Saúde



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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



**SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**  
**“PRIMEIRO ANO DE VIDA”**

**Aluna:** Enfermeira Maria João Oliveira

**Sob orientação de:** Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
Professora Zaida Charepe

**Alenquer, Junho de 2011**

## ÍNDICE

	P.
1. Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiro Ano de Vida” .....	205
2. Material de Divulgação da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiro Ano de Vida” .....	209
3. Sessão de Educação para a Saúde “Primeiro Ano de Vida” .....	213
4. Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiro Ano de Vida” .....	223
5. Resultados de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiro Ano de Vida” .....	225



## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### “O PRIMEIRO ANO DE VIDA”

	FORMADOR	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Maria João Oliveira	Apresentação do tema; Contextualização da formação; Exposição dos objectivos.	Expositivo	Computador Vídeo Projector	5'
<b>DESENVOLVIMENTO</b>		Desenvolvimento no 1º, 3º, 6º, 9º, 12º Meses; Plano Nacional de Vacinação; Vacinas Vs Efeitos Secundários; Prevenção de Acidentes; Dentição; Sono; Bolsar, Regurgitar e Vomitar; Soluços; Cólicas; Choro; Diversificação Alimentar.	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector	45'
<b>CONCLUSÃO AVALIAÇÃO</b>		Considerações finais; Realização de um questionário de avaliação da sessão.	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector Questionário	10'

## PLANO DE SESSÃO

TEMA - O PRIMEIRO ANO DE VIDA

FORMADORA - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Instituto de Ciências da Saúde- Universidade Católica Portuguesa)

DESTINATÁRIOS - Pais que recorrem à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alenquer

LOCAL - Centro de Saúde de Alenquer

DATA e HORA - 16 de Junho de 2011 às 16h

DURAÇÃO - 60 minutos

### OBJECTIVOS

- ◆ Sensibilizar para a importância do desenvolvimento infantil;
- ◆ Capacitar para o cuidar da criança;
- ◆ Promover a literacia em saúde.

### CONTEÚDOS

- ◆ Desenvolvimento no 1º, 3º, 6º, 9º, 12º Meses
- ◆ Plano Nacional de Vacinação e Vacinas Vs Efeitos Secundários
- ◆ Prevenção de Acidentes
- ◆ Dentição
- ◆ Sono
- ◆ Bolar, Regurgitar e Vomitar
- ◆ Soluços
- ◆ Cólicas
- ◆ Choro
- ◆ Diversificação Alimentar

METODOLOGIA - Método expositivo, interrogativo e interactivo

AVALIAÇÃO - Realização de um questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

## CONVITE

SESSÃO DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE

O PRIMEIRO ANO DE  
VIDA



16 de Junho de 2011 às  
16h

Centro de Saúde de Alenquer

VENHA ASSISTIR À  
SESSÃO DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE

O PRIMEIRO ANO DE  
VIDA

### CONTEÚDOS

- ◆ Desenvolvimento no 1º, 3º, 6º, 9º, 12º Meses
- ◆ Plano Nacional de Vacinação e Vacinas Vs Efeitos Secundários
- ◆ Prevenção de Acidentes
- ◆ Dentição
- ◆ Sono
- ◆ Bolar, Regurgitar e Vomitar
- ◆ Soluços
- ◆ Cólicas
- ◆ Choro
- ◆ Diversificação Alimentar

**CONTAMOS COM A SUA  
PRESENÇA**

# O PRIMEIRO ANO DE VIDA

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**DESTINATÁRIOS** - Pais que recorrem à UCSP de Alenquer



**LOCAL** - Centro de Saúde de Alenquer

**DATA** - 16 de Junho de 2011

**HORA** - 16h



**FORMADORA** - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem -  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
Professora Zaida Charepe



  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**  
**O PRIMEIRO ANO DE VIDA**  
 Aluna: Enfermeira Maria João Oliveira  
 Sob orientação de: Enfermeira ESIP Cristina Perguiça  
 Professora Zaida Charepe  
 Alenquer, Junho de 2011

## OBJECTIVOS


- Sensibilizar para a importância do desenvolvimento infantil;
- Capacitar para o cuidar da criança;
- Promover a literacia em saúde.

## VIGILÂNCIA DE SAÚDE

- Consultas de Saúde Infantil no Primeiro Ano de Vida
  - 1ª semana de vida
  - 1 mês
  - 2 meses
  - 4 meses
  - 6 meses
  - 9 meses
  - 12 meses


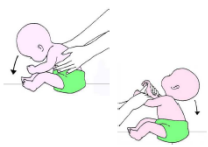




## 1 MÊS





## 1 MÊS

- **Desenvolvimento Motor:**
  - Movimentos amplos dos membros, principalmente os superiores.
  - Várias tentativas para levar a mão à boca.
  - Puxado à posição de sentado, a cabeça pende para trás até à posição vertical do corpo, mantendo-se depois direita durante alguns segundos.
  - Seguro de pé, dobra os joelhos e ancas, faz força com os pés para baixo e endireita o corpo.
  - Pode ter reflexo de marcha e movimentos de subir degraus.

## 1 MÊS

- **Desenvolvimento Visual:**
  - Segue bola a cerca de 20 cm de distância deslocando olhos e face, no plano horizontal (pelo menos ¼ de círculo) e no plano vertical.
  - Segue repetidamente a face do observador nos planos horizontal, vertical e em círculo.
  - Olha para a face da mãe quando esta lhe fala ou o alimenta, com expressão facial muito atenta e que pode incluir um sorriso, imitação ou balbuciar.

## 1 MÊS



### • Audição e Linguagem:

- Vira os olhos e cabeça para o som dum a roca emitindo a cerca de 20cm de cada lado da cabeça.
- Vira os olhos e cabeça para um e outro lado em resposta à voz humana (sons agudos e graves).
- Imite pequenos ruídos guturais quando satisfeito.
- Pode imitar tonalidade de vocalizações.



## 1 MÊS



### • Desenvolvimento Social:

- Em situações de interacção, mantém-se no vigíl e alerta.
- Pára de chorar desde que se fale com ele, se lhe segure nos braços ou se pegue nele ao colo.
- Estabelece já longos períodos de interacção com a mãe, sobretudo antes e durante a amamentação, interpondo sorrisos, vocalizações, imitações e mostrando um bem-estar que é recíproco ao da mãe.

## 1 MÊS



### • Sinais de Alarme:

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição de sentado.
- Hiper e hipotonia na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e cabeça para o som (voz).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

## 3 MESES



## 3 MESES



### • Motricidade Grosseira - Locomoção:

- Puxado para a posição de sentada, a cabeça acompanha o movimento a partir do meio do percurso.
- Em decúbito ventral, levanta activamente a cabeça.

### • Visão - Manipulação:

- As mãos estão habitualmente abertas.
- Segura durante alguns instantes a roca que lhe é colocada na mão. Brinca com elas em decúbito dorsal.
- Segue os objectos com os olhos.



## 3 MESES



### • Audição e Linguagem:

- Vocaliza.
- Manifesta interesse por sons familiares.

### • Comportamento Social:

- Sorri quando se fala com ele.



## 3 MESES

- Sinais de Alarme:

- Não fixa nem segue objectos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controle da cabeça.
- Mãos sempre fechadas.
- Membros rígidos em repouso.
- Pobreza de movimentos.
- Postura assimétrica.
- Sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.



## 6 MESES



## 6 MESES

- Motricidade Grosseira - Locomoção:

- Controla a cabeça em posição de sentada.
- Em decúbito ventral, apoia-se nas mãos, braços estendidos.
- Em pé sustenta o peso sobre os membros inferiores de forma intermitente.
- Ausência de reflexo de moro.



## 6 MESES

- Visão - Manipulação:

- Preensão palmar dos objectos.
- Leva-os à boca.
- Olha para os objectos em seu redor, mesmo pequenos.

- Audição e Linguagem:

- Procura a fonte sonora.
- Vocaliza muito.

- Comportamento Social:

- Ri alto.
- Interessado no meio ambiente.



## 6 MESES

- Sinais de Alarme:

- Ausência de controlo da cabeça.
- Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega qualquer objecto.
- Assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Desinteresse pelo ambiente.
- Irritabilidade.
- Estrabismo manifesto e constante.



## 9 MESES



## 9 MESES



### • Motricidade Grosseira - Locomoção:

- Senta-se sem apoio.
- Rola de ventral para dorsal.
- Posto de pé aguenta-se apoiado.



### • Visão - Manipulação:

- Segura um cubo em cada mão.
- Interessado em objectos muito pequenos (migalhas).
- Pega em objecto pequeno (smarti) com "pinça perfeita".

## 9 MESES

### • Audição e Linguagem:

- Localiza fonte sonora.
- Vocaliza juntando sílabas.
- Percebe o não.
- Obedece a ordens simples.
- Responde ao seu nome.



### • Comportamento Social:

- Leva tudo à boca.
- Mastiga.
- Estranha desconhecidos.



## 9 MESES



### • Sinais de Alarme:

- Não se senta.
- Permanece sentado imóvel sem procurar mudar de posição.
- Assimetrias.
- Sem percussão palmar.
- Não leva objectos à boca.
- Não reage aos sons.
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização.
- Apático, sem relacionamento com familiares.
- Engasga-se facilmente.
- Estrabismo.



## 12 MESES



## 12 MESES



### • Motricidade Grosseira - Locomoção:

- Desloca-se (arrasta-se, gatinha).
- Passa de uma posição para outra (sentado, de gatas, de pé).
- Quando está sentado, vira-se para agarrar objecto.



### • Visão - Manipulação:

- Pega pequeno objecto (smarti) entre o polegar e indicador.
- Larga voluntariamente objecto, atira-o.
- Procura objecto escondido (por exemplo debaixo do lenço).

## 12 MESES

### • Audição e Linguagem:

- Procura fonte sonora.
- Vocaliza abundantemente com diversas entoações.

### • Comportamento Social:

- Imita certos gestos ou mímica.
- Sacode a cabeça para dizer não.
- Tenta chamar a atenção.
- Mastiga.



## 12 MESES

### • Sinais de Alarme:

- Não aguenta o peso das pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Assimetrias.
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mastiga.



## SEGURANÇA

### • Programa Nacional de Vacinação

	0 Meses	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	15 Meses	18 Meses	5-6 Anos	10-13 Anos	Toda a Vida
Tuberculose	BCC										
Hepatite B	VHB1	VHB2				VHB3					VHB4
Poliomielite	VPI1	VPI2		VPI3	VPI4				VPI5		
Difteria, Tétano e Tosse Convulsa	DTPa	DTPb	DTPc	DTPd	DTPe			DTPf	DTPg		
Haemophilus B e Influenza	HIB	HIB2		HIB3		HIB4					
Meningococo C		MenC		MenC2		MenC3					
Papiloma H											VPH1
Sarampo Rubéola e Sarampo Subagudo							VASPR1	VASPR2	VASPR3		
Tétano e Difteria										Td	Td (10/12 Anos)

(a) Só para nascidos até 1999 (segunda vacinação); L e R (meses); (b) Não nascidos em 1993 a VASPR-2 deve ser administrado aos 13 anos; (c) Em 2009-2010

## SEGURANÇA

### • Vacinas Vs Efeitos Secundários

- **DTPaVIPHib** - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Poliomielite, e doença por *Haemophilus Influenzae*
  - Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2/3 dias);
  - Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite.
- **VHB** - Vacina contra a Hepatite B
  - Dor, vermelhidão e tumefacção local;
  - Febre com duração de 1/2 dias.



## SEGURANÇA

### • Vacinas Vs Efeitos Secundários

- **Men C** - Vacina contra a infecção por *Neisseria Meningitidis* (grupo C)
  - Ardor, dor, tumefacção e eritema no local de punção (desaparecem ao fim de 1/2 dias);
  - Cefaleias, febre, irritabilidade, náuseas, vômitos, diarreia, perda de apetite, sonolência.
- **VASPR** - Vacina contra o Sarampo, Parotidite Epidémica e Rubéola
  - Ardor, calor, dor, vermelhidão, inchaço;
  - Febre, exantema (pode surgir 5 a 12 dias após a vacinação).



## SEGURANÇA

### • Vacinas Vs Efeitos Secundários

- **DTPaHib** - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, e doença por *Haemophilus Influenzae* b
  - Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2-3 dias);
  - Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite, choro persistente (3 horas ou mais), reacções alérgicas.
- **DTPaVIP** - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, e Poliomielite
  - Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2-3 dias);
  - Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite.
- **Td** - Vacina contra o Tétano e Difteria
  - Dor, vermelhidão, inchaço, pode formar-se um nódulo duro e doloroso, podendo persistir algumas semanas



## SEGURANÇA

### • Vacinas Extra PNV Vs Efeitos Secundários

- **Prevenar 13** - Vacina contra infecção causada por *Streptococcus Pneumoniae* (incluindo meningite e septicémia).
  - Febre, irritação no local de injeção, anorexia, diarreia, vômitos e reacções cutâneas.
  - Raramente pode dar convulsões e hipotonia.
- **Rotateq** - Vacina viva contra o Rotavírus
  - Irritabilidade e perda de apetite
- **Rotarix** - Vacina viva contra o Rotavírus
  - Irritabilidade e perda de apetite



## SEGURANÇA

### • Prevenção de Acidentes

- A idade e o estadio de desenvolvimento da criança determina, parcialmente, os tipos de acidentes mais prováveis de acontecer.
- O ambiente físico, económico, social e familiar da criança é igualmente determinante para a ocorrência de acidentes.



## SEGURANÇA

### • Prevenção de Acidentes

- As crianças são indefesas em qualquer ambiente.
- Os acidentes constituem a principal causa de óbito durante o primeiro ano de vida, especialmente na altura em que a criança começa a adquirir maiores habilidades locomotoras e manipulativas (6-12 meses).



## SEGURANÇA

### • Prevenção de Acidentes

- Principais acidentes no 1º ano de vida:
  - Asfixia por corpos estranhos;
  - Quedas e envenenamentos (após 4 meses);
  - Acidentes por veículos motorizados (o tamanho aumenta o risco de esmagamento ou de projecção);
  - Risco de afogamento e queimadura.



## SEGURANÇA

### • Prevenção de Acidentes

- A segurança doméstica nestas idades inclui a adopção de medidas de protecção, ou seja, a criação e manutenção de um ambiente seguro, uma vez que a implementação da permanente vigilância é praticamente impossível.
- Devemos ter em atenção acções que possibilitem imitações por parte das crianças.
- Atenção à escolha dos brinquedos.



## SEGURANÇA

0 a 1 ano



## DENTIÇÃO

- A calcificação dos dentes de leite começa por volta do quarto mês de gestação;
- Quando o bébé nasce, a dentição decidual (de leite) já está formada, com excepção das raízes (dentes escondidos nas maxilas);
- Perto do fim do sexto mês todos os dentes de leite já começaram o seu desenvolvimento.
- O seu aparecimento varia de criança para criança.



## DENTIÇÃO



- Os primeiros dentes aparecem entre os 3 e os 12 meses de idade;
- Erupção do 1º dente entre o 6º e o 7º mês (incisivo central do maxilar inferior);
- No maxilar superior entre o 8º e o 9º mês;
- O ritmo de aparecimento dos dentes é de um por mês, aproximadamente:
  - Até aos 14 meses – 8 incisivos
  - 14-18 meses – 4 primeiros molares
  - 18-24 meses – 4 caninos
  - 24 aos 30 meses – 4 segundos molares



## DENTIÇÃO



- Quando os dentes começam a “romper”, as gengivas podem ficar muito inflamadas e dolorosas, causando:
  - Sialorreia, necessidade de morder;
  - Irritação;
  - Mal-estar, choro;
  - Dificuldade em dormir;
  - Rejeição da alimentação.
- A dentição só por si não é causadora de doença;
- Febre, vômitos e diarreia não são devidos à dentição, mas sim a um outro problema de saúde.



## DENTIÇÃO



### • Promoção da Saúde Oral

- Higiene dentária;
- Cuidados especiais na alimentação;
- Ir ao dentista regularmente (a partir 3 anos).



## SONO



- No primeiro mês de vida o bebé vai adaptar-se aos “ritmos” da casa (deve ser estabelecido um horário regular);
- O padrão estabelecido deve ser à volta de 12 horas durante a noite e 2 períodos de sono durante o dia;
- O bebé acorda devido a fome, cólicas, fralda suja, dentes...
- A posição ideal para deitar o bebé após as refeições é em decúbito lateral direito;
- Quando acordado a posição de decúbito dorsal ou lateral é fundamental para o desenvolvimento sensorial.

## BOLSAR, REGURGITAR E VOMITAR



- **Bolsar** – é o escoamento de leite não digerido da boca do lactente, imediatamente após a alimentação;
- **Regurgitação** – é o retorno de alimentos não digeridos do estômago, normalmente acompanhado de um “arroto”;
- **Vômitos** – é a expulsão do conteúdo gástrico com náuseas e os vômitos em jacto é a expulsão com força, para longe sem náuseas. Os últimos, se frequentes, é sinal de doença.

## BOLSAR, REGURGITAR E VOMITAR



### • Os pais devem:

- Colocar o bebé a arrotar durante e após a alimentação;
- Mobilizar pouco a criança;
- Deitar a criança em decúbito lateral direito e com a cabeça ligeiramente elevada;
- Colocar babetes e proteger a sua roupa, ou de quem tem a criança ao colo;
- Para evitar a maceração da pele em redor do pescoço, queixo e lábios, deve-se manter a pele seca e aplicar vit. A, creme hidratante...

## SOLUÇOS



- Os soluços estão associados à imaturidade do sistema nervoso que não controla adequadamente o músculo diafragma.
- Atingem cerca de 80% dos bebés e desaparecem tão rapidamente como chegaram, sem precisar de qualquer tratamento.
- Os soluços tendem a melhorar até os seis meses de idade.
- Há muitos bebés que têm soluços após as mamadas e regurgitam um pouco de leite, sobretudo nos primeiros meses.
- Se estiverem a progredir de peso, não existe razão para preocupações.
- Esta situação normalmente não incomoda os bebés, mas preocupa os pais.
- Os bebés no útero também podem ter soluços.
- Os soluços podem ser causados pela ingestão rápida de alimentos.

## CÓLICAS



- As cólicas são espasmos intestinais devido à acumulação de gases.
- Manifestam-se mais frequentemente nos primeiros 3 a 4 meses.
- Sinais:
  - choro alto e inconsolável
  - flexão das pernas sobre o abdómen
  - abdómen tenso
- Embora a cólica seja considerada um incómodo menor, pode acarretar intenso impacto emocional na ligação pais/filho e na dinâmica familiar.



## CÓLICAS



- Algumas causas:
  - Alimentação muito rápida;
  - Deglutição de muito ar;
  - Excesso de alimentação;
  - Má técnica a dar a alimentação (posição, eructação);
  - Stress ou tensão emocional entre pais e criança;
  - Fermentação excessiva e produção de gases no intestino;
  - Intolerância às proteínas do leite de vaca.



## CÓLICAS



- Atenção:
  - À dieta da mãe que amamenta;
  - À relação entre o horário das cólicas e a refeição;
  - A quem está presente na refeição;
  - À actividade da mãe antes, durante e depois do choro;
  - Ao que se faz para aliviar o choro;
  - À forma como a mãe dá o leite.

## CHORO



- Causas:
  - Fome, gases, cólicas;
  - Estímulos fortes (ruídos, luz, frio, calor);
  - Fraldas molhadas ou sujas;
  - Dentição;
  - Necessidade de amor e carinho.



## DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR





## DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

### 0-6 Meses

- O alimento do seu bebê deve ser preferencialmente e exclusivamente leite materno até aos 6 meses.
- Se lhe está a dar leite artificial, utilize 1 medida rasa de leite em pó para 30ml de água fervida.
- Aos **4/6** meses deve começar a introdução de novos alimentos.
- Deve substituir uma refeição de leite pela papa ou pela sopa.
- Pode introduzir uma papa sem glúten aos 4 meses ou uma papa com glúten a partir dos 6 meses.
- Entre os **4/6** meses introduza a sopa de legumes:
  - 1- Sopa simples com cenoura ou abóbora e batata. Depois de cozido, tritura-se e coloca-se umas gotas de azeite cru (sem sal).
  - 2- Junte sucessivamente outros legumes – alface, feijão verde, alho francês e agrião. Junte um novo legume quando a criança estiver bem adaptada ao sabor do anterior, nunca antes de 4 dias.



## DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

### 0-6 Meses

- Ofereça água através do biberão engarrafada ou depois de fervida.
- Pode dar fruta, crua, cozida ou assada sem açúcar, triturada como sobremesa: maçã, pêra e banana.
- Entre os **5/6** meses, depois da criança tolerar bem a sopa de legumes, deve introduzir a carne no caldo de legumes:
  - 1- Dê a carne (frango, peru, borrego, coelho) passada, misturada com a sopa de legumes. A introdução das diferentes carnes, deve respeitar o mesmo critério da introdução dos diferentes legumes.



## DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

### 7-9 Meses

- Aos **7** meses pode introduzir o iogurte natural.
- Aos **9** meses está na altura de introduzir o peixe (pescada, abrótea, carapau).
- Pode realizar diversificação da fruta com fruta da época, à excepção de morangos, pêsegos, kiwi e frutas vermelhas.
- Passa a fazer 2 a 3 refeições lácteas (leite, papa ou iogurte), 2 refeições de sopa de legumes com carne ou peixe e fruta como sobremesa.



## DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

### 12 Meses

- A carne e o peixe podem ser dados cozidos à parte da sopa, e grelhados, partido aos bocados e acompanhados, de arroz ou puré de batata.
- Pode introduzir o ovo:
  - 1- Inicie com 1/4 de gema bem cozida e triturada;
  - 2- Passe para 1/2 de gema passada uma semana. Só dê a gema inteira quando tiver a certeza que o seu filho não é alérgico e deve dar somente uma gema de ovo por semana.
  - 3- A refeição do ovo substitui a de carne ou peixe.
  - 4- A partir dos 12 meses pode dar a clara do ovo à criança.
- A água pode ser dada pelo copo.
- Só deve introduzir o leite de vaca após o primeiro ano de idade.
- Nesta altura, o seu filho pode adaptar-se ao regime alimentar da família, evitando o sal, as gorduras e os açúcares.



Contem Connosco!  
Sempre...

## OBRIGADA





## BIBLIOGRAFIA

- BRAZELTON, T. (2003) - O Grande Livro da Criança. Lisboa: Editorial Presença, ISBN: 972-23-193-2, 535 p.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) - Saúde Infantil e Juvenil – Programa Tipo de actuação - [Em Linha] [Consultado 1 Maio 2011] Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>
- PAPALIA, D. (2009) – O Mundo da Criança. São Paulo: McGraw- Hill Companies, ISBN: 978-85-7726-041-6, 608 p.
- WHALEY, L.; WONG D. (2005) – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Lusodidacta, 7ª Ed. ISBN: 478-85-352-1918-0, 1344 p.

# AValiação da Sessão de Educação para a Saúde



Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da Sessão de Educação para a Saúde a que assistiu.

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **X** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

**Insuficiente - 1    Suficiente - 2    Bom - 3    Muito Bom - 4    Excelente - 5**

1 - Considera que os objectivos da sessão foram atingidos?

2 - Como classifica a utilidade da sessão para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados?

3 - Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

4 - Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

5 - Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

**Relativamente à Organização da Sessão, como classifica os seguintes parâmetros?**

6 - Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

7 - A duração da sessão foi adequada?

8 - O horário da sessão foi adequado?

9 - Comentários e sugestões de melhoria:

**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

Enfermeira Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Cristina Perçuça

Professora Zaida Charepe



## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

N=7 Mães

**Tema:** O Primeiro Ano de Vida

**Local:** Centro de Saúde de Alenquer

**Duração:** 60 minutos

**Data:** 16/06/2011

**Formadora:** Enfermeira Maria João Oliveira

Apreciação Global	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1- Os objectivos da sessão foram atingidos					100%
2- Utilidade da sessão para a melhoria da qualidade dos cuidados					100%
3- Foram abordados todos os conteúdos importantes				14,29%	85,71%
4- Domínio dos conteúdos apresentados					100%
5- Clareza na transmissão dos conhecimentos					100%

Organização da Sessão	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
6- Adequação dos diapositivos				28,57%	71,43%
7- Duração da sessão				28,57%	71,43%
8- Horário da sessão				28,57%	71,43%

## **ANEXO X**

Folheto Informativo acerca da “Amamentação” realizado no Centro de Saúde

## Alimentação Correcta



- Fazer 6 a 7 refeições por dia;
- Não fazer intervalos superiores a 3h30 entre as refeições;
- Mastigar calmamente;
- Evitar o consumo de alimentos açucarados, salgados ou com muita gordura;
- Não consumir bebidas alcoólicas nem bebidas com cafeína;
- Deve ingerir pelo menos 2l de água por dia;
- Deve ter uma alimentação variada, completa e equilibrada, segundo as recomendações da Roda dos Alimentos.

### Alimentos que a mãe deve evitar quando Amamenta



- Brócolos, couves, couve-flor, couve-de-bruxelas, repolho, pimentos, pepino, nabo;
- Cebola e alho crus;
- Cítricos (laranja, toranja, limão, tangerina), os morangos e o kiwi;
- Leguminosas (ervilhas, feijões, grão-de-bico, favas e lentilhas).

### ATENÇÃO

Não deve consumir leite e derivados em excesso.  
A sua ingestão não aumenta a produção de leite materno.

Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientado por: Enfermeira CSIP Cristina Pargulça  
Professora Zaida Charape



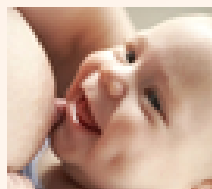
# AMAMENTAÇÃO

## A MELHOR OPÇÃO PARA SI E PARA O SEU BEBÉ



## Vantagens do Leite Materno

- Proporciona um alimento completo e natural, nas melhores condições de higiene e temperatura;
- Económico, seguro e cómodo;
- Acto ecológico, não desperdiça recursos naturais e não polui o ambiente.



### Para a mãe:

- Facilita redução uterina mais precoce;
- Diminui a probabilidade de cancro da mama e ovários e diminui o risco de osteoporose;
- Satisfação por contribuir para a alimentação do filho;
- Diminui o risco de depressão pós-parto;
- Melhor recuperação do peso.

**É o método mais barato e seguro de alimentar o seu filho!**

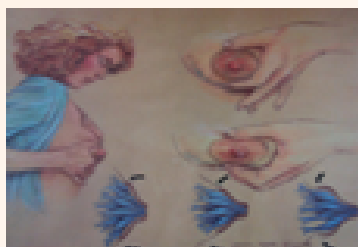
## Acondicionamento do Leite Materno

- Temperatura ambiente: 6 horas;
- Frigorífico (0 e 4°C) : 24 horas;
- Congelador ou arca congeladora: máximo de 3 meses. Para congelar o leite, deve usar recipientes adequados, que poderá adquirir numa farmácia;
- Quando armazenar o leite, tenha em atenção, que o deverá identificar com a data no qual foi extraído, para poder utilizar sempre em primeiro o leite extraído há mais tempo;
- O descongelamento do leite deverá ser realizado no frigorífico;
- O leite deverá ser aquecido em “banho maria”;
- Depois de descongelado, terá de usar o leite num período de 24 horas;
- Não volte a congelar leite que já foi descongelado.



## Recolha de leite Materno

- A extracção manual e extracção por bomba manual, não permitem a extracção total de todo o leite.
- A extracção do leite, deverá ser feita, no máximo, de 4 em 4 horas, durante o dia e por um período maior durante a noite, para poder descansar.
- A lavagem da mama deve ser na higiene diária. Não é necessária a limpeza da mama antes de cada colheita, para evitar o risco de lesão da pele.



Extracção Manual



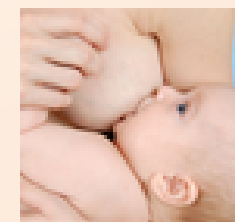
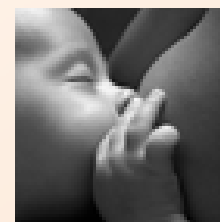
Extracção com Bomba Manual



Extracção com Bomba Eléctrica

## Para o bebé:

- Favorece o desenvolvimento de uma relação afectiva entre mãe/bebé;
- Contém todos os nutrientes que o bebé necessita nos primeiros 6 meses de vida;
- É de fácil digestão e assimilação;
- Contém anticorpos logo reforça o sistema imunitário, prevenindo as infecções;
- Previne a obesidade infantil;
- Previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- Favorece o desenvolvimento de uma flora intestinal equilibrada;
- Promove o bom desenvolvimento dos maxilares e dos dentes;
- Diminui as dificuldades na fala, através do desenvolvimento dos músculos da face;
- Responde às necessidades de crescimento do bebé.



## Posições de Amamentar



## Sinais de Boa Pega

- Queixo do bebê toca a mama
- Boca bem aberta
- Lábio inferior voltado para fora
- Bochechas redondas
- Mais aréola acima da boca do bebê que abaixo
- Ouvir deglutir durante a mamada



## Sinais de Má Pega

- Queixo do bebê não toca a mama
- Boca não está bem aberta
- Lábio inferior voltado para dentro
- Bochechas tensas ou ("cavinhas") à proporção da sucção
- Mais aréola abaixo da boca do bebê ou a mesma quantidade acima e abaixo
- Ouve estalidos durante a mamada



## **ANEXO XI**

Folheto Informativo acerca da “Diversificação Alimentar” realizado  
no Centro de Saúde

## 12 Meses

■ A carne e o peixe podem ser dados cozidos à parte da sopa, e grelhados, partido aos bocados e acompanhados, de arroz ou puré de batata.

■ Pode introduzir o ovo:

1- Inicie com 1/4 de gema bem cozida e triturada;

2- Passe para 1/2 de gema passada uma semana. Só dê a gema inteira quando tiver a certeza que o seu filho não é alérgico e deve dar somente uma gema de ovo por semana.

3- A refeição do ovo substitui a de carne ou peixe.

4- A partir dos 12 meses pode dar a clara do ovo à criança.

■ A água pode ser dada pelo copo.

■ Só deve introduzir o leite de vaca após o primeiro ano de idade.

■ Nesta altura, o seu filho pode adaptar-se ao regime alimentar da família, evitando o sal, as gorduras e os açúcares.



# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



Um Passo Importante para Si e para o seu Filho!

Maria João Oliveira  
Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientada por: Enfermeira ESTJ Cristina Pinguço  
Professora Zaida Chame

A diversificação alimentar é um passo muito importante para o crescimento do seu filho. Aqui encontrará algumas informações importantes que lhe permitirão ajudá-lo a crescer e a desenvolver-se em harmonia.



### 0-6 Meses



- O alimento do seu bebé deve ser preferencialmente e exclusivamente leite materno até aos 6 meses.
- Se lhe está a dar leite artificial, utilize 1 medida rasa de leite em pó para 30ml de água fervida.
- Aos 4/6 meses deve começar a introdução de novos alimentos.
- Deve substituir uma refeição de leite pela papa ou pela sopa.
- Pode introduzir uma papa sem glúten aos 4 meses ou uma papa com glúten a partir dos 6 meses.



- Entre os 4/6 meses introduza a sopa de legumes:
  - 1- Sopa simples com cenoura ou abóbora e batata. Depois de cozido, tritura-se e coloca-se umas gotas de azeite cru (sem sal).
  - 2- Junte sucessivamente outros legumes - alface, feijão verde, alho francês e agrião. Junte um novo legume quando a criança estiver bem adaptada ao sabor do anterior, nunca antes de 4 dias.
- Ofereça água através do biberão engarrafado ou depois de fervida.

- Pode dar fruta, crua, cozida ou assada sem açúcar, triturada como sobremesa: maçã, pêra e banana.

- Entre os 5/6 meses, depois da criança tolerar bem a sopa de legumes, deve introduzir a carne no caldo de legumes:

1- Dê a carne (frango, peru, borrego, coelho) passada, misturada com a sopa de legumes. A introdução das diferentes carnes, deve respeitar o mesmo critério da introdução dos diferentes legumes.



### 7-9 Meses

- Aos 7 meses pode introduzir o iogurte natural.
- Aos 9 meses está na altura de introduzir o peixe (pescada, abrótea, carapau).
- Pode realizar diversificação da fruta com fruta da época, à excepção de morangos, pêssegos, kiwi e frutas vermelhas.
- Passa a fazer 2 a 3 refeições lácteas (leite, papa ou iogurte), 2 refeições de sopa de legumes com carne ou peixe e fruta como sobremesa.

## **ANEXO XII**

CD com colectânea de informação recolhida acerca da Parceria nos Cuidados, dos Cuidados Centrados na Família e dos trabalhos elaborados no Centro de Saúde



## **ANEXO XIII**

Questionário de Identificação de Necessidades Formativas acerca de Temáticas no âmbito Pediátrico realizado aos pais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

## QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES FORMATIVAS ACERCA DE TEMÁTICAS NO ÂMBITO PEDIÁTRICO



O meu nome é Maria João Oliveira, sou Enfermeira e encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

No âmbito do Projecto subordinado à temática da Parceria nos Cuidados, decorrerá no próximo dia 20 de Novembro (11h-12h) uma Acção de Formação na UCIN com temáticas no âmbito pediátrico, pelo que solicito a vossa colaboração no preenchimento deste questionário.

Assinale à frente de cada tema aquele(es) que gostaria de ver abordado(os), aquele(es) em que sente mais dificuldades/dúvidas ou acerca dos quais tem menos informação.

A sua colaboração é muito importante.

Obrigada.

### ALIMENTAÇÃO

Aleitamento Materno  \_\_\_\_\_

Aleitamento Artificial  \_\_\_\_\_

Alimentação/Nutrição  \_\_\_\_\_

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Higiene  \_\_\_\_\_

Sono  \_\_\_\_\_

Soluços  \_\_\_\_\_

Choro  \_\_\_\_\_

Bolsar/Regurgitar/Vomitir  \_\_\_\_\_

Engasgamento  \_\_\_\_\_

Cólicas  \_\_\_\_\_

Prevenção de Morte Súbita  \_\_\_\_\_

### DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento e Crescimento do Recém Nascido  \_\_\_\_\_

Sinais de Alarme  \_\_\_\_\_

### SEGURANÇA

Prevenção de Infecções  \_\_\_\_\_

Prevenção de Acidentes  \_\_\_\_\_

Transporte do Recém-Nascido  \_\_\_\_\_

Vacinas e Efeitos Secundários  \_\_\_\_\_

Cuidados antes da Alta  \_\_\_\_\_

Vigilância de Saúde após a Alta  \_\_\_\_\_

## APOIOS

Apoios da Comunidade  \_\_\_\_\_

Sites de Apoio  \_\_\_\_\_

Legislação Portuguesa  \_\_\_\_\_

**Outros:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermeira Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Neusa Pedrosa

Professora Zaida Charepe



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **ANEXO XIV**

Resultados da Avaliação do Questionário de Identificação de  
Necessidades Formativas acerca de Temáticas no âmbito  
Pediátrico realizado aos pais na Unidade de Cuidados Intensivos  
Neonatais

**RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE  
NECESSIDADES FORMATIVAS ACERCA DE TEMÁTICAS NO ÂMBITO  
PEDIÁTRICO NA UCIN-HSM**

N=17 Pais

<b>TEMÁTICAS</b>	<b>RESPOSTAS</b>
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	
Aleitamento Materno	88,24%
Aleitamento Artificial	70,59%
Alimentação/Nutrição	
<b>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</b>	
Higiene	76,47%
Sono	58,82%
Soluços	58,82%
Choro	76,47%
Bolsar/Regurgitar/Vomitar	47,05%
Engasgamento	88,24%
Cólicas	76,47%
Prevenção de Morte Súbita	88,24%
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	
Desenvolvimento e Crescimento do Recém-Nascido	82,35%
Sinais de Alarme	70,59%
<b>SEGURANÇA</b>	
Prevenção de Infecções	70,59%
Prevenção de Acidentes	58,82%
Transporte do Recém-Nascido	88,24%
Vacinas e Efeitos Secundários	52,94%
Cuidados antes da Alta	52,94%
Vigilância de Saúde após a Alta	58,82%
<b>APOIOS</b>	
Apoios da Comunidade	41,18%
Sites de Apoio	
Legislação Portuguesa	29,41%
<b>OUTROS</b>	0%

## **ANEXO XV**

Relatório da Ação de Formação “Programa de Formação” dirigida aos enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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



**ACÇÃO DE FORMAÇÃO**  
**“PROGRAMA DE FORMAÇÃO”**

**Aluna:** Enfermeira Maria João Oliveira

**Sob orientação de:** Enfermeira ESIP Neusa Pedrosa  
Professora Zaida Charepe

**Lisboa, Outubro de 2011**

## ÍNDICE

	P.
1. Plano da Acção de Formação “Programa de Formação” .....	255
2. Material de Divulgação da Acção de Formação “Programa de Formação” .....	259
3. Acção de Formação “Programa de Formação” .....	263
4. Questionário de Avaliação da Acção de Formação “Programa de Formação” .....	281
5. Resultados de Avaliação da Acção de Formação “Programa de Formação” .....	283

## ACÇÃO DE FORMAÇÃO

### “Programa de Formação”



	FORMADOR	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Maria João Oliveira	Apresentação do tema; Contextualização da formação; Exposição dos objectivos.	Expositivo	Computador Vídeo Projector	5'
<b>DESENVOLVIMENTO</b>		<b>Programa de Formação:</b> Banho do RN Sono do RN Prevenção da Morte Súbita Amamentação Alimentação do RN Segurança Desenvolvimento do RN/Sinais de Alarme Principais Problemas Antes da Alta... Acompanhamento de Saúde após a Alta Apoios na Comunidade Sites de Apoio Legislação Prematuros Famosos Bibliografia	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector	30'
<b>CONCLUSÃO AVALIAÇÃO</b>		Considerações finais; Realização de um questionário de avaliação da acção.	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector Questionário	10'

## PLANO DE ACÇÃO

TEMA - PROGRAMA DE FORMAÇÃO

FORMADORA - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa)

DESTINATÁRIOS - Enfermeiros da UCIN do CHLN-HSM

LOCAL - UCIN do CHLN-HSM

DATA e HORA - 20 de Outubro de 2011 às 15h30m

DURAÇÃO - 45 minutos

### OBJECTIVOS

● Apresentar o Programa de formação realizado para a UCIN.

### CONTEÚDOS

- ◆ Banho do RN
- ◆ Sono do RN
- ◆ Prevenção da Morte Súbita
- ◆ Amamentação
- ◆ Alimentação do RN
- ◆ Segurança
- ◆ Desenvolvimento do RN/Sinais de Alarme
- ◆ Principais Problemas
- ◆ Antes da Alta...
- ◆ Acompanhamento de Saúde após a Alta
- ◆ Apoios na Comunidade
- ◆ Sites de Apoio
- ◆ Legislação
- ◆ Prematuros Famosos
- ◆ Bibliografia

METODOLOGIA - Método expositivo, interrogativo e interactivo

AVALIAÇÃO - Realização de um questionário de Avaliação da Acção de Formação

## CONVITE

### ACÇÃO DE FORMAÇÃO

### PROGRAMA DE FORMAÇÃO



20 de Outubro de 2011  
às 15h30m

UCIN do CHLN-HSM

**VENHA ASSISTIR À ACÇÃO  
DE FORMAÇÃO**

### PROGRAMA DE FORMAÇÃO

#### CONTEÚDOS

- ◆ Banho do RN
- ◆ Sono do RN
- ◆ Prevenção da Morte Súbita
- ◆ Amamentação
- ◆ Alimentação do RN
- ◆ Segurança
- ◆ Desenvolvimento do RN/Sinais de Alarme
- ◆ Principais Problemas
- ◆ Antes da Alta...
- ◆ Acompanhamento de Saúde após a Alta
- ◆ Apoios na Comunidade
- ◆ Sites de Apoio
- ◆ Legislação
- ◆ Prematuros Famosos
- ◆ Bibliografia

**CONTAMOS COM A SUA  
PRESENÇA**

# PROGRAMA DE FORMAÇÃO

## ACÇÃO DE FORMAÇÃO

**DESTINATÁRIOS** - Enfermeiros da UCIN

**LOCAL** - UCIN (CHLN- HSM)

**DATA** - 20 de Outubro de 2011

**HORA** - 15h30m



**FORMADORA** - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem -  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientado por\* Enfermeira ESIP Neusa Pedrosa  
Professora Zaida Charepe



DEPARTAMENTO DA CRIANÇA  
CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE PEDIATRIA

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NOROEL, EPE

SANTAMARIA

Programa de Formação

**PROGRAMA DE FORMAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**

Autores: Enfermeira Maria João Oliveira  
Sob orientação de: Enfermeira ESIP Neusa Pedrosa  
Professora Zaida Charepe

Unidade de Neonatologia - Coordenador: João Costa  
Director(a) do Serviço de Neonatologia: Carlos Moniz  
Directora do Departamento da Criança: Maria do Céu Machado

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NOROEL, EPE

SANTAMARIA

Programa de Formação

**Índice**

- Banho do RN
- Sono do RN
- Prevenção da Morte Súbita
- Amamentação
  - Vantagens do LM
  - Como funciona a Amamentação?
  - Produção de LM
  - Facilita a produção de LM
  - Dificulta a produção de LM
  - Posições de Amamentar
  - Pegas
  - Prevenir o Ingurgitamento Mamário

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NOROEL, EPE

SANTAMARIA

Programa de Formação

**Índice**

- Tratar o Ingurgitamento Mamário
- Recolha de LM
- Acondicionamento de LM
- Bloqueio dos Ductos
- Mastite
- Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras
- Pouco Leite/Choro do Bebê
- Alimentação da Mãe
- Alimentação do RN
  - Preparação dos Biberões
  - Lavagem dos Biberões
  - Esterilização dos Biberões

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NOROEL, EPE

SANTAMARIA

Programa de Formação

**Índice**

- Segurança
  - Vacinas
  - Prevenção de Infecções
  - Prevenção de Acidentes
  - Transporte do RN
- Desenvolvimento do RN/Sinais de Alarme
- Principais Problemas
  - Soluções
  - Cólicas
  - Engasgamento
- Antes da Alta...

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NOROEL, EPE

SANTAMARIA

Programa de Formação

**Índice**

- Acompanhamento de Saúde após a Alta
- Apoios na Comunidade
- Sites de Apoio
- Legislação
- Prematuros Famosos
- Bibliografia


CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NOROEL, EPE

SANTAMARIA

Programa de Formação


**Objectivos**

- Capacitar para o cuidar do RN Prematuro;
- Sensibilizar para a importância do desenvolvimento infantil no RN Prematuro;
- Impulsionar a capacitação parental;
- Promover a literacia em saúde.




CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NORTE DE  
SANTAMÁRIA  
Hospital  
Público

## BANHO DO RN



CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NORTE DE  
SANTAMÁRIA  
Hospital  
Público

## Banho do RN



- Banho do RN
  - É um momento de partilha e de prazer que reforça a relação;
  - Pode ser dado em qualquer momento do dia, preferencialmente antes da alimentação, de modo a não correr o risco de bolar;
  - Deve manter o local aquecido (22 a 25°C) e sem correntes de ar;
  - Todo o material de que necessita deve ser preparado antes de iniciar o banho;
  - O bebé só deve ser despido quando já tiver tudo o que for necessário preparado;
  - A banheira do bebé deve estar assente sobre uma superfície plana;

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NORTE DE  
SANTAMÁRIA  
Hospital  
Público


## Banho do RN



- Banho do RN
  - Deve retirar anéis e pulseiras;
  - Deve colocar próximo uma toalha aberta, assim como a roupa que o bebé vai vestir;
  - Deve Colocar o restante material ao alcance da mão (gel, esponja, escova, óleo, etc.);
  - Os produtos a utilizar no banho devem ter pH neutro e não conter nem perfume nem álcool;
  - A água fria deve ser colocada primeiro e só depois, de forma gradual, a água quente. A altura de água não deve ultrapassar os 10-12 cm;
  - A temperatura da água deverá estar entre os 36º e os 37º. Pode utilizar um termómetro ou então o cotovelo para avaliar a temperatura;

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NORTE DE  
SANTAMÁRIA  
Hospital  
Público


## Banho do RN



- Banho do RN
  - Antes do banho deve limpar a região perineal retirando o excesso de fezes ou urina, para que a água não fique suja;
  - Segure o bebé, passando o seu braço esquerdo pelas costas do bebé, agarrando com a sua mão junto à axila do braço esquerdo do bebé. A mão direita fica livre para poder dar o banho;
  - O banho deve iniciar-se pela limpeza da cara (os olhos: limpar com compressa (uma para cada olho) embebidas em água limpa (ou soro fisiológico, sobretudo se tiverem alguma serosidade/secreções) do canto interno para o externo, apenas com água, sem produtos de higiene.

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NORTE DE  
SANTAMÁRIA  
Hospital  
Público

## Banho do RN



- Banho do RN
  - Ouvidos: utilizar apenas água, apenas na orelha, evitando a entrada de água no ouvido. Está contra-indicada a utilização de cotonetes;
  - Nariz: utilizar uma compressa húmida com água, sempre que apresentem secreções. Se apresentar o nariz obstruído deverá colocar soro fisiológico;
  - Cabeça: ensaboe a cabeça com movimentos suaves tendo cuidado para não deixar escorrer água com sabão para os olhos e ouvidos;
  - Tronco/Costas: mantenha movimentos suaves, iniciando no pescoço, barriga, braços e de seguida as costas. Quando se sentir à vontade, poderá colocar o bebé de bruços para lavar as costas.
  - Pernas/Pés: inicia na coxa deslizando progressivamente até aos dedos dos pés.

CENTRO HOSPITALAR  
LÍDIA NORTE DE  
SANTAMÁRIA  
Hospital  
Público

## Banho do RN



- Banho do RN
  - Órgãos genitais:
    - nos rapazes, repuxa-se ligeiramente o prepúcio de modo suave para trás, lava-se a restante área genital e por fim o ânus.
    - nas meninas, lavam-se as virilhas, seguidas dos genitais no sentido antero-posterior, terminando no ânus.
  - Terminado o banho, envolva o bebé muito bem numa toalha suave e seca. Enxugue-o delicadamente, sem fricção, dando atenção especial às pregas cutâneas. Seque bem o pescoço, axilas, virilhas e entre os dedos.
  - Unhas: devem cortar-se regularmente, de modo a manterem-se curtas (para que não se arranhem) e limpas. É aconselhável fazê-lo enquanto o recém-nascido dorme, ou então limá-las com lima de papel (objectos exclusivos do bebé).

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, Lda  
SANTAMARIA  
Plano de  
Prestações

# SONO DO RN

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, Lda  
SANTAMARIA  
Plano de  
Prestações

## Sono do RN

- Sono

Nota: Elaborado por uma colega, uma vez que ia de encontro à sua temática em estudo.

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, Lda  
SANTAMARIA  
Plano de  
Prestações

# PREVENÇÃO DA MORTE SÚBITA

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, Lda  
SANTAMARIA  
Plano de  
Prestações

## Prevenção da Morte Súbita

- Prevenção da Morte Súbita

Nota: Elaborado por uma colega, uma vez que ia de encontro à sua temática em estudo.

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, Lda  
SANTAMARIA  
Plano de  
Prestações



# AMAMENTAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, Lda  
SANTAMARIA  
Plano de  
Prestações

## Amamentação

- Vantagens do Leite Materno
  - Proporciona um alimento completo e natural, nas melhores condições de higiene e temperatura;
  - Económico, seguro e cómodo;
  - Acto ecológico, não desperdiça recursos naturais e não polui o ambiente.

**Para a mãe:**

- Facilita redução uterina mais precoce;
- Diminui a probabilidade de cancro da mama e ovários e diminui o risco de osteoporose;
- Satisfação por contribuir para a alimentação do filho;
- Diminui o risco de depressão pós-parto;
- Melhor recuperação do peso.



**É o método mais barato e seguro de alimentar o seu filho!**

**Amamentação**

**Vantagens do Leite Materno**

**Para o bebé:**

- Favorece o desenvolvimento de uma relação afectiva entre mãe/bebé;
- Contém todos os nutrientes que o bebé necessita nos primeiros 6 meses de vida;
- É de fácil digestão e assimilação;
- Contém anticorpos logo reforça o sistema imunitário, prevenindo as infecções;
- Previne a obesidade infantil;



**Amamentação**

**Vantagens do Leite Materno**

**Para o bebé:**

- Previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- Favorece o desenvolvimento de uma flora intestinal equilibrada;
- Promove o bom desenvolvimento dos maxilares e dos dentes;
- Diminui as dificuldades na fala, através do desenvolvimento dos músculos da face;
- Responde às necessidades de crescimento do bebé.



**Como funciona a Amamentação?**

**Representação esquemática da mama**



Associação Brasileira de Consultas e Amamentação  
www.abccam.org.br


**Produção de Leite Materno**



- Prolactina no sangue
- Sucção do bebé
- + prolactina à noite
- Suprime a ovulação

Quando um bebé mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. A parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina, que vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite.

**Produção de Leite Materno**



- Ocitocina no sangue
- Impulsos sensoriais
- Sucção do bebé
- Contração do útero

Quando um bebé mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. A parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega uma hormona chamada ocitocina. A ocitocina vai através do sangue para a mama e produz a contração das células musculares, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite colectado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo.

**Facilita a Produção de Leite Materno**



- Confiança
- Prazer
- Segurança
- Boa Pega
- Toçar, Olhar e Ouvir o bebé.

**Dificulta a Produção de Leite Materno**

Ansiedade

Stress

Preocupação



Dor

Mamas tensas

**Amamentação**

- **Composição do Leite Materno**
  - **Colostro** - do nascimento até ao 2º/3º dia
  - **Leite de Transição** - do 2º/3º dia ao 15º dia pós-parto
  - **Leite maduro**


**O leite materno é único e adaptado ao seu bebé!**

**Posições de Amamentar**




**Pegas**

- **Sinais de Boa Pega**
  - Queixo do bebé toca a mama
  - Boca bem aberta
  - Lábio inferior voltado para fora
  - Bochechas redondas
  - Mais aréola acima da boca do bebé que abaixo
  - Ouvir deglutir durante a mamada
- **Sinais de Má Pega**
  - Queixo do bebé não toca a mama
  - Boca não está bem aberta
  - Lábio inferior voltado para dentro
  - Bochechas tensas ou ("covichas") à proporção da sucção
  - Mais aréola abaixo da boca do bebé ou a mesma quantidade acima e abaixo
  - Ouve estalidos durante a mamada




**Prevenir o Ingurgitamento Mamário**

- Dar de mamar em horário livre;
- Colocar o bebé em posição correcta e verificar os sinais de boa pega;
- Usar roupas confortáveis e soutien próprio para a amamentação.



**Tratar o Ingurgitamento Mamário**

- Retirar o leite da mama até que as mamas fiquem menos ingurgitadas, o que se torna mais fácil para o bebé pegar mais eficazmente;
- Retirar o leite da mama, colocando o bebé a mamar, se possível, ou com expressão manual ou bomba;
- Quando conseguir retirar um pouco de leite, a mama fica mais macia e o bebé poderá mamar mais eficazmente;

## Tratar o Ingurgitamento Mamário

- Deve continuar a retirar com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o ingurgitamento desapareça.
- Estimular o reflexo de "ocitocina", através do relaxamento materno, olhar e tocar o bebé;
- Aplicar compressas quentes antes ou durante a extracção do leite, para tornar o leite mais fluído;
- Colocar compressas frias após a mamada, para reduzir o edema e assim aliviar a dor, e cerca de duas horas após a mamada, para reduzir a produção de leite.

## Recolha de Leite Materno

- A extracção manual e extracção por bomba manual, não permitem a extracção total de todo o leite.
- A extracção do leite, deverá ser feita, no máximo, de 4 em 4 horas, durante o dia e por um período maior durante a noite, para poder descansar.
- A lavagem da mama deve ser realizada na higiene diária. Não é necessária a limpeza da mama antes de cada colheita, para evitar o risco de lesão da pele.



Extracção Manual



Extracção com Bomba Manual



Extracção com Bomba Eléctrica

## Acondicionamento do Leite Materno

- **Temperatura ambiente:** 6 horas;
- **Frigorífico (0 e 4°C):** 24 horas;
- **Congelador ou arca congeladora:** máximo de 3 meses. Para congelar o leite, deve usar recipientes adequados, que poderá adquirir numa farmácia;
- Quando **armazenar o leite**, tenha em atenção, que o deverá **identificar com a data** no qual foi extraído, para poder utilizar sempre em primeiro o leite extraído há mais tempo;
- O descongelamento do leite deverá ser realizado no frigorífico;
- O leite deverá ser aquecido em "banho maria";
- Depois de descongelado, terá de usar o leite num período de 24 horas;
- Não volte a congelar leite que já foi descongelado.



## Bloqueio dos Ductos

- **Causas**
  - Uso de roupas apertadas e soutien desadequado;
  - Pancada na mama;
  - Posições de amamentação desadequadas.
- **Prevenir/Tratar Bloqueio dos Ductos**
  - Usar soutien próprio para a amamentação e roupas largas;
  - Amamentar em posições diferentes, de forma a esvaziar todas as partes da mama;
  - Aplicar compressas quentes e realizar massagem local antes e durante a mamada;
  - Oferecer mamadas frequentes.



## Mastite

- **Tratar a Mastite**
  - Aplicar os mesmos cuidados do ingurgitamento mamário;
  - Repouso da mãe;
  - Mãe pode amamentar do lado não afectado;
  - Antibioterapia se necessário;
  - Analgésicos.



## Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras

- **Prevenir dor/fissuras nos mamilos**
  - Coloque a criança numa posição correcta (cabeça em linha recta com o corpo, face de frente para o mamilo);
  - Verifique sinais de boa pega;
  - Os mamilos devem ser lavados unicamente uma vez ao dia;
  - Não deve interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
  - Se a mãe tiver de interromper, deve colocar um dedo, suavemente, na boca do bebé de modo a interromper a sucção.



## Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras

### Tratar dor/fissuras nos mamilos

- Pode iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Deve aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada (facilita a cicatrização);
- A mãe deve expor os mamilos ao ar, sempre que possível, no intervalo das mamadas;
- Em último caso, retire o leite e dê-o ao bebé por biberon.



## Pouco Leite/Choro do Bebê

### O que fazer?

- A mãe deve amamentar sempre que o bebé tenha fome (horário livre);
- O bebé deve esvaziar uma mama até ao fim;
- Na mamada seguinte deve alternar a mama;
- Acordar o bebé e não o deixar muito agasalhado.



### Como aumentar a produção de leite?

- Como aumentar a produção de leite?
- Amamentar com mais frequência durante alguns dias;
- Amamentar também à noite (a libertação de prolactina é superior durante a noite);
- Retirar o leite, sempre que não esteja com o bebé.

## Alimentação da Mãe

### Alimentação Correcta

- Fazer 6 a 7 refeições por dia;
- Não fazer intervalos superiores a 3h30 entre as refeições;
- Mastigar calmamente;
- Evitar o consumo de alimentos açucarados, salgados ou com muita gordura.
- Não consumir bebidas alcoólicas nem bebidas com cafeína;
- Deve ingerir pelo menos 2l de água por dia;
- Deve ter uma alimentação variada, completa e equilibrada, segundo as recomendações da Roda dos Alimentos.



## Alimentação da Mãe



### Alimentação que a Mãe deve evitar quando Amamenta

- Brócolos, couves, couve-flor, couve-de-bruxelas, repolho, pimentos, pepino, nabo; (Podem alterar o sabor do leite e causar formação de gases e irritação do bebé)
- Cebola e alho crus; (Podem alterar o sabor do leite. Os bebés podem ou não gostar do sabor, pelo que se deve estar atento às suas reacções)
- Citrinos (laranja, toranja, limão, tangerina), os morangos e o kiwi; (Podem causar reacções alérgicas no bebé, sobretudo se houver história familiar de alergia a estes alimentos. Sintomas: diarreia, irritações de pele, desconforto, gases)
- Leguminosas (ervilhas, feijões, grão-de-bico, favas e lentilhas). (Pode causar uma reacção alérgica no bebé, irritabilidade e aumentar os gases intestinais)

**ATENÇÃO**  
Não deve consumir leite e derivados em excesso.  
A sua ingestão não aumenta a produção de leite materno.

## Alimentação do RN

### Preparação dos biberões

- Deve lavar sempre as mãos antes da preparação dos biberões;
- Deve idealmente, reservar uma área limpa na cozinha;
- A água para preparar o biberão deve ser fervida diariamente e para isso pode utilizar água da torneira;
- Pode também utilizar água engarrafada, que não necessita de ser fervida;
- Deve ferver a água em recipiente próprio e só para esta finalidade;
- Deve colocar no biberão a quantidade de água necessária e só depois, adicionar o leite;

## Alimentação do RN

### Preparação dos biberões

- Deve utilizar somente a medida que se encontra na lata de leite;
- Por cada 30 ml de água, deve adicionar 1 medida rasa de leite;
- Deve aquecer em água quente a correr ou em banho maria (sem ferver). Não deve utilizar o microondas;
- Deve desperdiçar leite já preparado e aquecido;
- Por comodidade (sobretudo durante a noite), pode deixar preparados no frigorífico alguns biberões que aquece na altura da mamada. Estes devem ser preparados em água fria;
- Deve verificar a temperatura do leite antes de o oferecer ao seu filho.



## Alimentação do RN

### Lavagem dos biberões

1. Deve lavar o interior dos biberões com um escovilhão, tirando das paredes o resto de leite. Deve prestar especial atenção à região do gargalo e da rosca, onde se aloja leite ressequido;
2. Deve lavar as tetinas, voltá-las de dentro para fora e esfregar com uma escovinha apropriada. Para retirar as partículas de leite coladas, pode esfregar com sal, que funciona como abrasivo;
3. Deve enxaguar abundantemente cada utensílio em água quente;
4. Deve esterilizar, posteriormente, os biberões e tetinas.



## Alimentação do RN

### Esterilização dos biberões/tetinas

- ❑ **Fervura:**
  - ❑ Deve utilizar um recipiente só para este efeito. Ferver durante 10 minutos os biberões e as tetinas apenas 5 minutos. Depois de fervidos, os biberões devem ser mantidos no recipiente ou retirados e fechados.
- ❑ **Microondas:**
  - ❑ Existem no mercado instrumentos de esterilização de biberões para microondas. Devem ser utilizados de acordo com as instruções do fabricante.
  - ❑ Depois de esterilizados (biberões e tetinas) devem ser manipulados sempre com as mãos lavadas.



## SEGURANÇA



## Segurança

### Vacinas

	0 Meses	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	15 Meses	18 Meses	5-6 Anos	10-13 Anos	Toda a Vida
Tuberculose	BCG										
Hepatite B	VHB <sup>a</sup>	VHB <sup>b</sup>				VHB <sup>b</sup>				VHB <sup>a</sup>	
Poliomielite		VIP <sup>a</sup>		VIP <sup>b</sup>		VIP <sup>b</sup>				VIP <sup>a</sup>	
Difteria, Tétano e Tosse Convulsa		DTP <sup>a</sup>		DTP <sup>b</sup>		DTP <sup>b</sup>			DTP <sup>a</sup>	DTP <sup>a</sup>	
Haemophilus B influenza		HIB <sup>a</sup>		HIB <sup>b</sup>		HIB <sup>b</sup>			HIB <sup>a</sup>		
Meningococo C		MenC <sup>a</sup>		MenC <sup>b</sup>		MenC <sup>b</sup>					
Papiloma H										VPH <sup>a</sup>	
Sarampo Rubéola e Tétano e Difteria							VASPR <sup>a</sup>		VASPR <sup>b</sup>		Tc Td (10/12 Anos)

(a) Só para nascidos até 1999 (segunda vacinação); (b) 1 e 9 meses; (c) Nos nascidos em 1993 a VASPR-2 deve ser administrada aos 13 anos; (d) Em 2009 2011 serão vacinadas as raparigas que atingem os 17 anos (nascidas em 1992-1994).

## Segurança

### Vacinas Vs Efeitos Secundários

- ❑ **BCG - Vacina contra a Tuberculose**
  - ❑ administrada subcutânea no braço esquerdo. Habitualmente aparece uma lesão papular, que pode ulcerar (borbulha com pús) que pode desaparecer em semanas ou meses, dando origem à cicatriz vacinal. Não se deve mexer.
- ❑ **VHB - Vacina contra a Hepatite B**
  - ❑ Dor, vermelhidão e tumefacção local;
  - ❑ Febre com duração de 1/2 dias.



## Segurança

### Vacinas Vs Efeitos Secundários

- ❑ **DTPaVIPHib - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Poliomielite, e doença por Haemophilus Influenzae**
  - ❑ Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2/3 dias);
  - ❑ Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite.
- ❑ **Men C - Vacina contra a infecção por Neisseria Meningitidis (grupo C)**
  - ❑ Ardor, dor, tumefacção e eritema no local de punção (desaparecem ao fim de 1/2 dias);
  - ❑ Cefaleias, febre, irritabilidade, náuseas, vômitos, diarreia, perda de apetite, sonolência.




CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, I.P.E.  
SANTAMARÍA  
Plano de  
Prevenção  
Pediátrica

## Segurança

---

■ **Vacinas Vs Efeitos Secundários**



- VASPR - Vacina contra o Sarampo, Parotidite Epidémica e Rubéola
  - Ardor, calor, dor, vermelhidão, inchaço;
  - Febre, exantema (pode surgir 5 a 12 dias após a vacinação).
- DTPaHib - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, e doença por Haemophilus Influenzae b
  - Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2-3 dias);
  - Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite, choro persistente (3 horas ou mais), reacções alérgicas.

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, I.P.E.  
SANTAMARÍA  
Plano de  
Prevenção  
Pediátrica

## Segurança

---

■ **Vacinas Vs Efeitos Secundários**


- DTPaVIP - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, e Poliomielite
  - Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2-3 dias);
  - Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite.
- Td - Vacina contra o Tétano e Difteria
  - Dor, vermelhidão, inchaço, pode formar-se um nódulo duro e doloroso, podendo persistir algumas semanas.

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, I.P.E.  
SANTAMARÍA  
Plano de  
Prevenção  
Pediátrica

## Segurança

---

■ **Prevenção de Infecções**




- Deve proteger o seu filho do frio;
- Também não o deve sobreaquecer em dias de calor (veja o que tem vestido);
- Deve evitar o contacto junto de pessoas constipadas;
- Se existirem irmãos mais velhos que frequentem infantários, devem lavar sempre as mãos e a cara antes de contactarem com o irmão;
- Se forem os pais a ficar constipados devem colocar uma máscara no nariz e boca e lavar cuidadosamente as mãos antes de tratarem do bebé;
- Os passeios ao ar livre são benéficos;
- Os "passeios" no ar saturado dos centros comerciais ou locais de grande concentração de pessoas são maléficos e o risco de o bebé contrair uma doença numa dessas saídas é grande;

CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, I.P.E.  
SANTAMARÍA  
Plano de  
Prevenção  
Pediátrica

## Segurança

---

■ **Prevenção de Infecções**



- Evite ambientes poluídos de fumo.
- Andar em transportes públicos, superlotados, é uma aventura a fazer, apenas, em caso de grande necessidade. Os vírus que provocam infecções respiratórias transmitem-se pelas gotículas de saliva que são expelidas quando as pessoas tosse e também pelas mãos.
- Estas medidas são essenciais para evitar que o bebé adquira algumas das infecções mais frequentes.
- Outras infecções graves da infância são prevenidas pelas vacinas. Se cumprir o esquema nacional de vacinação está a proteger o seu filho de doenças muito graves que, no passado, foram responsáveis por sequelas graves ou pela morte de muitas crianças.


CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, I.P.E.  
SANTAMARÍA  
Plano de  
Prevenção  
Pediátrica

## Segurança

---

■ **Prevenção de Acidentes**

- A idade e o estadio de desenvolvimento da criança determina, parcialmente, os tipos de acidentes mais prováveis de acontecer.
- O ambiente físico, económico, social e familiar da criança é igualmente determinante para a ocorrência de acidentes.




CENTRO HOSPITALAR  
LIBRINA NOROESTE, I.P.E.  
SANTAMARÍA  
Plano de  
Prevenção  
Pediátrica

## Segurança

---

■ **Prevenção de Acidentes**



- As crianças são indefesas em qualquer ambiente.
- Os acidentes constituem a principal causa de óbito durante o primeiro ano de vida, especialmente na altura em que a criança começa a adquirir maiores habilidades locomotoras e manipulativas (6-12 meses).



Segurança

CENTRO HOSPITALAR LIBRUA NOROESTE EPE  
SANTAMARIA  
Município de Pádua

■ Prevenção de Acidentes

□ Principais acidentes no 1º ano de vida:

- Asfixia por corpos estranhos;
- Quedas e envenenamentos (após 4 meses);
- Acidentes por veículos motorizados (o tamanho aumenta o risco de esmagamento ou de projecção);
- Risco de afogamento e queimadura.

Segurança




CENTRO HOSPITALAR LIBRUA NOROESTE EPE  
SANTAMARIA  
Município de Pádua

■ Prevenção de Acidentes

□ A segurança doméstica nestas idades inclui a adopção de medidas de protecção, ou seja, a criação e manutenção de um ambiente seguro, uma vez que a implementação da permanente vigilância é praticamente impossível.

□ Devemos ter em atenção acções que possibilitem imitações por parte das crianças.

□ Atenção à escolha dos brinquedos.

Segurança

CENTRO HOSPITALAR LIBRUA NOROESTE EPE  
SANTAMARIA  
Município de Pádua

0 a 1 ano



Segurança

CENTRO HOSPITALAR LIBRUA NOROESTE EPE  
SANTAMARIA  
Município de Pádua


■ Transporte do RN

□ Em caso de acidente, uma criança que viaje à solta no automóvel, está sujeita a um risco de morte ou ferimentos graves 2 a 10 vezes superior ao de uma criança que viaje com um sistema de retenção adequado.

□ Mesmo os condutores muito experientes e cuidadosos, não estão a salvo dos erros dos outros condutores. No entanto, o risco de morte e ferimentos graves podem ser diminuídos.

□ Para isso, basta utilizar sempre, **seja qual for a velocidade ou a distância a percorrer, um sistema de retenção adequado ao peso e à idade das crianças e correctamente instalado.**

**Nota:** Transportar uma criança num automóvel sem o respectivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais.  
É também uma contra-ordenação grave punida por lei com coima e sanção acessória de inibição de conduzir.



Segurança



CENTRO HOSPITALAR LIBRUA NOROESTE EPE  
SANTAMARIA  
Município de Pádua

■ Porque deve a cadeira estar voltada para trás?

□ Nos bebés pequenos, a cabeça representa cerca de 1/4 do peso do bebé. O bebé encontra-se também numa fase de crescimento muito rápido, pelo que os seus ossos são ainda muito elásticos e pouco firmes.

□ Se a criança estiver voltada para a frente antes dos 18 meses, o seu pescoço pode ser "puxado" com demasiada força mesmo num acidente a baixa velocidade ou até numa travagem brusca. O que vai acontecer é que o pescoço pode "esticar" demasiado, provocando lesões na coluna vertebral.

□ Como os choques frontais são mais frequentes e violentos que os choques por trás, as crianças têm que viajar voltadas para trás pelo menos até aos 18 meses. Se for possível viajar com a criança voltada para trás até ainda mais tarde, melhor, pois vai mais segura.

Transporte do RN

CENTRO HOSPITALAR LIBRUA NOROESTE EPE  
SANTAMARIA  
Município de Pádua

■ Cadeirinhas 0-13 kg (Grupo 0+)

□ São habitualmente chamadas "cadeiras portáteis" e utilizam-se sempre voltadas para trás. Podem ser instaladas no banco da frente ou no de trás, utilizando um cinto de 3 pontos. Não podem nunca ser instaladas num lugar que tenha um airbag frontal activo.

□ São as cadeiras mais indicadas para os recém-nascidos e bebés pequenos, pois nestas cadeiras o bebé não viaja demasiado direito e vai bem aconchegado e confortável.

□ São preferíveis em relação às alcofas para automóvel onde a criança viaja deitada, pois nas alcofas, o bebé não é bem amparado e a maioria dos embates são transformados em choques laterais, que são muito mais perigosos para o bebé.





Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme

**Sinais de Alarme (desenvolvimento)**

- ❑ Alterações do tónus (força dos músculos e articulações)
  - ❑ Frequentes e, muitas vezes, transitórias.
  - ❑ A hipertonia mantida, como a hiperextensão da cabeça por hipertonia axial, ou o abrir e puxar para trás os braços por hipertonia a nível dos ombros, ou o ficar com as pernas demasiado esticadas, parecendo que o bebé já quer ficar de pé antes dos 6 meses, pode indicar uma situação patológica.
  - ❑ Serão dadas indicações sobre o correcto posicionamento da criança e sobre o eventual recurso ao tratamento por Fisioterapia (alterações mais graves ou persistentes).

Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme

**Sinais de Alarme (desenvolvimento)**

- ❑ Assimetria dos movimentos
  - ❑ Os movimentos dos membros devem ser simétricos.
  - ❑ Nos primeiros meses as crianças não devem mostrar preferência pela utilização de um dos membros.
  - ❑ A utilização preferencial de uma mão para agarrar os objectos, ou mover mais activamente uma das pernas pode ser sinal de lesão cerebral (Fisioterapia).
- ❑ Problemas de visão
  - ❑ A existência de falta de contacto visual ou de um desvio mantido dos olhos, pode ser a manifestação de diminuição da acuidade visual ou de estrabismo.
  - ❑ Mais tarde, o aproximar demasiado os objectos da face, pode ser sinal de diminuição da visão.

Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme

**Sinais de Alarme (desenvolvimento)**

- ❑ Problemas de audição
  - ❑ A reacção aos sons pode ser notada desde os primeiros meses, em que o bebé reage à voz dos pais quando estes procuram acalmá-lo. Se isso não acontecer, programar novo rastreio auditivo.
- ❑ Perturbações da linguagem
  - ❑ As crianças prematuras têm um maior risco de desenvolver problemas da linguagem, sobretudo expressiva.
  - ❑ Se a criança não atingir as etapas do desenvolvimento linguístico nas idades apropriadas (dizer 10 palavras ou sons com significado aos 18 meses, juntar 2 palavras aos 24 meses, fazer frases de 3 palavras aos 36 meses) ou se houver erros de articulação importantes depois dos 5 anos, deve ser efectuada:
    - ❑ uma reavaliação da audição;
    - ❑ uma avaliação global do desenvolvimento a fim de se verificar se a perturbação da linguagem surge de forma isolada;
    - ❑ uma avaliação específica da linguagem (Terapia da Fala).

Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme

**Sinais de Alarme (desenvolvimento)**


- ❑ Perturbação global do desenvolvimento (défice cognitivo)
  - ❑ As crianças não adquirem as competências nas diversas áreas do desenvolvimento nas idades esperadas.
    - ❑ falta de interesse pelos objectos ;
    - ❑ má coordenação entre a visão e a manipulação.
- ❑ Dificuldades escolares
  - ❑ Mais frequentes nas crianças que foram prematuras.
    - ❑ perturbações específicas da aprendizagem (dislexia ou discalculia). A dislexia surge muitas vezes associada a uma perturbação da linguagem, constituindo esta última, um sinal de alarme para a dislexia.
    - ❑ perturbações comportamentais que vão comprometer o desempenho escolar (perturbação de défice de atenção, associada ou não à hiperactividade). A perturbação de défice de atenção exige uma intervenção terapêutica comportamental e, por vezes, medicamentosa.

Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme

**Sinais de Alarme (desenvolvimento)**

- ❑ Nas Unidades Neonatais, existem programas de estimulação de acordo com a necessidade do recém-nascido prematuro e da sua família, com o apoio de diferentes profissionais, de modo a otimizar o seu desenvolvimento.
- ❑ Após a alta mantém-se a necessidade de um acompanhamento adequado, destas crianças, até à idade escolar e mesmo até à idade adulta de modo a intervir atempadamente, no sentido de minimizar os eventuais défices.
- ❑ A avaliação multidisciplinar continua é importante. Para além dos serviços hospitalares, são, por vezes, necessários outros serviços, nomeadamente no âmbito da educação, de modo a contribuir para que estas crianças que nasceram "antecipadamente" possam ter um crescimento e desenvolvimento semelhante ao dos seus pares.

**PRINCIPAIS PROBLEMAS**



## Principais Problemas

### Soluções

- Os soluços estão associados à imaturidade do sistema nervoso que não controla adequadamente o músculo diafragma.
- Atingem cerca de 80% dos bebés e desaparecem tão repentinamente como chegaram, sem precisar de qualquer tratamento.
- Os soluços tendem a melhorar até os seis meses de idade.
- Há muitos bebés que têm soluços após as mamadas e regurgitam um pouco de leite, sobretudo nos primeiros meses.
- Se estiverem a progredir de peso, não existe razão para preocupações.
- Esta situação normalmente não incomoda os bebés, mas preocupa os pais.
- Os bebés no útero também podem ter soluços.
- Os soluços podem ser causados pela ingestão rápida de alimentos.



## Principais Problemas

### Cólicas

- As cólicas são espasmos intestinais resultantes da adaptação e desenvolvimento do sistema digestivo do bebé e devido à acumulação de gases.
- Manifestam-se mais frequentemente nos primeiros 3 a 4 meses.
- Sinais:
  - choro alto e inconsolável
  - flexão das pernas sobre o abdómen
  - abdómen tenso



**Embora a cólica seja considerada um incómodo menor, pode acarretar intenso impacto emocional na ligação pais/filho e na dinâmica familiar.**

## Principais Problemas

### Cólicas

- Algumas causas:
  - Alimentação muito rápida;
  - Deglutição de muito ar;
  - Excesso de alimentação;
  - Má técnica a dar a alimentação (posição, eructação);
  - Stress ou tensão emocional entre pais e criança;
  - Fermentação excessiva e produção de gases no intestino;
  - Intolerância às proteínas do leite de vaca.



## Principais Problemas

### Cólicas

- Atenção:
  - À dieta da mãe que amamenta;
  - À relação entre o horário das cólicas e a refeição;
  - A quem está presente na refeição;
  - À actividade da mãe antes, durante e depois do choro;
  - Ao que se faz para aliviar o choro;
  - À forma como a mãe dá o leite.



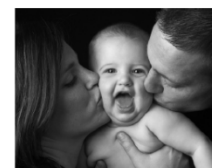
## Principais Problemas

### Engasgamento

- Atenção:
  - Deve colocar o bebé de cabeça para baixo, apoiado no seu antebraço, e bater suavemente nas costas.



# ANTES DA ALTA...



## Antes da Alta...

- O ambiente familiar e a situação sócio-económica são avaliados.
- O recém-nascido deve alimentar-se adequadamente, com boa sucção, deglutição e respiração.
- Deve ter um aumento sustentado de peso.
- A temperatura corporal deve ser adequada, vestido, num berço aberto e num ambiente de 24-25°C.
- A função cardiorrespiratória deve ser estável.
- É feito o teste do pezinho, o rastreio da retinopatia da prematuridade e o rastreio auditivo.

## Antes da Alta...

- É observado pelos médicos da neonatologia e encaminhado para as consultas de especialidade.
- Efectua as imunizações do Plano Nacional de Vacinação, de acordo com a idade cronológica,
- Inicia a profilaxia das infecções respiratórias a vírus sincicial respiratório, no início da época, com Palivizumab, quando indicado.
- A orientação nutricional do recém-nascido (alimentação, vitaminas) é partilhada com os Pais.

## Antes da Alta...

- O recém-nascido é colocado na cadeira de transporte 30 minutos antes da alta, para avaliação da função cardiorrespiratória.
- São avaliados antes da alta, os conhecimentos adquiridos pelos Pais/Cuidadores nos cuidados ao recém-nascido, como: alimentação, higiene, detecção de sinais e sintomas de doença, transporte seguro do recém-nascido, etc.
- Na alta do recém-nascido os Pais recebem o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) e o Boletim de Vacinas, devidamente preenchido.

## Antes da Alta...

- Recebem uma cópia da informação clínica, com indicação dos problemas médicos não resolvidos e consultas de seguimento no ambulatório. O BISJ deve acompanhar sempre o recém-nascido nas consultas de seguimento ou no Serviço de Urgência.
- A mesma informação é fornecida ao médico assistente e/ou médico de família.
- A carta de enfermagem, é enviada por correio, destinada à equipa de enfermagem do Centro de Saúde da área de residência.

## ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE APÓS A ALTA



## Acompanhamento de Saúde após a Alta

- Consulta de Neonatologia;
- Consulta de Desenvolvimento;
- Outras Consultas de Especialidades (Fisioterapia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrino, Audiologia, Psicologia, ...);
- Médico de Família, Pediatra ou ambos;
- Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil e Vacinação no Centro de Saúde da Área de Residência.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NOROESTE, I.P.S. | HOSPITAL DE SANTA MARIA | Instituto Português de Oncologia

## APOIOS NA COMUNIDADE



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NOROESTE, I.P.S. | HOSPITAL DE SANTA MARIA | Instituto Português de Oncologia

## Apoios na Comunidade

- Os prematuros são crianças que tiveram longos internamentos e após a alta, à medida que vão crescendo, torna-se necessário mantê-las sob vigilância.
- Durante os primeiros anos de vida vão exigir maior recurso a cuidados de saúde multidisciplinares, frequentemente têm uma maior taxa de reinternamentos e tudo isto contribui para o grande stress a que estas famílias ficam sujeitas, com repercussões a longo prazo.
- A **instituição hospitalar** que cuidou do recém-nascido nos seus primeiros dias de vida está sempre aberta para orientar os pais/cuidadores da criança.
- Também o **pediatra**, responsável pela vigilância de saúde da criança é um pilar importante neste processo. É ele que, merecendo a confiança da família, oferece a sua disponibilidade para ajudar a esclarecer as múltiplas dúvidas que vão surgindo aos pais.
- A **equipa de enfermagem**, quer hospitalar, quer do centro de saúde da área de residência, é também fundamental no apoio aos pais.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NOROESTE, I.P.S. | HOSPITAL DE SANTA MARIA | Instituto Português de Oncologia

## Apoios na Comunidade

- Os **grupos de apoio**, constituídos por famílias que têm em comum a existência de ex-prematuros no seu seio, contribuem para destruir receios, esclarecer dúvidas, corrigir comportamentos e consequentemente aumentar a segurança e melhorar a confiança.
- As **associações de pais e amigos das crianças de alto risco** (IPPS) têm um papel relevante nestes apoios. Estas instituições estão sediadas por todo o país. Os seus contactos, serviços prestados e os horários de funcionamento, podem ser consultados em: <http://195.245.197.196/left.asp?01.03.01>
- A **família** tem um papel fundamental, podendo potencializar esse desenvolvimento, amenizando os efeitos das lesões pós-natais quando existem, ou pelo contrário, exercer um efeito devastador, como no caso de negligência e de maus-tratos.
- Os programas de **intervenção precoce** visando a integração com sucesso destas crianças na comunidade, terão de ser centrados na família, que deverá ser valorizada como um dos principais pilares de intervenção, que vai além dos pais e pode incluir outros familiares.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NOROESTE, I.P.S. | HOSPITAL DE SANTA MARIA | Instituto Português de Oncologia

## SITES DE APOIO



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NOROESTE, I.P.S. | HOSPITAL DE SANTA MARIA | Instituto Português de Oncologia

## Sites de Apoio

A maioria dos recursos sobre bebés prematuros existentes na Internet está na língua inglesa. Foram seleccionados alguns que poderão ser um precioso auxiliar na procura de informação sobre temas relacionados com a prematuridade.

Poderá ainda consultar a página da Sociedade Portuguesa de Neonatologia, onde se encontram disponíveis endereços electrónicos de interesse para os pais. ([www.lusoneonatalogia.net](http://www.lusoneonatalogia.net))

- Outros sites na língua portuguesa:
  - Nascer prematuro ..... [www.nascerprematuro.org](http://www.nascerprematuro.org)
  - SOS amamentação ..... [www.sosamentacao.org.pt](http://www.sosamentacao.org.pt)
  - Diagnóstico Precoce ..... [www.diagnosticoprecoce.org](http://www.diagnosticoprecoce.org)
  - Saúde 24 ..... [www.saude24.pt](http://www.saude24.pt)
  - Direcção Geral de Saúde ..... [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/)
  - Sociedade Portuguesa de Pediatria ..... [www.spp.pt](http://www.spp.pt)
  - Associação para a Promoção da Segurança Infantil ..... [www.apsi.org.pt/](http://www.apsi.org.pt/)
  - Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal ..... [www.apdpn.org.pt/](http://www.apdpn.org.pt/)
  - Grupo de Gémeos ..... [gemeos.servisoft.pt](http://gemeos.servisoft.pt)
  - Doenças Raras ..... [www.rarissimas.pt](http://www.rarissimas.pt)
  - Nascer antes (Brasil) ..... [nasceraantes.com.br](http://nasceraantes.com.br)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NOROESTE, I.P.S. | HOSPITAL DE SANTA MARIA | Instituto Português de Oncologia

## Sites de Apoio

- Sites em espanhol
  - [www.prematuros.info/](http://www.prematuros.info/)
  - Associação Argentina de Pais de Prematuros ..... [www.apaprem.org.ar](http://www.apaprem.org.ar)
  - Associação valenciana de Pais de Bebés Prematuros ..... [www.avaprem.org/](http://www.avaprem.org/)
- COMUNIDADE / PAIS
  - <http://www.cipap.net/> - Centro de informação, prevenção e acompanhamento da prematuridade (francês)
  - [www.chilbirth.org/articles/comp.html](http://www.chilbirth.org/articles/comp.html) - Oferece informação detalhada sobre possíveis complicações da gravidez
  - [www.comunity.com/premature](http://www.comunity.com/premature) - Informação e recursos para pais de prematuros. Informação sobre as consequências a longo prazo do nascimento prematuro. Endereços electrónicos de pais de prematuros com mais de 4 anos
  - [www.prematurity.org](http://www.prematurity.org) - Tem como objectivo fornecer aos pais a informação de que necessitam para cuidar do seu filho prematuro.
  - [www.preemie.com](http://www.preemie.com) - Roupa e outros produtos para prematuros
  - [www.preemie.org](http://www.preemie.org) - Organização que tem como finalidade ajudar os pais a entrar em contacto com outros pais de prematuros.
  - [www.sidelines.org](http://www.sidelines.org) - Apoio para mãe com gravidez complicada a necessitar de repouso
  - [www.preemie.info/](http://www.preemie.info/)

CENTRO HOSPITALAR  
LÍBIA NOROEL, IPE

SANTAMARÍA

PEDIATRIA  
Pediatría

## Sites de Apoio

- **AMAMENTAÇÃO**
  - [www.la lecheleague.org](http://www.la lecheleague.org) - Informação e conselhos sobre amamentação
- **GÊMEOS**
  - [www.mostonline.org](http://www.mostonline.org) - [www.synspectrum.com/multiplicity.html](http://www.synspectrum.com/multiplicity.html)
  - [www.ttsfoundation.org](http://www.ttsfoundation.org) - Informação sobre transfusão feto-fetal e contacto com outros pais cujos filhos tiveram o mesmo problema
- **UCIN E INFORMAÇÃO MÉDICA**
  - [www.ericec.org](http://www.ericec.org) - Acesso a uma livraria extensa sobre prematuridade e cuidados especiais
  - [www.pediatrics.wisc.edu/childreshosp/parents\\_of\\_preemies](http://www.pediatrics.wisc.edu/childreshosp/parents_of_preemies) - Livro para pais de prematuros
  - [www.pediatrics.wisc.edu/patientcare/preemies/](http://www.pediatrics.wisc.edu/patientcare/preemies/) - Informação em inglês e em espanhol sobre doenças / patologias e medicamentos
  - [www.preemie-L.org](http://www.preemie-L.org) - Site para a família dos prematuros com grupos de discussão e contactos
- **CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA**
  - [www.familycenteredcare.org](http://www.familycenteredcare.org)
  - [www.theschwartzcenter.org](http://www.theschwartzcenter.org)

CENTRO HOSPITALAR  
LÍBIA NOROEL, IPE

SANTAMARÍA

PEDIATRIA  
Pediatría

## Sites de Apoio

- **RECURSOS PARA PAIS**
  - <http://members.aol.com/MarAim/preemie.htm>
  - [www.prematurity.org/preemiepgs.html](http://www.prematurity.org/preemiepgs.html)
  - [www.pregnancy.org/topics.php](http://www.pregnancy.org/topics.php)
  - [www.sidelines.org](http://www.sidelines.org)
  - [www.storknet.com/cubbies/index.html](http://www.storknet.com/cubbies/index.html)
- **ALIMENTAÇÃO**
  - [www.feedingcenter.org/discussion.html](http://www.feedingcenter.org/discussion.html)
  - <http://hometown.aol.com/Lmwill262/>
  - [www.network54.com/Hide/Forum/109925](http://www.network54.com/Hide/Forum/109925)
- **DEPRESSÃO PÓS-PARTO**
  - [www.depressionafterdelivery.com/](http://www.depressionafterdelivery.com/)
  - [www.postpartum.net](http://www.postpartum.net)

CENTRO HOSPITALAR  
LÍBIA NOROEL, IPE

SANTAMARÍA

PEDIATRIA  
Pediatría

## Sites de Apoio

- **APOIO AQUANDO INSUCESSO / MORTE DE UM BEBÉ**
  - [www.climb-support.org](http://www.climb-support.org)
  - [www.dougy.org](http://www.dougy.org) - Apoio a pais que perderam o filho
  - [www.compassionatefriends.org](http://www.compassionatefriends.org) - Apoio a pais que perderam o filho
  - [www.misschildren.org](http://www.misschildren.org) - Apoio a pais que perderam o filho
  - [www.nationalshareoffice.com](http://www.nationalshareoffice.com)
- **CUIDADOS ESPECIAIS / PROBLEMAS DO DESENVOLVIMENTO**
  - [www.childmed.com](http://www.childmed.com) - Produtos desenhados especialmente para incentivar o desenvolvimento de bebés prematuros
  - [www.dragonflytoys.com](http://www.dragonflytoys.com) - Brinquedos para crianças com necessidades especiais
  - [www.interdys.org](http://www.interdys.org) - Informação e apoio sobre dislexia
  - [www.irsc.org/disability.htm](http://www.irsc.org/disability.htm) - links para sites com informações sobre sequelas
  - [www.familyvillage.wisc.edu](http://www.familyvillage.wisc.edu) - Website com informação extensa de recursos sobre prematuridade e suas sequelas
  - [www.kdanat.org](http://www.kdanat.org) - Informação e apoio sobre problemas de aprendizagem
  - [www.modimes.org](http://www.modimes.org) - Informações sobre saúde, diagnóstico pré-natal e algumas sequelas

CENTRO HOSPITALAR  
LÍBIA NOROEL, IPE

SANTAMARÍA

PEDIATRIA  
Pediatría

## Sites de Apoio

- **www.nichcy.org** - Disponibiliza informação sobre sequelas, intervenção precoce, educação especial. Informação em espanhol
- **www.ucpa.org** - Informação sobre paralisia cerebral e outros problemas decorrentes da prematuridade
- [www.childrensdisabilities.info](http://www.childrensdisabilities.info) - <http://cd.net.au/>
- <http://childrenwithspecialneeds.com/>
- [www.oneadplace.com](http://www.oneadplace.com)
- [www.our-kids.org](http://www.our-kids.org)
- **PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS**
  - <http://www.cheo.on.ca/english/9210.shtml> - Informação detalhada sobre o que é displasia broncopulmonar, como tratar e quais as preocupações dos pais
  - [www.rsvinfo.com](http://www.rsvinfo.com) - Informação sobre RSV - Vírus Sincicial Respiratório
- **REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO**
  - [www.reflux.org](http://www.reflux.org) - Informação sobre refluxo gastro-esofágico

CENTRO HOSPITALAR  
LÍBIA NOROEL, IPE

SANTAMARÍA

PEDIATRIA  
Pediatría

## Sites de Apoio

- **VISÃO**
  - [www.blindchildrenscenter.org](http://www.blindchildrenscenter.org) - Ajuda a pais com deficit da visão
  - [www.lgc.org/afb/](http://www.lgc.org/afb/) - Ajuda a pais com deficit da visão
- **E ainda...**
  - [www.neonatology.org](http://www.neonatology.org)
  - <http://www.childbirth.org/>
  - <http://www.pregnancy.com/>
  - <http://www.baby.com/>
- **Contactos úteis**
  - Saúde24 - 808 24 24 24 (chamada local)
  - Grupo de gémeos - 222085737 / 227625767 / 227628145
  - SOS Grávida - 808 201 139 (chamada local)
  - SOS Criança - 800 202 651 (grátis)

CENTRO HOSPITALAR  
LÍBIA NOROEL, IPE

SANTAMARÍA

PEDIATRIA  
Pediatría

# LEGISLAÇÃO



CENTRO HOSPITALAR LIBRIS NOROESTE LTDA  
SANTAMARIA  
Prestador de Serviços de Saúde

**Legislação Portuguesa**

- Brochura "Parentalidade: Bom para os Pais, melhor para os Filhos" (Junho 2011)
  - [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=23564&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=23564&m=PDF)
- Decreto de Lei nº91/2009 de 9 de Abril
  - [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=23565&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=23565&m=PDF)
- Segurança Social – Guias Práticos
  - <http://www2.seg-social.pt/left.asp?05.18.08.06>


CENTRO HOSPITALAR LIBRIS NOROESTE LTDA  
SANTAMARIA  
Prestador de Serviços de Saúde




**PREMATUROS FAMOSOS**

CENTRO HOSPITALAR LIBRIS NOROESTE LTDA  
SANTAMARIA  
Prestador de Serviços de Saúde

**Prematuros Famosos**



**Sir Isaac Newton**  
Físico, Matemático e Astrónomo Britânico. Nasceu em 1642 e viveu 85 anos. QI estimado de 170. No dia de Natal, um bebé de cerca de 1500 gramas, acabado de nascer, descansava sobre uma almofada junto da sua mãe. Estava vivo mas lutava para respirar. Pensavam que não iria resistir muito tempo, mas enganaram-se pois esse pequeno bebé tornou-se um dos maiores génios científicos de todos os tempos.



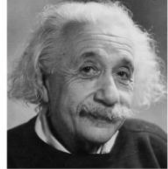
**Francois Marie Arouet De Voltaire**  
Filósofo e Escritor Francês. Nasceu em 1694 e viveu 84 anos. QI estimado de 180. No dia do seu nascimento, devido às poucas hipóteses que tinha de sobreviver, foi imediatamente baptizado. As enfermeiras diziam que não iria sobreviver mais do que uma hora. No entanto desafiando as expectativas o pequeno rapaz sobreviveu e é hoje considerado como um génio raro.

CENTRO HOSPITALAR LIBRIS NOROESTE LTDA  
SANTAMARIA  
Prestador de Serviços de Saúde

**Prematuros Famosos**




**Pablo Picasso**  
Artista Espanhol. Nasceu em 1881 e viveu 92 anos. A parteira pensou que a criança tinha nascido morta e deixou-a em cima da mesa para ir socorrer a sua mãe. Foi o tio, um médico experiente, que o reanimou e assim salvou este futuro grande artista.



**Albert Einstein**  
Nasceu prematuro, na Alemanha, no ano de 1879. Foi físico e matemático e até hoje é conhecido pela sua genialidade. Alemão radicado nos Estados Unidos, Einstein ganhou o Prémio Nobel da Física. Devido à formulação da teoria da relatividade, tornou-se famoso mundialmente e até hoje é um dos mais respeitados físicos do mundo, cujas teorias são praticamente incontestáveis. Seu rosto está entre os mais conhecidos da humanidade.

CENTRO HOSPITALAR LIBRIS NOROESTE LTDA  
SANTAMARIA  
Prestador de Serviços de Saúde

**Prematuros Famosos**



**Mariza (Marisa Nunes)**  
Nasceu prematura, de seis meses e meio e, segundo declarações da cantora, o pai considerava-a o bebé mais feio que alguma vez vira. Segundo ela «ainda tinha as orelhas coladas e os olhos por abrirem» e o próprio pai pensou que não sobreviveria. É hoje uma cantora de excelência, com inúmeros prémios ganhos na área da música.

CENTRO HOSPITALAR LIBRIS NOROESTE LTDA  
SANTAMARIA  
Prestador de Serviços de Saúde



**Contem Connosco!  
Sempre...**

# OBRIGADA



## Bibliografia



- BÉRTOLO, Helena; LEVY, Leonor – Manual do Aleitamento Materno, UNICEF, Lisboa:2008, 41p.
- WHALEY, L.; WONG D. (2005) – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Lusodidacta, 7ª Ed. ISBN: 478-85-352-1918-0, 1344 p.
- APSI
  - [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/transporte\\_crianças\\_atomovel\\_DG\\_S\\_APSI.PDF](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/transporte_crianças_atomovel_DG_S_APSI.PDF)
  - <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112>
  - [http://www.apsi.org.pt/24/cadeirinhas\\_folheto\\_pdf.pdf](http://www.apsi.org.pt/24/cadeirinhas_folheto_pdf.pdf)
- Unicef
  - [www.fiocruz.br/redeblh/media/albam.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/albam.pdf)
  - [www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf)
  - [www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfyb\\_portuguese2.pdf](http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfyb_portuguese2.pdf)

## Bibliografia



- Brochura "Parentalidade: Bom para os Pais, melhor para os Filhos" (Junho 2011)
  - [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=23564&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=23564&m=PDF)
- Decreto de Lei nº91/2009 de 9 de Abril
  - [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=23565&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=23565&m=PDF)
- Segurança Social – Guias Práticos
  - <http://www2.seg-social.pt/left.asp?05.18.08.06>

# AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO



Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da Acção de Formação a que assistiu.

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **X** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

**Insuficiente - 1   Suficiente - 2   Bom - 3   Muito Bom - 4   Excelente - 5**

1 - Considera que os objectivos da acção de formação foram atingidos?

2 - Como classifica a utilidade da acção de formação para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados?

3 - Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

4 - Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na acção?

5 - Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

**Relativamente à Organização da Acção de Formação, como classifica os seguintes parâmetros?**

6 - Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

7 - A duração da acção de formação foi adequada?

8 - O horário da acção de formação foi adequado?

9 - Comentários e sugestões de melhoria:

---

---



Adaptado de questionário de avaliação de formação do Hospital Fernando da Fonseca.

**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

Enfermeira Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Neusa Pedrosa

Professora Zaida Charepe



## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

N = 18 Enfermeiros

**Tema:** Programa de Formação

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Hospital de Santa Maria

**Duração:** 45 minutos

**Data:** 20/10/2001

**Formadora:** Enfermeira Maria João Oliveira

Apreciação Global	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1- Os objectivos da acção de formação foram atingidos				44,44%	55,55%
2- Utilidade da acção de formação para a melhoria da qualidade dos cuidados				16,66%	83,33%
3- Foram abordados todos os conteúdos importantes				11,11%	88,88%
4- Domínio dos conteúdos apresentados					100%
5- Clareza na transmissão dos conhecimentos					100%

Organização da Acção de Formação	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
6- Adequação dos diapositivos					100%
7- Duração da acção de formação				11,11%	88,88%
8- Horário da acção de formação				33,33%	66,66%

## **ANEXO XVI**

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiras  
Dúvidas” dirigida aos pais na Unidade de Cuidados Intensivos  
Neonatais



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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



**SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**  
**“PRIMEIRAS DÚVIDAS”**

**Aluna:** Enfermeira Maria João Oliveira

**Sob orientação de:** Enfermeira ESIP Neusa Pedrosa  
Professora Zaida Charepe

**Lisboa, Outubro de 2011**

## ÍNDICE

	P.
1. Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiras Dúvidas” .....	291
2. Material de Divulgação da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiras Dúvidas” .....	295
3. Sessão de Educação para a Saúde “Primeiras Dúvidas” .....	299
4. Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiras Dúvidas” .....	307
5. Resultados de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Primeiras Dúvidas” .....	309

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### “Primeiras Dúvidas”



	FORMADOR	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
<b>INTRODUÇÃO</b>	Maria João Oliveira	Apresentação do tema; Contextualização da formação; Exposição dos objectivos.	Expositivo	Computador Vídeo Projector	5'
<b>DESENVOLVIMENTO</b>		<b>Segurança</b> Vacinas Prevenção de Infecções Prevenção de Acidentes Transporte do RN <b>Desenvolvimento do RN/Sinais de Alarme</b> <b>Principais Problemas</b> Soluços Cólicas Engasgamento	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector	45'
<b>CONCLUSÃO AVALIAÇÃO</b>		Considerações finais; Realização de um questionário de avaliação da sessão.	Expositivo Interrogativo Interactivo	Computador Vídeo Projector Questionário	10'

## PLANO DE SESSÃO

TEMA - PRIMEIRAS DÚVIDAS

FORMADORA - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Instituto de Ciências da Saúde- Universidade Católica Portuguesa)

DESTINATÁRIOS - Pais com crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLN-HSM

LOCAL - UCIN do CHLN-HSM

DATA e HORA - 20 de Outubro de 2011 às 11h

DURAÇÃO - 60 minutos

### OBJECTIVOS

- Capacitar para o cuidar do RN Prematuro;
- Sensibilizar para a importância do desenvolvimento infantil no RN Prematuro;
- Impulsionar a capacitação parental;
- Promover a literacia em saúde.

### CONTEÚDOS

- ◆ Segurança
  - ◆ Vacinas
  - ◆ Prevenção de Infecções
  - ◆ Prevenção de Acidentes
  - ◆ Transporte do RN
- ◆ Desenvolvimento do RN/Sinais de Alar-me
- ◆ Principais Problemas
  - ◆ Soluções
  - ◆ Cólicas
  - ◆ Engasgamento

METODOLOGIA - Método expositivo, interrogativo e interactivo

AVALIAÇÃO - Realização de um questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

## CONVITE

SESSÃO DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE

PRIMEIRAS DÚVIDAS



20 de Outubro de 2011  
às 11h

UCIN do CHLN-HSM

VENHA ASSISTIR À  
SESSÃO DE EDUCAÇÃO  
PARA A SAÚDE

PRIMEIRAS DÚVIDAS

### CONTEÚDOS

- ◆ Segurança
  - ◆ Vacinas
  - ◆ Prevenção de Infecções
  - ◆ Prevenção de Acidentes
  - ◆ Transporte do RN
- ◆ Desenvolvimento do RN/Sinais de Alarme
- ◆ Principais Problemas
  - ◆ Soluços
  - ◆ Cólicas
  - ◆ Engasgamento

CONTAMOS COM A SUA  
PRESENÇA

# PRIMEIRAS DÚVIDAS

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**DESTINATÁRIOS** - Pais de crianças internadas na UCIN

**LOCAL** - UCIN (CHLN- HSM)

**DATA** - 20 de Outubro de 2011

**HORA** - 11h



**FORMADORA** - Maria João Oliveira - Curso de Mestrado em Enfermagem -  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientado por\* Enfermeira ESIP Neusa Pedrosa  
Professora Zaida Charepe



DEPARTAMENTO DA CRIANÇA  
CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE PEDIATRIA

KENTRO HOSPITALAR  
LIBRAX NOROEL, LPE

SANTAMARÍA  
Hospital Pediátrico

## PRIMEIRAS DÚVIDAS

Autores: Enfermeira Maria João Oliveira  
Sob orientação de: Enfermeira ESP, Helena Pedrosa  
Professora Zaida Coimbra

Unidade de Neonatologia - Coordenador: João Costa  
Director(a) do Serviço de Neonatologia: Carlos Moniz  
Directora do Departamento da Criança: Maria do Céu Machado

KENTRO HOSPITALAR  
LIBRAX NOROEL, LPE

SANTAMARÍA  
Hospital Pediátrico

## Índice


- Segurança
  - Vacinas
  - Prevenção de Infecções
  - Prevenção de Acidentes
  - Transporte do RN
- Desenvolvimento do RN/Sinais de Alarme
- Principais Problemas
  - Soluços
  - Cólicas
  - Engasgamento
- Prematuros Famosos
- Bibliografia

KENTRO HOSPITALAR  
LIBRAX NOROEL, LPE

SANTAMARÍA  
Hospital Pediátrico

## Objectivos

- Capacitar para o cuidar do RN Prematuro;
- Sensibilizar para a importância do desenvolvimento infantil no RN Prematuro;
- Impulsionar a capacitação parental;
- Promover a literacia em saúde.



KENTRO HOSPITALAR  
LIBRAX NOROEL, LPE

SANTAMARÍA  
Hospital Pediátrico

## SEGURANÇA



KENTRO HOSPITALAR  
LIBRAX NOROEL, LPE

SANTAMARÍA  
Hospital Pediátrico

## Segurança

- Vacinas

	0 Meses	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	15 Meses	18 Meses	5-6 Anos	10-13 Anos	Toda a Vida
Tuberculose	BCG										
Hepatite B	VHB1	VHB2				VHB3				VHB 4	
Poliomielite		VIP1		VIP2		VIP3			VIP4		
Difteria, Tétano e Tosses Convulsivas		DTP1		DTP2		DTP3		DTP4		DTP5	
Haemophilus B		HIB1		HIB2		HIB3		HIB4			
Influenza											
Meningococo C			MenC1		MenC2		MenC3				
Papiloma H										VPH 01	
Sarampo							VASPR1			VASPR2	
Rubéola e											
Tétano e Difteria										Td (10/10 Anos)	

(A) 50 para nascidos até 1999 (esquerda vacinação: 0, 1 e 6 meses); (B) Nos nascidos em 1993 a VASPR-2 deve ser administrada aos 13 anos;  
(C) Em 2009-2011 serão vacinadas as raparigas que atingiram os 17 anos (nascidas em 1992-1994)


KENTRO HOSPITALAR  
LIBRAX NOROEL, LPE

SANTAMARÍA  
Hospital Pediátrico

## Segurança

- Vacinas Vs Efeitos Secundários

- BCG - Vacina contra a Tuberculose
  - administrada subcutânea no braço esquerdo. Habitualmente aparece uma lesão papular, que pode ulcerar ( borbulha com pús) que pode desaparecer em semanas ou meses, dando origem à cicatriz vacinal. Não se deve mexer.
- VHB - Vacina contra a Hepatite B
  - Dor, vermelhidão e tumefacção local;
  - Febre com duração de 1/2 dias.



## Segurança

### ■ Vacinas Vs Efeitos Secundários



- DTPaVIPiHb - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Poliomielite, e doença por Haemophilus Influenzae
  - Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2/3 dias);
  - Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite.
- Men C - Vacina contra a infecção por Neisseria Meningitidis (grupo C)
  - Ardor, dor, tumefacção e eritema no local de punção (desaparecem ao fim de 1/2 dias);
  - Cefaleias, febre, irritabilidade, náuseas, vômitos, diarreia, perda de apetite, sonolência.

## Segurança

### ■ Vacinas Vs Efeitos Secundários



- VASPR - Vacina contra o Sarampo, Parotidite Epidémica e Rubéola
  - Ardor, calor, dor, vermelhidão, inchaço;
  - Febre, exantema (pode surgir 5 a 12 dias após a vacinação).
- DTPaHib - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, e doença por Haemophilus Influenzae b
  - Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2-3 dias);
  - Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite, choro persistente (3 horas ou mais), reacções alérgicas.

## Segurança

### ■ Vacinas Vs Efeitos Secundários

- DTPaVIP - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, e Poliomielite
  - Ardor, dor, inchaço e vermelhidão no local (pode durar 2-3 dias);
  - Febre, irritabilidade, vômitos, diarreia, perda de apetite.
- Td - Vacina contra o Tétano e Difteria
  - Dor, vermelhidão, inchaço, pode formar-se um nódulo duro e doloroso, podendo persistir algumas semanas.

## Segurança

### ■ Prevenção de Infecções



- Deve proteger o seu filho do frio;
- Também não o deve sobreaquecer em dias de calor (veja o que tem vestido);
- Deve evitar o contacto junto de pessoas constipadas;
- Se existirem irmãos mais velhos que frequentem infantários, devem lavar sempre as mãos e a cara antes de contactarem com o irmão;
- Se forem os pais a ficar constipados devem colocar uma máscara no nariz e boca e lavar cuidadosamente as mãos antes de tratarem do bebé;
- Os passeios ao ar livre são benéficos;
- Os "passeios" no ar saturado dos centros comerciais ou locais de grande concentração de pessoas são maléficos e o risco de o bebé contrair uma doença numa dessas saídas é grande;

## Segurança

### ■ Prevenção de Infecções



- Evite ambientes poluídos de fumo.
- Andar em transportes públicos, superlotados, é uma aventura a fazer, apenas, em caso de grande necessidade. Os vírus que provocam infecções respiratórias transmitem-se pelas gotículas de saliva que são expelidas quando as pessoas tosse e também pelas mãos.
- Estas medidas são essenciais para evitar que o bebé adquira algumas das infecções mais frequentes.
- Outras infecções graves da infância são prevenidas pelas vacinas. Se cumprir o esquema nacional de vacinação está a proteger o seu filho de doenças muito graves que, no passado, foram responsáveis por sequelas graves ou pela morte de muitas crianças.

## Segurança

### ■ Prevenção de Acidentes

- A idade e o estadio de desenvolvimento da criança determina, parcialmente, os tipos de acidentes mais prováveis de acontecer.
- O ambiente físico, económico, social e familiar da criança é igualmente determinante para a ocorrência de acidentes.



## Segurança

### ■ Prevenção de Acidentes

- As crianças são indefesas em qualquer ambiente.
- Os acidentes constituem a principal causa de óbito durante o primeiro ano de vida, especialmente na altura em que a criança começa a adquirir maiores habilidades locomotoras e manipulativas (6-12 meses).



## Segurança

### ■ Prevenção de Acidentes

- Principais acidentes no 1º ano de vida:
  - Asfíxia por corpos estranhos;
  - Quedas e envenenamentos (após 4 meses);
  - Acidentes por veículos motorizados (o tamanho aumenta o risco de esmagamento ou de projecção);
  - Risco de afogamento e queimadura.



## Segurança

### ■ Prevenção de Acidentes

- A segurança doméstica nestas idades inclui a adopção de medidas de protecção, ou seja, a criação e manutenção de um ambiente seguro, uma vez que a implementação da permanente vigilância é praticamente impossível.
- Devemos ter em atenção acções que possibilitem imitações por parte das crianças.
- Atenção à escolha dos brinquedos.



## Segurança

### 0 a 1 ano



## Segurança



### ■ Transporte do RN

- Em caso de acidente, uma criança que viaje à solta no automóvel, está sujeita a um risco de morte ou ferimentos graves 2 a 10 vezes superior ao de uma criança que viaje com um sistema de retenção adequado.
- Mesmo os condutores muito experientes e cuidadosos, não estão a salvo dos erros dos outros condutores. No entanto, o risco de morte e ferimentos graves podem ser diminuídos.
- Para isso, basta utilizar sempre, **seja qual for a velocidade ou a distância** a percorrer, um **sistema de retenção adequado ao peso e à idade** das crianças e **correctamente instalado**.

**Nota:** Transportar uma criança num automóvel sem o respectivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais.  
É também uma contra-ordenação grave punida por lei com coima e sanção acessória de inibição de conduzir.

## Segurança



### ■ Porque deve a cadeira estar voltada para trás?

- Nos bebés pequenos, a cabeça representa cerca de 1/4 do peso do bebé. O bebé encontra-se também numa fase de crescimento muito rápido, pelo que os seus ossos são ainda muito elásticos e pouco firmes.
- Se a criança estiver voltada para a frente antes dos 18 meses, o seu pescoço pode ser "puxado" com demasiada força mesmo num acidente a baixa velocidade ou até numa travagem brusca. O que vai acontecer é que o pescoço pode "esticar" demasiado, provocando lesões na coluna vertebral.
- Como os choques frontais são mais frequentes e violentos que os choques por trás, as crianças têm que viajar voltadas para trás pelo menos até aos 18 meses. Se for possível viajar com a criança voltada para trás até ainda mais tarde, melhor, pois vai mais segura.



## Transporte do RN

### ■ Cadeirinhas 0-13 kg (Grupo 0+)

- São habitualmente chamadas "cadeiras portáteis" e utilizam-se sempre voltadas para trás. Podem ser instaladas no banco da frente ou no de trás, utilizando um cinto de 3 pontos. Não podem nunca ser instaladas num lugar que tenha um airbag frontal activo.
- São as cadeiras mais indicadas para os recém-nascidos e bebés pequenos, pois nestas cadeiras o bebé não viaja demasiado direito e vai bem aconchegado e confortável.
- São preferíveis em relação às alcofas para automóvel onde a criança viaja deitada, pois nas alcofas, o bebé não é bem amparado e a maioria dos embates são transformados em choques laterais, que são muito mais perigosos para o bebé.



## Transporte do RN

### ■ E como é que eu vejo a criança?

- É possível ver uma criança que viaja no banco de trás voltada para trás sem sequer se distrair da sua condução. Para isso basta utilizar um espelho especial que se vende em lojas de puericultura e alguns concessionários de marcas de automóveis.



- Este espelho é instalado na parte de trás do automóvel e permite que o condutor consiga ver a criança no retrovisor.
- Como a criança também vê o pai ou mãe (o condutor), também poderá ir mais tranquila e sossegada.

## Transporte do RN

### ■ Airbags Frontais, que cuidados a ter?

- Os airbags são sistemas que complementam o cinto de segurança. Abrem muito depressa e de forma muito violenta, tendo sido estudados para proteger os adultos.
- Se alguma coisa se encontrar no seu caminho, tal como uma cadeira de criança virada para trás, uma cadeira voltada para a frente instalada com folga, ou uma criança que esteja demasiado perto, o airbag pode provocar ferimentos muito graves ou mesmo provocar a morte da criança.
- É por isso proibido instalar cadeiras voltadas para trás em lugares equipados com airbag frontal. Se o seu automóvel tiver um airbag frontal activo no lugar do passageiro da frente, então transporte os bebés virados para trás sempre no banco de trás.
- Deve-se também, de uma forma geral, evitar utilizar lugares com airbag frontal para transportar crianças, mesmo que mais crescidas.

**Nota:** Não são conhecidos estudos ou casos que indiquem que os airbags laterais possam ser perigosos para as crianças.



## Crianças no Automóvel

### A Escolha da Cadeirinha Adequada

Para obter segurança, a cadeirinha tem que estar aprovada pelas normas internacionais mais recentes. Procure a "Etiqueta E" e verifique se o número de aprovação começa por 03 ou 04.

A etiqueta indica também o tipo de cadeira, o modo de instalação e se pode ser usado como único factor na escolha. Há que considerar também o tamanho e a idade da criança bem como infra-estruturas contidas neste rótulo.

Antes de comprar experimente sempre a cadeira no automóvel.



**Associação para a Promoção da Segurança Infantil**

A APPI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil - fundada em 1992, é uma associação sem fins lucrativos com o estatuto de utilidade pública, uma instituição Particular do Beneficente Social e uma Associação de Família. Tem por objectivo prevenir os acidentes e as suas consequências e promover a segurança das crianças e jovens, através de formação, formação, investigação e participação em processos de normalização e regulamentação visando a criação de um ambiente seguro para toda a família.

Se quiser associar-se a nossa causa, pode fazê-lo através do site da APPI [www.appi.org.pt](http://www.appi.org.pt)

© Copyright APPI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil - Registo 308 Setembro 2007

Associação para a Promoção da Segurança Infantil - Vila Verde, 7 - 8021 Esp.º - 4710-001 Vila Verde  
Tel. 251 641 300 - Fax 251 641 109 - [appi@appi.org.pt](mailto:appi@appi.org.pt) - [www.appi.org.pt](http://www.appi.org.pt)

**ATE AOS 18 MESES**

O bebé tem o pescoço muito frágil e o cérebro grande e pesado. Por isso, deve viajar sempre numa cadeirinha voltada para trás. Os assentos, num choque frontal, ao serem colados a pressão da criança serão empurrados para trás. As cadeirinhas voltadas para trás são as que protegem os bebés mais eficazmente em caso de acidente, podem ser usadas até aos 3 anos de idade em todas as crianças. É preferível a sua colocação no banco de trás do automóvel. Nunca podem ser utilizadas no banco da frente ao utilizar um airbag frontal activo. A criança deve viajar voltada para a frente antes de completar 18 meses, mesmo que tenha mais de 10 kg.

**DEPOIS DOS 18 MESES**

Vaia voltada para trás o tempo mais longo, por isso a criança poderá continuar nessa posição até à mais idade possível - recomendada até aos 2 ou 3 anos. Depois dessa idade, para viajar voltada para a frente, é preferível usar uma cadeira de apoio, mais leve e fácil de instalar.

Para cada idade, a cadeira certa

**ATE AOS 18 MESES**

**Cadeirinhas 0-13 kg (Grupo 0+)**

São as cadeiras mais indicadas para recém-nascidos e bebés e são sempre instaladas voltadas para trás. São preferíveis em relação às alcofas para automóvel onde a criança viaja deitada, pois nestas cadeiras o bebé não viaja demasiado direito e vai bem aconchegado e confortável.

**Cadeirinhas 0-18 kg (Grupo 0+II)**

Muitas vezes não é possível usar a cadeira 0-13 kg até à idade dos 18 meses. Então, então necessário utilizar uma cadeirinha 0-18 kg voltada para trás.

**Cadeiras ISOFIX**

O sistema Isofix aumenta a segurança das crianças e facilita a instalação das cadeirinhas, reduzindo os erros de colocação. Existe nos automóveis mais recentes, e permite instalar cadeiras preparadas com sistema Isofix que encaixam em dois pontos inferiores (na base do cinto) do banco do automóvel, e se fixam num terceiro ponto superior ou isolam no nível de cinto. A existência de 3 pontos de apoio é fundamental para evitar a rotação da cadeira em caso de acidente. Este sistema aplica-se sobretudo à cadeiras do grupo 0+ e 1, mas nem todas as unidades (deve verificar se sempre nas instruções se a cadeira é compatível com o automóvel e se este está preparado para receber a cadeira Isofix).

**DEPOIS DOS 18 MESES**

**Cadeirinhas 0-18 kg (Grupo 0+II) e 9-18kg (Grupo I)**

Acabado o grupo 0+II, permite que a criança viaje voltada para trás até à mais idade possível - a percepção da segurança.

Se usar uma destas cadeiras voltadas para a frente, nunca a coloque antes dos 18 meses, e preferir um sistema com ISOFIX, ou verifique que não existe qualquer folga entre a cadeira e o banco do carro.

A utilização destas cadeiras voltadas para a frente poderá ser desaconselhável se a criança tiver mais de 3 anos ou 15 kg, pois os pontos de instalação são frequentes neste tipo de cadeiras.

**Cadeiras 15-25 kg (Grupo II/III)**

São as cadeiras de apoio, mas que o cinto de segurança do automóvel segura a criança e a cadeira firmemente entre. Se instaladas em modo com as costas descoladas, cadeiras que se transformam num banco elevatório, podem utilizar-se até a idade dos 12 anos de idade.

São leves e práticas. Adaptam o cinto de segurança do automóvel ao corpo proporcional da criança, aumentando o conforto e oferecendo apoio lateral quando necessário em caso de acidente lateral.

São indicadas a partir dos 3 a 5 anos, dependendo do peso e altura da criança.

**Bancos elevatórios 15-25 kg ou 22-30 kg (Grupo II/III e Grupo III)**

Até 7 ou 8 anos podem utilizar apenas o banco elevatório ou o cinto de segurança de modo incorporado no peçoço, e se o automóvel tiver apoio de cabeça, pode também utilizar a cadeira de apoio ao lado do elevatório, e não pode oferecer mais protecção lateral. É obrigatória a utilização de uma cadeira ou banco elevatório, até à idade dos 12 anos e 15 kg.

Mais informações em [www.appi.org.pt](http://www.appi.org.pt) (Direcção: Segurança Rodoviária/Criança Passageira)

# DESENVOLVIMENTO DO RN/SINAIS DE ALARME



## Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme



- A **vigilância do crescimento** é muito importante, pois uma alimentação adequada deve permitir um aumento regular do peso, comprimento e perímetro cefálico.
- A **alimentação e o aporte calórico** adaptados às necessidades específicas destes bebés condicionam não só o **crescimento** mas também o **desenvolvimento cerebral**.
- Uma recuperação demasiado rápida poderá ser prejudicial no caso da displasia bronco pulmonar e ser precursora de obesidade e doenças cardiovasculares na idade adulta.
- Para além das alterações dos diferentes órgãos e sistemas, persistem talvez como mais importantes sequelas da prematuridade, as alterações do neurodesenvolvimento. As sequelas mais conhecidas e temidas são a paralisia cerebral, os défices visuais e os défices auditivos.
  - As aquisições do neurodesenvolvimento, como sorrir, galrear, gatinhar, andar e falar, ocorre, nas crianças que nasceram prematuras, de acordo com a idade corrigida (idade que estas crianças teriam se nascessem de uma gravidez de termo, de 40 semanas), devendo a sua avaliação ser feita desse modo até aos 2-3 anos.

## Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme



### ■ Sinais de Alarme (desenvolvimento)

- Alterações do tónus (força dos músculos e articulações)
  - Frequentes e, muitas vezes, transitórias.
  - A hipertonía mantida, como a hiperextensão da cabeça por hipertonía axial, ou o abrir e puxar para trás os braços por hipertonía a nível dos ombros, ou o ficar com as pernas demasiado esticadas, parecendo que o bebé já quer ficar de pé antes dos 6 meses, pode indicar uma situação patológica.
  - Serão dadas indicações sobre o correcto posicionamento da criança e sobre o eventual recurso ao tratamento por Fisioterapia (alterações mais graves ou persistentes).

## Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme



### ■ Sinais de Alarme (desenvolvimento)

- Assimetria dos movimentos
  - Os movimentos dos membros devem ser simétricos.
  - Nos primeiros meses as crianças não devem mostrar preferência pela utilização de um dos membros.
  - A utilização preferencial de uma mão para agarrar os objectos, ou mover mais activamente uma das pernas pode ser sinal de lesão cerebral (Fisioterapia).
- Problemas de visão
  - A existência de falta de contacto visual ou de um desvio mantido dos olhos, pode ser a manifestação de diminuição da acuidade visual ou de estrabismo.
  - Mais tarde, o aproximar demasiado os objectos da face, pode ser sinal de diminuição da visão.

## Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme



### ■ Sinais de Alarme (desenvolvimento)

- Problemas de audição
  - A reacção aos sons pode ser notada desde os primeiros meses, em que o bebé reage à voz dos pais quando estes procuram acalmá-lo. Se isso não acontecer, programar novo rastreio auditivo.
- Perturbações da linguagem
  - As crianças prematuras têm um maior risco de desenvolver problemas da linguagem, sobretudo expressiva.
  - Se a criança não atingir as etapas do desenvolvimento linguístico nas idades apropriadas (dizer 10 palavras ou sons com significado aos 18 meses, juntar 2 palavras aos 24 meses, fazer frases de 3 palavras aos 36 meses) ou se houver erros de articulação importantes depois dos 5 anos, deve ser efectuada:
    - uma reavaliação da audição;
    - uma avaliação global do desenvolvimento a fim de se verificar se a perturbação da linguagem surge de forma isolada;
    - uma avaliação específica da linguagem (Terapia da Fala).

## Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme



### ■ Sinais de Alarme (desenvolvimento)

- Perturbação global do desenvolvimento (défice cognitivo)
  - As crianças não adquirem as competências nas diversas áreas do desenvolvimento nas idades esperadas.
    - falta de interesse pelos objectos ;
    - má coordenação entre a visão e a manipulação.
- Dificuldades escolares
  - Mais frequentes nas crianças que foram prematuras.
    - perturbações específicas da aprendizagem (dislexia ou discalculia). A dislexia surge muitas vezes associada a uma perturbação da linguagem, constituindo esta última, um sinal de alarme para a dislexia.
    - perturbações comportamentais que vão comprometer o desempenho escolar (perturbação de défice de atenção, associada ou não à hiperactividade). A perturbação de défice de atenção exige uma intervenção terapêutica comportamental e, por vezes, medicamentosa.

## Desenvolvimento do RN Prematuro / Sinais de Alarme



### ■ Sinais de Alarme (desenvolvimento)

- Nas Unidades Neonatais, existem programas de estimulação de acordo com a necessidade do recém-nascido prematuro e da sua família, com o apoio de diferentes profissionais, de modo a otimizar o seu desenvolvimento.
- Após a alta mantém-se a necessidade de um acompanhamento adequado, destas crianças, até à idade escolar e mesmo até à idade adulta de modo a intervir atempadamente, no sentido de minimizar os eventuais défices.
- A avaliação multidisciplinar contínua é importante. Para além dos serviços hospitalares, são, por vezes, necessários outros serviços, nomeadamente no âmbito da educação, de modo a contribuir para que estas crianças que nasceram "antecipadamente" possam ter um crescimento e desenvolvimento semelhante ao dos seus pares.

## PRINCIPAIS PROBLEMAS



## Principais Problemas

### Soluços

- Os soluços estão associados à imaturidade do sistema nervoso que não controla adequadamente o músculo diafragma.
- Atingem cerca de 80% dos bebês e desaparecem tão repentinamente como chegaram, sem precisar de qualquer tratamento.
- Os soluços tendem a melhorar até os seis meses de idade.
- Há muitos bebês que têm soluços após as mamadas e regurgitam um pouco de leite, sobretudo nos primeiros meses.
- Se estiverem a progredir de peso, não existe razão para preocupações.
- Esta situação normalmente não incomoda os bebês, mas preocupa os pais.
- Os bebês no útero também podem ter soluços.
- Os soluços podem ser causados pela ingestão rápida de alimentos.



## Principais Problemas

### Cólicas

- As cólicas são espasmos intestinais resultantes da adaptação e desenvolvimento do sistema digestivo do bebê e devido à acumulação de gases.
- Manifestam-se mais frequentemente nos primeiros 3 a 4 meses.
- Sinais:
  - choro alto e inconsolável
  - flexão das pernas sobre o abdómen
  - abdómen tenso



**Embora a cólica seja considerada um incômodo menor, pode acarretar intenso impacto emocional na ligação pais/filho e na dinâmica familiar.**

## Principais Problemas

### Cólicas

- Algumas causas:
  - Alimentação muito rápida;
  - Deglutição de muito ar;
  - Excesso de alimentação;
  - Má técnica a dar a alimentação (posição, eructação);
  - Stress ou tensão emocional entre pais e criança;
  - Fermentação excessiva e produção de gases no intestino;
  - Intolerância às proteínas do leite de vaca.



## Principais Problemas

### Cólicas

- Atenção:
  - À dieta da mãe que amamenta;
  - À relação entre o horário das cólicas e a refeição;
  - A quem está presente na refeição;
  - À actividade da mãe antes, durante e depois do choro;
  - Ao que se faz para aliviar o choro;
  - À forma como a mãe dá o leite.



## Principais Problemas

### Engasgamento

- Atenção:
  - Deve colocar o bebê de cabeça para baixo, apoiado no seu antebraço, e bater suavemente nas costas.



CENTRO HOSPITALAR  
LURDA NOROESTE, EPE

SANTAMARÍA

Público



# PREMATUROS FAMOSOS

CENTRO HOSPITALAR  
LURDA NOROESTE, EPE

SANTAMARÍA

Público

## Prematuros Famosos



**Sir Isaac Newton**  
Físico, Matemático e Astrónomo Britânico. Nasceu em 1642 e viveu 85 anos. QI estimado de 170. No dia de Natal, um bebé de cerca de 1500 gramas, acabado de nascer, descansava sobre uma almofada junto da sua mãe. Estava vivo mas lutava para respirar. Pensavam que não iria resistir muito tempo, mas enganaram-se pois esse pequeno bebé tornou-se um dos maiores génios científicos de todos os tempos.




**Francois Marie Arouet De Voltaire**  
Filósofo e Escritor Francês. Nasceu em 1694 e viveu 84 anos. QI estimado de 180. No dia do seu nascimento, devido às poucas hipóteses que tinha de sobreviver, foi imediatamente baptizado. As enfermeiras diziam que não iria sobreviver mais do que uma hora. No entanto desafiando as expectativas o pequeno rapaz sobreviveu e é hoje considerado como um génio raro.

CENTRO HOSPITALAR  
LURDA NOROESTE, EPE

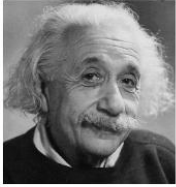
SANTAMARÍA

Público

## Prematuros Famosos



**Pablo Picasso**  
Artista Espanhol. Nasceu em 1881 e viveu 92 anos. A parteira pensou que a criança tinha nascido morta e deixou-a em cima da mesa para ir socorrer a sua mãe. Foi o tio, um médico experiente, que o reanimou e assim salvou este futuro grande artista.



**Albert Einstein**  
Nasceu prematuro, na Alemanha, no ano de 1879. Foi físico e matemático e até hoje é conhecido pela sua genialidade. Alemão radicado nos Estados Unidos, Einstein ganhou o Prémio Nobel da Física. Devido à formulação da teoria da relatividade, tomou-se famoso mundialmente e até hoje é um dos mais respeitados físicos do mundo, cujas teorias são praticamente incontestáveis. Seu rosto está entre os mais conhecidos da humanidade.

CENTRO HOSPITALAR  
LURDA NOROESTE, EPE

SANTAMARÍA

Público

## Prematuros Famosos



**Mariza (Marisa Nunes)**  
Nasceu prematura, de seis meses e meio e, segundo declarações da cantora, o pai considerava-a o bebé mais feio que alguma vez viu. Segundo ela «ainda tinha as orelhas coladas e os olhos por abrir» e o próprio pai pensou que não sobreviveria. É hoje uma cantora de excelência, com inúmeros prémios ganhos na área da música.

CENTRO HOSPITALAR  
LURDA NOROESTE, EPE

SANTAMARÍA

Público



**Contem Connosco!  
Sempre...**

CENTRO HOSPITALAR  
LURDA NOROESTE, EPE

SANTAMARÍA

Público

# OBRIGADA



## Bibliografia



- BÉRTOLO, Helena; LEVY, Leonor – Manual do Aleitamento Materno, UNICEF, Lisboa:2008, 41p.
- WHALEY, L.; WONG D. (2005) – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Lusodidacta, 7ª Ed. ISBN: 478-85-352-1918-0, 1344 p.
- APSI
  - [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/transporte\\_crianças\\_atomovel\\_DG\\_S\\_APSI.PDF](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/transporte_crianças_atomovel_DG_S_APSI.PDF)
  - <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112>
  - [http://www.apsi.org.pt/24/cadeirinhas\\_folheto\\_pdf.pdf](http://www.apsi.org.pt/24/cadeirinhas_folheto_pdf.pdf)
- Unicef
  - [www.fiocruz.br/redeblh/media/albam.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/albam.pdf)
  - [www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf)
  - [www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfwb\\_portuguese2.pdf](http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/portuguese/bfwb_portuguese2.pdf)

## Bibliografia



- Brochura "Parentalidade: Bom para os Pais, melhor para os Filhos" (Junho 2011)
  - [http://www2.seq-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=23564&m=PDF](http://www2.seq-social.pt/preview_documentos.asp?r=23564&m=PDF)
- Decreto de Lei nº91/2009 de 9 de Abril
  - [http://www2.seq-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=23565&m=PDF](http://www2.seq-social.pt/preview_documentos.asp?r=23565&m=PDF)
- Segurança Social – Guias Práticos
  - <http://www2.seq-social.pt/left.asp?05.18.08.06>

# AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE



Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da Sessão de educação para a Saúde a que assistiu.

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **X** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

**Insuficiente - 1    Suficiente - 2    Bom - 3    Muito Bom - 4    Excelente - 5**

1 - Considera que os objectivos da sessão foram atingidos?

2 - Como classifica a utilidade da sessão para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados?

3 - Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

4 - Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

5 - Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

**Relativamente à Organização da Sessão, como classifica os seguintes parâmetros?**

6 - Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

7 - A duração da sessão foi adequada?

8 - O horário da sessão foi adequado?

9 - Comentários e sugestões de melhoria:

---

---



**Muito Obrigada pela sua colaboração!**

Enfermeira Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado por: Enfermeira ESIP Neusa Pedrosa

Professora Zaida Charepe

## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

N = 8 Pais

**Tema:** Primeiras Dúvidas

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Hospital de Santa Maria

**Duração:** 60 minutos

**Data:** 20/10/2011

**Formadora:** Enfermeira Maria João Oliveira

Apreciação Global	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1- Os objectivos da sessão foram atingidos					100%
2- Utilidade da sessão para a melhoria da qualidade dos cuidados					100%
3- Foram abordados todos os conteúdos importantes				25%	75%
4- Domínio dos conteúdos apresentados					100%
5- Clareza na transmissão dos conhecimentos					100%

Organização da Sessão	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
6- Adequação dos diapositivos				25%	75%
7- Duração da sessão				25%	75%
8- Horário da sessão				12,5%	87,5%

### Comentários / Sugestões

Estas Sessões ajudam de forma muito importante os pais a satisfazerem as suas dúvidas.

## **ANEXO XVII**

Painel Informativo “Modelo de Parceria nos Cuidados Vs Processo de Enfermagem” realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

## Modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey

Vs

## Processo de Enfermagem



### DESCRIÇÃO/COLHEITA DE DADOS

A descrição deve conter:

1. RN: exame físico e objectivo e informação de desenvolvimento (semanas de gestação, maturação, competências, necessidades afectadas,...).
2. Família: estrutura, se os pais desejam permanecer e ser envolvidos nos cuidados à criança e em quais desejam participar.
3. Cuidados Familiares: estabelecer quem faz, o quê e quando.

**Nota:** Identificar necessidades de apoio, de conhecimentos e de ensinamentos do RN/Família, bem como a necessidade de referência a outros membros da equipa.

### PLANEAMENTO

Discute e define:

1. Quando os Cuidados Familiares devem ser executados e por quem.
2. Objectivos dos Cuidados de Enfermagem e métodos de avaliação.
3. Planos para o Ensino e Apoio ao RN/Pais.



### IMPLEMENTAÇÃO

Inclui:

1. Apoio e assistência contínua ao RN/Família.
2. Execução dos Cuidados Familiares ou de Enfermagem conforme o plano elaborado.
3. Desenvolver programas de Ensino. Reflectir e conferenciar com outros membros da equipa e se necessário encaminhar o RN/Família.



### AVALIAÇÃO

1. Insistir na cooperação entre RN/Família e avaliar as suas necessidades para maior Apoio e Ensino.
2. Identificar e registar as consequências das intervenções, planeando mudanças em conjunto com a família.



Maria João Oliveira  
Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica  
Orientado por: Enfermeira SGP/Inês Pedroso  
Professora Zaida Branco



CASEY, A. (1985) - Development and Use  
of the Partnership Model of Nursing Care

## **ANEXO XVIII**

Vídeo “Cuidados ao seu Filho” realizado no Serviço de Urgência  
Pediátrica



DEPARTAMENTO DA CRIANÇA  
CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE PEDIATRIA

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.T. | INSTITUTO DE SAÚDES PÚBLICAS DE LISBOA | HOSPITAL PULIDO VALENTE

**CUIDADOS AO SEU FILHO...**

Autores: Enfermeira Maria João Oliveira  
Sob orientação de: Enfermeira Mafalda Garcia  
Professora Zaida Charepe

Urgência Pediátrica - Coordenadora: Helena Fonseca  
Director(a) do Serviço de Urgência Pediátrica: Celeste Barreto  
Directora do Departamento da Criança: Maria do Céu Machado

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.T. | INSTITUTO DE SAÚDES PÚBLICAS DE LISBOA | Hospital Pulido Valente

**URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.T. | INSTITUTO DE SAÚDES PÚBLICAS DE LISBOA | Hospital Pulido Valente

**FEBRE**

**FEBRE**

- Febre define-se como a elevação da temperatura do corpo acima dos valores considerados normais (entre os 36°C e os 37°C).
- Elevação da temperatura:
  - Rectal acima dos 38,3°C
  - Timpânica acima dos 38,5°C
  - Axilar acima dos 38°C

**FEBRE**

- Trata-se da manifestação mais comum de doença na idade pediátrica.
- A febre tem valor como sinal de doença e não como doença em si própria; assim, sempre que possível, a causa da febre deve ser identificada e tratada.
- A temperatura aumenta em resposta a um processo inflamatório ou a outra causa.

**FEBRE**

- A febre desempenha um papel importante como mecanismo de defesa contra a infecção, uma vez que os processos envolvidos no combate à infecção têm maior actividade a uma temperatura acima do normal.
- A terapêutica antipirética tem como finalidade única a prevenção de complicações associadas (convulsões, desidratação) proporcionando ao mesmo tempo mais conforto.

## FEBRE



### o Sinais

- Pele fria e pálida e sensação de frio na subida da temperatura;
- Pele avermelhada, quente, com suores e sensação de calor na descida da temperatura;
- Aumento da frequência respiratória;
- Aumento dos batimentos cardíacos;
- Diminuição do débito urinário;
- Sede;
- Recusa alimentar;
- Prostração.

## FEBRE



### o Quando o seu filho estiver com febre deve:

- Se estiver em subida térmica, não lhe retirar a roupa e administrar a terapêutica antipirética prescrita pelo médico, de acordo com o peso e idade;
- Se estiver em descida térmica, pode-lhe despir alguma roupa, pois já não vai referir frio e ajuda à descida da temperatura;
- Se mantiver febre após 4 horas, deve administrar outra terapêutica antipirética prescrita;
- Deve oferecer líquidos para prevenir que o seu filho desidrate.

**ATENÇÃO:** Antes de sair de casa para o Serviço de Urgência Pediátrica, administre-lhe sempre previamente antipirético, para evitar uma subida ainda maior da temperatura.

## FEBRE



### o Deve recorrer ao Médico se:

- O seu filho tiver idade inferior a 3 meses;
- Tiver febre com mais de 5 dias de evolução;
- Apresentar umas "pintas" vermelhas na pele;
- Se encontrar sonolento, desidratado, com vômitos e/ou diarreia;
- Referir dores de cabeça.

## VÓMITOS



## VÓMITOS



### o São a expulsão forçada do conteúdo gástrico.

### o Habitualmente acompanhada de:

- Náuseas
- Aumento da produção de saliva
- Palidez
- Suores
- Aumento dos batimentos cardíacos

## VÓMITOS



### o Se o seu filho estiver com vômitos deve:

- Fazer uma pausa na alimentação;
- Iniciar alimentação com líquidos (chá açucarado ou soro de rehidratação oral), em pequena quantidade e lentamente (5ml de 5/5 minutos);
- Dar-lhe alimentos quando a criança se encontrar há 4 horas sem vômitos;
  - o Os alimentos devem ser cozidos ou grelhados e a fruta cozida.

## VÓMITOS



o Deve recorrer ao Médico se:

- O seu filho tiver menos de 3 meses de idade;
- Se encontrar sonolento, com um comportamento não habitual;
- Apresentar a língua seca, olhos encovados e não urinar;
- Apresentar pele marmoreada e “prega cutânea” na barriga;
- Tiver febre alta entre 3 a 5 dias;
- Apresentar dores de barriga e/ou de cabeça;

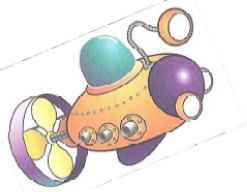
## VÓMITOS



o Deve recorrer ao Médico se:

- Apresentar vómitos há mais de 24 horas;
- Apresentar vómitos com sangue;
- Apresentar outras queixas associadas:
  - o dor ao urinar;
  - o dor nos ouvidos;
  - o história de traumatismo;
  - o possibilidade de ter engolido algum medicamento ou objecto estranho.

## DIARREIA



## DIARREIA

o Aumento do número de dejectões que é habitual na criança ou diminuição da sua consistência.

o Pode ser acompanhada de:

- Sede
- Recusa alimentar
- Febre
- Vómitos
- Distensão abdominal
- Cólicas



## DIARREIA



o Classificação

- **Crónica** (passagem de fezes amolecidas em maior frequência por um período superior a duas semanas)
- **Aguda** (alteração súbita na frequência e consistência das fezes)
  - o Leve
  - o Moderada
  - o Grave

## DIARREIA



## DIARREIA



- Se o seu filho estiver com diarreia deve:
  - Oferecer líquidos (chá açucarado (não deve oferecer chá preto) ou soro de rehidratação oral);
  - Fazer uma dieta anti-diarreica:
    - Papa de Arroz ou 1ª Papa;
    - Sopa de Cenoura ou Canja;
    - Arroz branco cozido ou arroz de cenoura;
    - Iogurte natural ou de aromas (sem pedaços);
    - Peixe ou carne cozidos ou grelhados;
    - Banana;
    - Maçã ou péra cozida.

## DIARREIA



- Se o seu filho estiver com diarreia deve:
  - Não incluir na dieta fritos, molhos ou legumes;
  - Evitar alimentos comprados, já cozinhados;
  - Não precisa de retirar o leite da alimentação (até 1 ano de idade);
  - Se estiver a amamentar, pode continuar. A mãe deve evitar alimentos como os citrinos (laranja e limão) e legumes;
  - Não forçar a criança a comer;
  - Não administrar medicamentos, sem contactar com o médico.

## DIARREIA



- Deve recorrer ao Médico se:
  - O seu filho tiver menos de 3 meses de idade;
  - Se encontrar sonolento, com um comportamento não habitual;
  - Apresentar língua seca, olhos encovados, não urina (sinais de desidratação);
  - Tiver febre alta;
  - Tiver além da diarreia, vômitos;
  - Tiver fezes líquidas com sangue;
  - Apresentar dores de barriga.

## DESIDRATAÇÃO



## DESIDRATAÇÃO



- A desidratação corresponde a um distúrbio dos líquidos corporais.
- É caracterizada pela diferença existente entre a ingestão e eliminação de líquidos.
- A perda exagerada de líquidos pelo organismo leva à desidratação.
- As causas principais são a diarreia e os vômitos, pois através deles há perda não só de líquidos mas também de substâncias importantes ao equilíbrio do organismo;
- Em crianças, a desidratação é particularmente preocupante.

## DESIDRATAÇÃO



- 75% do corpo de uma criança é formado por água. Esse facto é extremamente importante porque, qualquer perda de água irá afectar profundamente o seu peso e o seu metabolismo.
- Como as crianças se desidratam mais facilmente, é preciso estar sempre alerta para se evitar esse problema.
- Para haver equilíbrio constante, é necessário ingerir o mesmo volume de líquidos diariamente.

## DESIDRATAÇÃO



- o Sinais e Sintomas
  - Fontanela deprimida;
  - Olhos encovados e olheirentos;
  - Turgor diminuído;
  - Boca seca;
  - Mucosas secas;
  - Pele seca e descamativa (desidratada);
  - Ausência ou escassez de lágrimas;
  - Sede intensa;
  - Recusa alimentar;
  - Urina em pequena quantidade;
  - Sonolência e cansaço;
  - Aumento dos batimentos cardíacos.

## CÓLICAS



## CÓLICAS

- o As cólicas são espasmos intestinais resultantes da adaptação e desenvolvimento do sistema digestivo do bebé e devido à acumulação de gases.
- o Manifestam-se mais frequentemente nos primeiros 3 a 4 meses.

### o Sinais:

- choro alto e inconsolável
- flexão das pernas sobre o abdómen
- abdómen tenso



Embora a cólica seja considerada um incómodo menor, pode acarretar intenso impacto emocional na ligação pais/filho e na dinâmica familiar.

## CÓLICAS



### o Algumas causas:

- Alimentação muito rápida;
- Deglutição de muito ar;
- Excesso de alimentação;
- Má técnica a dar a alimentação (posição, eructação);
- Stress ou tensão emocional entre pais e criança;
- Fermentação excessiva e produção de gases no intestino;
- Intolerância às proteínas do leite de vaca.



## CÓLICAS



### o Atenção:

- À dieta da mãe que amamenta;
- À relação entre o horário das cólicas e a refeição;
- A quem está presente na refeição;
- À actividade da mãe antes, durante e depois do choro;
- Ao que se faz para aliviar o choro;
- À forma como a mãe dá o leite.

## CÓLICAS



### o Para alívio das cólicas deve:

- Colocar o seu filho ao colo, de barriga para baixo;
- Realizar massagem na barriga, em redor do umbigo, no sentido dos ponteiros do relógio;
- Se necessário, estimular com um bebé gel vazio, para expelir os gases;
- Falar com o seu médico, antes de oferecer um medicamento para alívio das cólicas.

Um ambiente calmo é essencial!

# SOLUÇOS



## SOLUÇOS



- Os soluços estão associados à imaturidade do sistema nervoso que não controla adequadamente o músculo diafragma.
- Atingem cerca de 80% dos bebês e desaparecem tão repentinamente como chegaram, sem precisar de qualquer tratamento.
- Os soluços tendem a melhorar até os seis meses de idade.
- Há muitos bebês que têm soluços após as mamadas e regurgitam um pouco de leite, sobretudo nos primeiros meses.

## SOLUÇOS



- Se estiverem a progredir de peso, não existe razão para preocupações.
- Esta situação normalmente não incomoda os bebês, mas preocupa os pais.
- Os bebês no útero também podem ter soluços.
- Os soluços podem ser causados pela ingestão rápida de alimentos.

# ENGASGAMENTO



## ENGASGAMENTO

- Atenção:
  - Deve colocar o bebê de cabeça para baixo, apoiado no seu antebraço, e bater suavemente nas costas.



# TRANSPORTE DE CRIANÇAS



## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



- Em caso de acidente, uma criança que viaje à solta no automóvel, está sujeita a um risco de morte ou ferimentos graves 2 a 10 vezes superior ao de uma criança que viaje com um sistema de retenção adequado.
- Mesmo os condutores muito experientes e cuidadosos, não estão a salvo dos erros dos outros condutores. No entanto, o risco de morte e ferimentos graves podem ser diminuídos.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



- Para isso, basta utilizar sempre, seja qual for a velocidade ou a distância a percorrer, um sistema de retenção adequado ao peso e à idade das crianças e correctamente instalado.

Transportar uma criança num automóvel sem o respectivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais. É também uma contra-ordenação grave punida por lei com coima e sanção acessória de inibição de conduzir.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



- Em que lugar deve viajar a criança?
  - Os lugares de trás são os mais seguros. Deve transportar as crianças atrás e com cadeirinha.
  - Coloque as cadeirinhas de forma a que as crianças entrem no automóvel sempre pelo lado do passeio.
  - Só deverá transportar uma criança no banco da frente em último recurso (carros de 2 lugares). Nesse caso chegue o banco do automóvel totalmente atrás, para proteger a criança do airbag.
  - Nunca poderá transportar uma cadeirinha voltada para trás no lugar da frente que esteja equipado com um airbag activo.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



- Regulação dos cintos internos
  - Nas cadeiras que têm cintos internos é muito importante que estes estejam sempre bem ajustados.
  - Ajuste-os de forma a que não fique uma folga superior a um dedo entre os cintos e os ombros da criança. Se a folga for mais elevada, a criança poderá ser "cuspada" para fora da cadeira e para fora do automóvel se acontecer um acidente.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



- Cadeirinhas 0-13 kg (Grupo 0+)
  - São chamadas "cadeiras portáteis" e utilizam-se sempre voltadas para trás. Podem ser instaladas no banco da frente ou no de trás, utilizando um cinto de 3 pontos. Nunca podem ser instaladas num lugar com airbag frontal activo.
  - São as cadeiras mais indicadas para os recém-nascidos e bebés pequenos, pois nestas cadeiras o bebé não viaja demasiado direito e vai bem aconchegado e confortável.
  - São preferíveis em relação às alcofas para automóvel onde a criança viaja deitada. Nas alcofas, o bebé não é bem amparado e a maioria dos embates são transformados em choques laterais, que são muito mais perigosos para o bebé.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



- Cadeirinhas 0-18 kg (Grupo 0+/I)
  - Utilizam-se à frente ou atrás, num lugar com cinto de 3 pontos e sem airbag frontal activo. Devem ser sempre utilizadas voltadas para trás, pois apenas nesta posição protegem convenientemente.
  - Mesmo quando a criança começar a bater com os pés no banco do automóvel ou quando começar a ter as pernas um pouco dobradas, continue a utilizar a cadeira voltada para trás – é a protecção mais segura.
  - Nas cadeiras 0-18 kg a criança já viaja completamente sentada, pelo que estas não são adequadas para os bebés com menos de 6 a 9 meses.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o Porque deve a cadeira estar voltada para trás?

- Nos bebês pequenos, a cabeça representa cerca de 1/4 do peso do bebê. O bebê encontra-se numa fase de crescimento muito rápido, pelo que os seus ossos são ainda muito elásticos e pouco firmes.
- Se a criança estiver voltada para a frente antes dos 18 meses, o seu pescoço pode ser "puxado" com demasiada força mesmo num acidente a baixa velocidade ou até numa travagem brusca, assim o pescoço pode "esticar" demasiado, provocando lesões na coluna vertebral.
- Como os choques frontais são mais frequentes e violentos que os choques por trás, as crianças têm que viajar voltadas para trás pelo menos até aos 18 meses. Se for possível viajar com a criança voltada para trás até ainda mais tarde, melhor, pois vai mais segura.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o E como é que eu vejo a criança?

- É possível ver uma criança que viaje no banco de trás voltada para trás sem sequer se distrair da sua condução. Para isso basta utilizar um espelho especial que se vende em lojas de puericultura e alguns concessionários de marcas de automóveis.
- Este espelho é instalado na parte de trás do automóvel e permite que o condutor consiga ver a criança no retrovisor.
- Como a criança também vê o pai ou mãe (o condutor), também poderá ir mais tranquila e sossegada.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o Viajar voltado para trás, até quando?

- Viajar voltado para trás é a melhor protecção, pelo que os devemos manter nesta posição até o mais tarde possível – até aos 2 anos ou 2 anos e meio.
- Até a criança completar os 18 meses, deve viajar sempre voltada para trás. Devido ao seu pescoço frágil e ao elevado peso e tamanho da cabeça, só assim ela irá bem protegida.
- Algumas cadeiras permitem, em alguns automóveis, viajar com as crianças voltadas para trás até aos 3 anos sem qualquer problema. Contacte a marca do seu automóvel para saber se existe uma destas cadeiras para o seu carro.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



- o A utilização de cadeirinhas é indispensável até a criança ter 1,5 m de altura ou 36 Kg de peso, o que geralmente acontece entre os 8 e os 12 anos.

- o Nunca deixe de utilizar uma cadeirinha demasiado cedo - estará a pôr em risco a vida do seu filho.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o Bancos elevatórios (grupo III)

- Aos 7 ou 8 anos poderá utilizar apenas o banco elevatório se o cinto de segurança já não incomodar a criança no pescoço, mas pode também continuar a usar a cadeira 9-36 kg ou 15-36 kg se esta for suficientemente alta.
- Se o seu carro não tiver encostos de cabeça nos bancos de trás, é melhor continuar a utilizar a cadeira de apoio completa para que a criança tenha o pescoço protegido em caso de choque por trás.
- Não deixe de utilizar a cadeira de apoio ou banco elevatório antes de a criança ter 1,5 m de altura, 12 anos ou 36 kg. Só assim o cinto ficará correctamente colocado na bacia e não sobre a barriga.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o Airbags Frontais, que cuidados a ter?

- Os airbags são sistemas que complementam o cinto de segurança. Abrem muito depressa e de forma muito violenta, tendo sido estudados para proteger os adultos.
- Se alguma coisa se encontrar no seu caminho, tal como uma cadeira de criança virada para trás, uma cadeira voltada para a frente instalada com folga, ou uma criança que esteja demasiado perto, o airbag pode provocar ferimentos muito graves ou mesmo provocar a morte da criança.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o Airbags Frontais, que cuidados a ter?

- É por isso proibido instalar cadeiras voltadas para trás em lugares equipados com airbag frontal. Deve-se também, de uma forma geral, evitar utilizar lugares com airbag frontal para transportar crianças, mesmo que mais crescidas.

Não são conhecidos estudos ou casos que indiquem que os airbags laterais possam ser perigosos para as crianças.

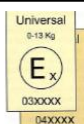
## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o Que cadeirinha comprar?

- Uma cadeirinha tem que estar aprovada de acordo com a norma internacional mais recente (R 44/03), deve ser indicada para a idade, altura e peso da criança e adaptar-se bem ao seu automóvel. Só assim é possível ter a certeza de que, se utilizada de acordo com as instruções, a cadeirinha oferece alguma protecção em caso de acidente.
- Lembre-se ainda que as crianças devem ser transportadas no banco de trás e, em geral, as cadeirinhas têm que ser instaladas num lugar equipado com um cinto de segurança de 3 pontos – se não dispuser de cintos de segurança de 3 pontos, verifique junto da marca do seu automóvel se é possível instalá-lo.

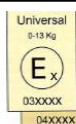
## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o A etiqueta de aprovação

- Esta etiqueta indica que a cadeira foi testada e aprovada de acordo com a norma internacional. O número de aprovação terá que começar pelos algarismos "03" ou "04" – é a indicação de que foi utilizada a norma mais recente.
- A etiqueta dá ainda indicações sobre o tipo de cadeira. Ela terá que ser "Universal" para que possa ser utilizada na maior parte dos automóveis e o peso da criança terá que estar dentro do intervalo indicado.

## TRANSPORTE DE CRIANÇAS



### o A etiqueta de aprovação

- Não é possível garantir que as cadeiras universais se adaptam bem a todos os automóveis e por outro lado, há que considerar a idade e o tamanho da criança e não apenas o seu peso para escolher a cadeira adequada.
- Experimente sempre a cadeira no seu automóvel e com a criança antes de a comprar.



OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO!

ESPERAMOS TER SIDO ÚTEIS!



## **ANEXO XIX**

Folhetos Informativos acerca de “Febre”, “Vômitos” e “Diarreia”  
realizados no Serviço de Urgência Pediátrica

## o Deve recorrer ao Médico se:

- O seu filho tiver idade inferior a 3 meses;
- Tiver febre com mais de 5 dias de evolução;
- Apresentar umas “pintas” vermelhas na pele;
- Se encontrar sonolento, desidratado, com vómitos e/ou diarreia;
- Referir dores de cabeça.



**ATENÇÃO:** Antes de sair de casa, administre-lhe sempre previamente antipirético, para evitar uma subida ainda maior da temperatura.

Maria João Oliveira  
Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientado por: Enfermeira Mafalda Garcia  
Professora Luísa Charepe

CENTRO HOSPITALAR  
LUSIA NORTE, EPE



SANTAMARIA

Hospital  
Público Alentejo



Sociedade Portuguesa de  
Pediatria

# FEBRE



O QUE SABER?  
O QUE FAZER?

Urgência Pediátrica - Coordenadora: Helena Fonseca  
Director(a) do Serviço de Urgência Pediátrica: Celeste Barreto  
Directora do Departamento da Criança: Maria do Céu Machado

# FEBRE



o Febre define-se como a elevação da temperatura do corpo acima dos valores considerados normais (entre os 36°C e os 37°C).

- Elevação da temperatura:
  - o Rectal acima dos 38,3°C
  - o Timpânica acima dos 38,5°C
  - o Axilar acima dos 38°C



o Sinais e Sintomas

- Pele fria e pálida e sensação de frio na subida da temperatura;
- Pele avermelhada, quente, com suores e sensação de calor na descida da temperatura;
- Aumento da frequência respiratória;
- Aumento dos batimentos cardíacos;
- Diminuição do débito urinário;
- Sede;
- Recusa alimentar;
- Sonolência.

o Quando o seu filho estiver com febre deve:

- Se estiver em subida térmica, não lhe retirar a roupa e administrar a terapêutica antipirética prescrita pelo médico, de acordo com o peso e idade;
- Se estiver em descida térmica, pode-lhe despir alguma roupa, pois já não vai referir frio e ajuda à descida da temperatura;
- Se mantiver febre após 4 horas, deve administrar outra terapêutica antipirética prescrita;
- Deve oferecer líquidos para prevenir que o seu filho desidrate.



## o Deve recorrer ao Médico se:

- O seu filho tiver menos de 3 meses de idade;
- Se encontrar sonolento, com um comportamento não habitual;
- Apresentar a língua seca, olhos encovados e não urinar;
- Apresentar pele marmoreada e “prega cutânea” na barriga;
- Tiver febre alta entre 3 a 5 dias;
- Apresentar dores de barriga e/ou de cabeça;
- Apresentar vómitos há mais de 24 horas;
- Apresentar vómitos com sangue;
- Apresentar outras queixas associadas:
  - dor ao urinar;
  - dor nos ouvidos;
  - história de traumatismo;
  - possibilidade de ter engolido algum medicamento ou objecto estranho.



Maria João Oliveira  
Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientado por: Enfermeira Mafalda Garcia  
Professora Saida Charapa

# VÓMITOS



O QUE SABER?  
O QUE FAZER?

Urgência Pediátrica - Coordenadora: Helena Fonseca  
Director(a) do Serviço de Urgência Pediátrica: Celeste Barreto  
Directora do Departamento da Criança: Maria do Céu Machado

# VÓMITOS



- São a expulsão forçada do conteúdo gástrico.
- Habitualmente acompanhada de:
  - Náuseas
  - Aumento da produção de saliva
  - Palidez
  - Suores
  - Aumento dos batimentos cardíacos



- Se o seu filho estiver com vômitos deve:

- Fazer uma pausa na alimentação;
- Iniciar alimentação com líquidos (chá açucarado ou soro de rehidratação oral), em pequena quantidade e lentamente (5ml de 5/5 minutos);
- Dar-lhe alimentos quando a criança se encontrar há 4 horas sem vômitos;
  - Os alimentos devem ser cozidos ou grelhados e a fruta cozida.



## o Deve recorrer ao Médico se:

- O seu filho tiver menos de 3 meses de idade;
- Se encontrar sonolento, com um comportamento não habitual;
- Apresentar língua seca, olhos encovados, não urina (sinais de desidratação);
- Tiver febre alta;
- Tiver além da diarreia, vómitos;
- Tiver fezes líquidas com sangue;
- Apresentar dores de barriga.



Maria João Oliveira  
Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Orientado por: Enfermeira Mafalda Garcia  
Professora Saida Charapa

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, I.P.P.



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
Público Alentejo



# DIARREIA



## O QUE SABER?

## O QUE FAZER?

Urgência Pediátrica - Coordenadora: Helena Fonseca  
Diretor(a) do Serviço de Urgência Pediátrica: Celeste Barreto  
Diretora do Departamento da Criança: Maria do Céu Machado

## DIARREIA

- Aumento do número de dejectões que é habitual na criança ou diminuição da sua consistência.
- Pode ser acompanhada de:
  - Sede
  - Recusa alimentar
  - Febre
  - Vómitos
  - Distensão abdominal
  - Cólicas



- Se o seu filho estiver com diarreia deve:



- Oferecer líquidos (chá açucarado (não deve oferecer chá preto) ou soro de rehidratação oral);
- Fazer uma dieta anti-diarreica:
  - Papa de Arroz ou 1ª Papa;
  - Sopa de Cenoura ou Canja;
  - Arroz branco cozido ou arroz de cenoura;
  - Iogurte natural ou de aromas (sem pedaços);
  - Peixe ou carne cozidos ou grelhados;
  - Banana;
  - Maçã ou pêra cozida.
- Não incluir na dieta fritos, molhos ou legumes;
- Evitar alimentos comprados, já cozinhados;
- Não precisa de retirar o leite da alimentação (até 1 ano de idade);
- Se estiver a amamentar, pode continuar. A mãe deve evitar alimentos como os citrinos (laranja e limão) e legumes;
- Não forçar a criança a comer;
- Não administrar medicamentos **sem** contactar com o médico.