



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio

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

Cristiana Maria Passos Simão

Porto, março de 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio

PRACTICUM REPORT

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

Cristiana Maria Passos Simão

Sob orientação de: Doutora Constança Festas

Porto, março de 2019

Resumo

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. A sua realização tem como objetivo descrever o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos assistenciais, demonstrando deste modo as competências adquiridas na área de especialização. A metodologia utilizada neste documento é descritiva e crítico-reflexiva, sustentada em pesquisa bibliográfica. O Estágio Final deste Mestrado desenvolveu-se em três contextos distintos de prática dos cuidados: Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência e Serviço de Neonatologia. Os objetivos definidos para o estágio contemplaram as competências propostas pelo Plano de Estudos do mestrado da Universidade Católica.

Para dar resposta aos mesmos foram delineadas atividades centradas no cuidado à criança e família, atendendo aos quatro domínios da atuação do enfermeiro: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Destacam-se, na assistência especializada, as atividades desenvolvidas no âmbito da transição para a parentalidade, da vinculação e da relação mãe-filho, da amamentação e do controlo da dor na criança, tendo como intenção transversal a promoção, o desenvolvimento e a adaptação da criança, jovem e família aos processos de saúde e doença. A aprendizagem efetuada no decorrer da assistência em diferentes contextos e a atualização de conhecimentos inerente, permitiu-me adquirir competências para a melhor compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares relacionados com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A procura de soluções para problemas complexos, refletindo sobre a tomada de decisão e implicações éticas e sociais que resultam dessas respostas, tornou-se fundamental para o amadurecimento do carácter crítico-reflexivo e deontológico-profissional.

Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde Infantil, Pediatria, Criança, Família.

Abstract

This internship report is presented as part of the Curricular Unit - Final Internship and Report of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing at the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Its purpose is to describe the course carried out along the different assistance contexts, thus demonstrating the skills acquired in the area of the Specialization. The methodology used in this document is descriptive and critical-reflective, supported by bibliographical research. The Final Internship of this Master's program comprised three contexts of care practice: Primary Health Care, Emergency Service and Neonatal Service. The objectives defined for the internship included the proposed competences of the Master's Degree Program of the Catholic University.

In order to tackle them, activities focused on child and family care were designed, addressing the four domains of the nurses' performance: Health Care, Care Management, Training and Research. During specialized assistance, the activities implemented in the context of transition to parenthood, bonding and mother-child relationship, breastfeeding and pain control in the child, stood out, while having a transversal intention of promoting, developing and adapting the child, youth and family to the processes of health and illness.

The learning process throughout the assistance in these different contexts and the correspondent knowledge update, allowed me to acquire the skills to better understand and solve problems in new and unfamiliar situations, related to the Specialization in Child and Pediatric Health Nursing. The search for solutions for complex problems, while reflecting on the decision-making process and the ethical and social implications that result from these answers, became fundamental for the development of a critical-reflective and deontological-professional character.

Keywords: Nursing, Child Health, Pediatrics, Child, Family.

Abreviaturas e Siglas

APT	Alimentação Parentérica Total
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CUA	Cateter Umbilical Arterial
CUV	Cateter Umbilical Venoso
DGS	Direção Geral da Saúde
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EDIN	Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né
EE	Enfermeiro Especialista
Enf ^a	Enfermeira
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EESMO	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NIDCAP	<i>Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program</i>
OBS	Observação
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido pré-termo
SIJ	Saúde Infantil e Juvenil
SNIPi	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SU	Serviço de Urgência

TET	Tubo Endotraqueal
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN	Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para as Crianças
USF	Unidade de Saúde Familiar.

“Recomeça...
Se puderes,
Sem angústia e sem pressa;
E os passos que deres,
Nesse caminho duro,
Do futuro,
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances,
Não descanses.
De nenhum fruto
Queiras só metade!”
Miguel Torga
“Diário XIII”

Agradecimentos

Aos incansáveis, os meus filhos e marido, que com toda a paciência, resiliência e sobretudo carinho, percorreram este caminho sempre de mãos dadas com a mãe e esposa, apoiando, incentivando e perdoando todos os minutos roubados.

À professora Constança Festas pela dedicação e confiança depositada, mesmo quando as forças já faltavam e o ânimo começava a escassear. Foi sem dúvida o pilar na construção deste percurso trabalhoso, mas extremamente compensador.

Índice

1.	Introdução	17
2.	Competências adquiridas no estágio	21
	2.1.Domínio da Prestação de Cuidados	21
	2.2.Domínio da Formação	68
	2.3.Domínio da Gestão de Cuidados	72
	2.4.Domínio da Investigação	76
3.	Conclusão	81
4.	Bibliografia	83
5.	Apêndices	
	Apêndice I – Ação de Educação para a saúde – Parentalidade problemas comuns	87
	Apêndice II – Cartaz e panfleto da Semana Amamentação	121
	Apêndice III – Ação de Educação para a Saúde – Sexualidade no Adolescente	125
	Apêndice IV – Ação de Formação a pares -Suporte Básico de Vida Pediátrico	155
6.	Anexos	
	Anexo I- Inquérito sobre Adolescência e Sexualidade	187

1.Introdução

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sendo parte integrante da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Este relatório pretende ilustrar o meu percurso no decorrer do estágio, demonstrando as competências desenvolvidas para este ciclo de estudos, servindo, também, como instrumento de avaliação.

O Estágio que tive oportunidade de realizar, base deste trabalho, constituiu o grande enfoque para a realização do presente relatório, na medida em que alia o conhecimento apreendido durante a componente teórica e o estudo individual, à experiência profissional prévia. Culminou a aplicação deste saber em diferentes contextos da prática, permitindo o desenvolvimento de diversas competências cognitivas, comunicacionais e técnicas, no âmbito da especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Como tal, a aquisição de conhecimentos, a reflexão sobre competências adquiridas, objetivos atingidos e dificuldades encontradas tornou-se fundamental, atendendo à obrigatoriedade pedagógica na elaboração deste relatório.

Os locais onde estagiei e as experiências que tive, foram oportunidades privilegiadas de aprendizagem, de desenvolvimento de competências e de aplicação prática dos conhecimentos teóricos que foram adquiridos ao longo do mestrado, em colaboração com os colegas que exercem funções nos diferentes contextos de estágio. Assim, o Estágio Final foi, não só uma mais valia, como um componente essencial para adquirir as competências necessárias à obtenção do grau de mestre.

Com a elaboração deste relatório de estágio, pretendo uma reconstrução de um percurso traçado sob as linhas mestras de objetivos orientadores preconizados no plano de estudos do curso, que passo a enumerar:

- Saber aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de

compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP);

- Capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às minhas responsabilidades sociais e éticas;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Como objetivo pessoal para o relatório pretendo, primeiro identificar as competências adquiridas em contexto de estágio; de seguida descrever e refletir acerca das atividades realizadas face aos objetivos traçados, posteriormente identificar as dificuldades encontradas e como foram ultrapassadas e por último desenvolver a minha capacidade de reflexão e de pensamento crítico em Enfermagem.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório é descritiva e crítico-reflexiva, sustentada por pesquisa bibliográfica, atendendo à cogitação necessária ao trabalho desenvolvido durante o estágio.

O Estágio Final deste Mestrado decorreu em três contextos de assistência à criança e família: Cuidados de Saúde Primários (CSP), Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Neonatologia. Realizou-se no período compreendido entre 10 de setembro de 2018 e 09 de fevereiro de 2019, que incluiu a realização deste relatório final. Neste percurso fui orientada por enfermeiros especialistas, meus tutores de estágio. A orientação pedagógica de todo o percurso foi da responsabilidade da Doutora Constança Festas.

O contexto de estágio de CSP decorreu entre 10 de setembro e 03 de novembro de 2018, com um total de 180 horas de trabalho presencial e decorreu numa

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF); o estágio de SU desenvolveu-se entre 05 de novembro e 01 de dezembro de 2018, com um total de 90 horas de contacto e decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente; e o estágio no Serviço de Neonatologia decorreu entre 3 de dezembro e 05 de janeiro, num Serviço de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, com 90 horas presenciais.

Em acréscimo à carga horária já referida, despendi cerca de 390 horas de trabalho individual, utilizadas quer no decorrer dos vários contextos de estágio, quer na elaboração deste relatório, perfazendo um total de 750 horas de trabalho, o que equivale a 30 ECTS (*European Credit Transfer System*).

2.Competências Desenvolvidas no Estágio

Competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades e intervenções que devem ser desempenhadas num contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Considero que adquirindo competências na área da saúde infantil e pediátrica, se desenvolvem características a nível pessoal e profissional para nos tornarmos especializados.

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP define 24 objetivos específicos a desenvolver ao longo da Unidade Curricular Relatório e Estágio final, de modo a orientar globalmente o percurso académico com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, objetivos esses que procurei atingir ao longo do estágio.

Os objetivos específicos preconizados são possíveis de atingir mediante o desenvolvimento de competências que foram organizadas em quatro domínios: Prestação de Cuidados, Formação, Gestão de Cuidados e Investigação. De seguida, apresento as atividades realizadas em função dos objetivos específicos por mim traçados para este Estágio, dando resposta às competências elencadas nos respetivos domínios. Em todo o processo refleti crítica e sistematicamente de forma a adquirir competências necessárias a um Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

2.1. Domínio da Prestação de Cuidados

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), trabalha com a criança e família em qualquer contexto assistencial, de forma a promover a saúde, prestando cuidados à criança doente e realizando educação para a saúde, em

parceria com a família (Diário da República, 2018).

Considerando a natureza profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, apresenta-se este domínio com uma importância major na aquisição de competências para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido (RN)/criança/jovem e família, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados especializados.

Competências desenvolvidas
16. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

✓ Objetivos Específicos

- Conhecer e discutir criticamente o plano de atividades e protocolos dos diferentes contextos;
- Identificar e participar na metodologia de trabalho em vigor.

✓ Atividades desenvolvidas

- Fiz visita guiada aos diferentes serviços;
- Pesquisei manual de acolhimento e de procedimento das unidades;
- Colaborei em projetos existentes nos diferentes contextos de atuação.

REFLEXÃO:

Trabalhar numa equipa multidisciplinar é uma tarefa exigente, intimamente relacionada com a forma como somos acolhidos. Dependendo da mesma, integramo-nos com maior ou menor facilidade nas dinâmicas de um serviço e progressivamente adquirimos capacidade para trabalhar em equipa.

O acolhimento e integração nas diferentes unidades e serviços tiveram início com uma visita guiada pelos mesmos, orientada pela Enfermeira (Enf.^a) tutora ou pela Enf.^a responsável do serviço. Assim, foi-me dado a conhecer a estrutura física, os

materiais e normas vigentes, bem como os restantes elementos das equipas, começando assim a minha envolvência na dinâmica dos serviços. As enfermeiras tutoras mostraram-se sempre muito recetivas para participar no meu processo formativo. A orientação foi positiva, pois ao mostrarem-se atentas, sempre disponíveis e possuindo, a meu ver, conhecimentos adequados e aprofundados no cuidado ao RN/criança/adolescente/família, contribuíram para o meu desenvolvimento neste percurso, que indelevelmente terá um impacto positivo no meu desempenho pessoal e profissional.

O Estágio em CSP decorreu maioritariamente numa UCC, onde diferentes projetos eram operacionalizados. O meu contexto profissional atual acabou por facilitar a integração na UCC, uma vez que o método de trabalho é semelhante. No entanto, não pude deixar de observar atentamente as dinâmicas da UCC e focar-me naquelas com as quais me encontrava menos familiarizada, nomeadamente na temática da parentalidade, nas reuniões do Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACRJ) e Equipa Local de Intervenção (ELI). Constituindo o projeto da parentalidade, o NACJR e a ELI, áreas com as quais nunca tive contacto direto e que me despertam bastante interesse, optei por conhecer melhor estes projetos, pelo que direcionei o meu período de estágio na UCC para este tipo de intervenção. No que concerne à Saúde Escolar, área na qual exerço funções atualmente, explorei a metodologias utilizadas de forma a enriquecer a minha forma de atuação. No tocante aos projetos que integram a carteira de serviços da UCC, tive a possibilidade de ser esclarecida sobre todos eles, sendo que cada um deles se encontra à responsabilidade de um dos enfermeiros da unidade, embora possam ter a colaboração dos outros elementos.

Tive oportunidade de consultar o Plano de Ação da UCC onde me familiarizei com todas as valências, projetos e seus objetivos. Familiarizei-me com o guia de introdução de novos alimentos no primeiro ano de vida, elaborado pela unidade local de saúde, que sustentou grande parte das intervenções efetuadas neste contexto, subjacentes ao tema.

O facto do projeto existente na UCC, no âmbito da parentalidade, contar com a participação de uma EESIP e uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), evidencia a necessidade de trabalhar em equipa. Trabalhar em equipa é indissociável de um trabalho eficiente e munido de qualidade na enfermagem.

Quer entre pares, no caso do projeto referido anteriormente, quer noutras dinâmicas como no cantinho da amamentação, na consulta de saúde infantil e Juvenil (SIJ) e reunião do NACRJ, observei as vantagens de trabalhar em equipa multidisciplinar e todo o benefício que advém para o utente. A rápida comunicação entre profissionais e articulação com as diferentes unidades de saúde, torna as intervenções de enfermagem mais céleres, aumentando exponencialmente os ganhos em saúde, que seriam com certeza menores, se esta dinâmica de trabalho não existisse ou não resultasse.

Tive oportunidade de observar a eficácia da comunicação dentro da equipa multidisciplinar, na elaboração de plano de intervenção a utentes. Entre UCC e USF trabalha-se sempre com o mesmo rumo e objetivos transversais, elabora-se planos de intervenção na comunidade consoante diagnósticos levantados por ambas as equipas, por exemplo, evita-se a introdução de leite de formula precocemente, respeitando a evolução estado ponderal esperada para o lactente.

A receção no Serviço de Urgência Pediátrica foi muito agradável, e, ao longo de todo o período em que decorreu o estágio, senti-me muito bem acolhida. A metodologia de trabalho adotada pelos enfermeiros é o método em equipa, sendo que executam as suas atividades em interação para que a melhoria da prestação de cuidados seja alcançada. Observei o percurso que a criança faz, desde a sua entrada na Urgência, até à sua alta ou possível transferência. Neste serviço o guia de acolhimento estava a ser elaborado por elementos da equipa.

Consultei manual de normas e protocolos do serviço, de notar que o mesmo era bastante completo e organizado de forma muito intuitiva, consoante bibliografia recente. Procurei atuar sempre segundo o preconizado.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), a distribuição da responsabilidade da prestação de cuidados aos RN era efetuada de forma a que cada enfermeira ficasse com 2 a 3 RN, sendo que por norma a que tivesse com RN que inspirasse maior atenção por se encontrar numa situação clínica mais instável, ficaria apenas com 2. Em cada turno da manhã, por norma, ficava uma enfermeira de referência sem RN atribuídos, que apoiava a equipa quando os cuidados exigiam a presença de 2 enfermeiras, quando era necessário realizar ensinamentos aos pais ou sempre que se justificava a sua intervenção. O apoio constante da minha tutora tornava-se essencial no desenrolar de turnos que se apresentavam complicados quando um RN descompensava clinicamente. A comunicação com a

restante equipa multidisciplinar era eficaz e pragmática, que se traduzia na celeridade e qualidade dos cuidados prestados, existia uma boa relação e sobretudo respeito e reconhecimento das capacidades da EESIP, que na dúvida do planeamento de cuidados ou terapêuticas (por exemplo extubação de um RN) por norma era questionada quanto à sua opinião, dada a perícia reconhecida no desempenho da Enfermagem Avançada.

Integrei-me efetivamente nas equipas e prestei cuidados cumprindo as normas e protocolos dos serviços, assumindo sempre um espírito reflexivo na e sobre a ação, algo fundamental numa prática especializada. A minha integração nas equipas multidisciplinares e o conhecimento da dinâmica funcional dos serviços permitiram-me uma melhor e maior organização na prestação de cuidados ao RN/criança/adolescente/família.

Competências desenvolvidas
11.Desenvolver competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade;
14.Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

✓ Objetivos Específicos

- Aprofundar competências de comunicação com o RN, criança, Jovem e família nos diferentes contextos assistenciais;
- Aprofundar competências de comunicação com a família do RN em situação crítica.

✓ Atividades desenvolvidas

- Utilizei estratégias comunicacionais, como escuta ativa, o jogo a brincadeira;

- Usei linguagem adequada aos diferentes níveis de desenvolvimento das crianças.

REFLEXÃO

A comunicação em Pediatria é essencial, é através dela que transmitimos uma mensagem e dependendo da forma que o fazemos, com clareza, produzimos ou não uma comunicação eficaz. Não é possível cuidar sem comunicar, isto porque, temos que compreender o outro e de nos fazermos entender ao outro, assim torna-se possível elaborar e efetivar um plano de intervenção com ganhos em saúde com base nesta premissa. *“desenvolver as habilidades de comunicação é de fundamental importância para os profissionais na área de saúde, que devem conhecer o significado das mensagens enviadas/expressas, pela pessoa, de modo a que o plano de cuidados, seja efetivo, em função das necessidades da pessoa/família”* (Sequeira, 2016, p. 5)

As estratégias de comunicação devem ir de encontro ao desenvolvimento cognitivo da criança e de acordo com as suas particularidades, isto porque, *“O normal desenvolvimento da linguagem e pensamento oferece um quadro de referencia para comunicar com a criança,...uma compreensão das características típicas destes estádios apetrecha os enfermeiros com um apoio que facilita a comunicação”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 127)

Tendo isto em conta, utilizei estratégias de comunicação com as crianças/adolescentes de diferentes faixas etárias, em particular no SU, aquando realização se procedimentos dolorosos, estratégias essas que me auxiliaram na obtenção de maior colaboração por parte da criança durante os procedimentos.

“Brincar é um dos aspetos mais importantes da vida de uma criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o stress” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1041).

A utilização de atividades lúdicas foi essencial para minimizar o stress da hospitalização.

Através do jogo, do desenho (pintava desenhos em conjunto com as crianças, conversando com elas); da brincadeira (usei muitas vezes o brinquedo especial que trazia, o peluche e falava com ele fazendo perguntas indiretas à criança), induziu a que, a criança não sentisse a minha presença como ameaça. Ao consolidar a sua

confiança em mim, conseguia que a criança estivesse calma e mais colaborante nos procedimentos e conseqüentemente promover o relacionamento terapêutico e evitar o medo da lesão corporal e dor característica desta faixa etária.

A comunicação não se estabelece só com a criança. Os pais/familiares/cuidadores são muitas vezes a nossa fonte de informação sobre seu o estado de saúde. Para tal devemos estabelecer empatia nas interações, "*Empatia é a capacidade de compreender o que a outra pessoa está a experienciar a partir do quadro de referência...habilidade de se colocar no lugar do outro*" (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 126). Assim respeitei os silêncios e estive atenta à comunicação não verbal que encerra habitualmente as mensagens mais significativas.

"*Numa escuta ativa o mínimo de atividade verbal facilita o envolvimento dos pais*" (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 125) desenvolvi escuta ativa e utilizei uma linguagem clara para validar a compreensão da informação. Utilizei estas estratégias para conseguir uma aproximação aos familiares/ cuidadores de forma a otimizar o processo terapêutico.

Na UCC comuniquei de modo seguro, claro e eficaz, essencial para transmitir confiança aos pais que frequentavam os cursos de massagem e parentalidade, mostrei sempre disponibilidade para responder às questões.

Neste contexto de educação parental assisti a uma formação sobre o choro do bebé, que despertou a minha atenção para a importância de compreender o choro do RN, que é uma das suas formas de comunicar. As crianças quando estão contentes sorriem, e, choram quando algo as desagrada seja a fome, dor, restrição de movimentos ou até mesmo por necessidade de companhia (Hockenberry & Wilson, 2014). Revelou-se fulcral observar o comportamento dos pais em relação a esta forma de comunicação e muitas das suas dúvidas iam de encontro a como se interpretava o choro, munir-me deste conhecimento auxiliou-me nos ensinamentos efetuados aos pais reduzindo de dia para dia a sua ansiedade no cuidar do seu filho.

No SU proporcionaram-se diversos eventos onde contactei com um grupo etário completamente distinto, os adolescentes, onde é essencial o respeito pelas suas capacidades, opiniões, sentimentos e competências (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Nesta interação ressalvei sempre que o que me era comunicado por eles era confidencial, dentro dos limites que não pusessem em causa a sua segurança. Ao utilizar estas estratégias de comunicação consegui otimizar a relação

estabelecida com o adolescente e levar a cabo o plano terapêutico.

Os pais quando recorrem à Urgência com o seu filho, é na maioria das vezes, porque surgiu um evento súbito, tantas vezes inexplicável, tornando-se muito difícil para eles compreendê-lo e aceitá-lo. Os pais experienciam, uma grande ansiedade, tensão e medo. Assim torna-se essencial oferecer a oportunidade de expressar o seu ponto de vista e sentimentos e posteriormente tranquilizá-los assegurando que o que estamos a fazer irá fazer bem ao seu filho (Kelleher, Lambert, & Long, 2012). Ao adotar esta postura apropriei-me da melhor forma de comunicar com a família, de forma clara e eficaz.

No SU pediátrico, o grande desafio prendeu-se com a gestão da ansiedade da família/ cuidadores do RN/ criança / adolescente, que por norma gera conflitos. Aqui foi importante assumir uma postura assertiva, dirigir a minha intervenção à compreensão da natureza do sofrimento dos pais e à consciência de que há maneiras peculiares com que cada uma lida com as diferentes situações. Esta abordagem permitiu-me aprofundar a minha competência relacional com os cuidadores, essencial na prestação de cuidados em SIP.

Na Neonatologia, em muito o vivido pelos pais se assemelha ao contexto anterior, considerando que *“A admissão na UCI pode ser traumática tanto para as crianças como para os pais.”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1055).

A juntar o facto que mãe e filho passaram por uma experiência marcante, por vezes avassaladora emocional e fisicamente, o parto. Foi possível constatar que os pais apresentam ansiedade quando acompanham o seu filho na neonatologia, causada por diversos fatores: não se sentirem capazes de auxiliar seu filho, sentindo-o tão frágil; o facto de entregá-lo ao cuidado de desconhecidos; a presença de todo o equipamento que observam e desconhecem que aumenta a sensação de impotência, *“a natureza e a gravidade da doença,.. os ambientes desconhecidos altamente tecnológicos, são fatores importantes especialmente para os pais...os enfermeiros podem ajudar os pais a gerir o momento, pedindo-lhes para identificarem as tensões”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1055). Assim questionei os pais relativamente às emoções vivenciadas durante a hospitalização. Referiam que por não saberem como lidar com tal experiência ameaçadora, vivenciavam medo de perderem o seu filho, angústia pela possibilidade deste experimentar dor ou desconforto e medo de possíveis sequelas a longo prazo. Ao ouvir as suas preocupações atentamente, tentei sempre informar relativamente aos cuidados

prestados e porque eram elaborados de determinada forma, o que se pretendiam com eles e para que serviam os equipamentos que rodeavam o RN. Esta postura, como pude constatar, revelou-se extremamente útil para diminuir o stress dos pais e fomentar os cuidados de enfermagem centrados na família.

Na UCIN reforcei a importância do papel parental, respeitei a privacidade do RN/família, prestando assim cuidados eficientes e respeitando as diferentes crenças e culturas. Relativamente a este assunto gostaria de relatar uma situação em que na presença de uma mãe Búlgara, tive que comunicar em Inglês e perceber as diferenças prestada ao RN na sua cultura, esclareci dúvidas e adaptei as nossas práticas, aos costumes culturalmente sensíveis.

As diferentes formas como se expressa o RN, a criança e adolescente, exigem do Enfermeiro Especialista (EE) uma abordagem na comunicação completamente distinta. Esta capacidade de adaptação às diferentes faixas etárias constituiu um desafio enorme como enfermeira, no entanto, esta experiência tornou os meus conhecimentos e habilidades sobre a comunicação mais robustos, nas diversas idades que a SIP abarca.

Com este vasto leque de experiências, considero ter adquirido competências especializadas no domínio da comunicação com a criança e família.

Competências desenvolvidas
2. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
4. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
5. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
7. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
10. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;

13. Fazer avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos;

15. Planejar e executar intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados;

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

17. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;

✓ Objetivos Específicos

- Promover a parentalidade;
- Promover a parceria de cuidados.

✓ Atividades desenvolvidas

- Apoiei no desempenho do papel parental;
- Realizei Ação de Educação para a Saúde à comunidade subordinada ao tema “parentalidade- problemas comuns”;
- Efetuei pesquisa bibliográfica sobre assistência ao RN/ criança e adolescente;
- Participei no curso preparação para o parto (choro e prevenção acidentes);
- Participei no curso parentalidade;
- Participei em sessões de Massagem Infantil;
- Incentivei o método de canguru;
- Fomentei a parceria de cuidados.

REFLEXÃO:

O processo de transição para a parentalidade inicia-se com a ligação que a mãe estabelece com o filho. Ao adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes para a mudança de papel, o casal consolida o processo de aquisição de competências parentais e conseqüentemente obtém satisfação do papel (Mercer, 2006). Assim, tornar-se pai envolve passar de uma realidade familiar, para outra completamente

desconhecida (Mercer, 2004) , esta transição deve efetuar-se de uma forma saudável, de forma a *"promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível social e da saúde no futuro."* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 11). A interação terapêutica entre enfermeira e cliente, torna-se essencial para a preparação do papel materno / social (Mercer & Walker, 2006). Como tal, considero importante a consolidação de conhecimentos sobre esta temática, no percurso formativo em SIP.

Atendendo a que, parentalidade é *"assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados"* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 71), torna-se evidente que o exercício da mesma é fundamental para a qualidade de vida da criança, para o seu crescimento e promoção do seu potencial de desenvolvimento.

Quando "a criança é influenciada por fatores que afetam a unidade familiar, ... só pode funcionar no máximo do seu potencial dentro de um relacionamento familiar estável" (Smith, 1995, p. 33), torna-se crucial a intervenção do EESIP no suporte e vigilância da interação mãe filho.

Com o nascimento do primeiro filho, inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital da família, que se move da função conjugal para a parental (Relvas, 2004),esse acontecimento requer mudanças no desempenho dos papéis e mudanças significativas nas relações (Hockenberry & Wilson, 2014). Conclui-se, que a parentalidade não é um processo apenas intuitivo e inato, que tem que ser trabalhado, constituindo um desafio para pais e enfermeiros.

A educação parental no primeiro ano de vida da criança deve ser considerada um elemento valioso nas rotinas de consulta em CSP.

O projeto de Enfermagem para a Parentalidade desenvolvido pela EESIP, na UCC onde estagiei, é um projeto de prestação de serviços de enfermagem especializados, diferenciados e integrados, com a finalidade de contribuir para a transição para a parentalidade, em crianças saudáveis ou com necessidades de saúde especiais.

Estende-se aos cuidadores formais/pais das crianças institucionalizadas numa associação de acolhimento temporário, onde se encontram crianças até aos seis anos de idade, no entanto, por diversos motivos, a faixa etária é alargada (Martins, 2012).

A finalidade do projeto centra-se na promoção das competências do exercício da parentalidade na área geográfica de influência da UCC, sendo a população alvo todas as grávidas, pais e crianças residentes na área abrangente da UCC e inscritas nas USF do centro de saúde.

O mesmo, preconiza a prestação de cuidados de enfermagem especializados em colaboração com a equipa de saúde familiar, englobando: curso de preparação para o parto, o de massagem infantil, da parentalidade e recuperação pós-parto, assumido pela EESIP e pela EESMO. A exequibilidade das intervenções efetuadas pelas mesmas, implica a implementação de contactos individuais, sessões temáticas em grupo e visitas domiciliárias (Martins, 2012).

Na UCC onde estagiei tive oportunidade de participar ativamente em três das sessões de Curso de Preparação para o Parto que são assumidas pela EESIP, uma subordinada ao tema “acidentes e prevenção rodoviária” e duas sobre “Como lidar com o choro do bebé”.

O Curso de Educação Parental abrange 6 temas: O sono do bebé, Introdução de novos alimentos no primeiro ano de vida, Amamentação e regresso ao trabalho, Estimulação do desenvolvimento, Segurança e prevenção de acidentes e Problemas comuns- como lidar. Assisti a uma sessão de cada tema e assumi uma sessão sobre parentalidade - problemas comuns, onde estavam presentes 12 pais (Apêndice I). Para a elaboração do planeamento da sessão consolidei conhecimentos em como fazê-lo e fiz pesquisa bibliográfica. Ao executar a sessão, consegui apurar as minhas técnicas de comunicação direcionadas a grupos específicos de utentes e aprendi a melhor forma de capacitar em saúde pais/cuidadores, característica de um EE.

As sessões foram dirigidas às necessidades de aprendizagem dos casais/cuidadores e proporcionaram oportunidades de interação entre o casal e o filho, estimulando e fortalecendo a relação pais/filho. Como pude observar, as sessões da parentalidade são uma ocasião ideal para partilhar experiências, quer pelo contacto com os profissionais de saúde quer pela convivência com outras mães, resultando numa partilha de ideias e experiências, o que potencia competências

parentais e estimula a autonomia na resolução de problemas.

Assim com esta experiência, além de ter aprofundado conhecimentos fundamentados sobre o exercício da parentalidade, também treinei a melhor forma de capacitar os pais que se preparam para exercer este papel, muitos pela primeira vez. Cabe ao EESIP ensinar estratégias de adaptação à parentalidade e munir os pais de competências para exercer esse papel de forma a responder adequadamente às necessidades do bebê.

O profissional de saúde é visto como um recurso fora da família, que ajuda em momentos de ansiedade e dúvidas. Durante as sessões de parentalidade fomentava-se momentos de partilha, que proporcionavam troca de vivências comuns, com as quais a maioria das mães se identificavam. Foi curioso constatar que nos grupos de parentalidade, as mães continuavam a encontrar-se, mesmo após o fim do programa. Esta prática, está descrita na literatura, como uma forma de ajuda na prevenção de depressão pós-parto, " *programas acompanhamento pré-natal associado a outros fatores de proteção presentes na história das grávidas pode ajudar a prevenir a depressão pós parto*" (Arrais, Fragalle, & Mourão, 2014), pela quebra da rotina/monotonia das tarefas diárias em casa e a criação de elos sobretudo para aquelas que vivem longe de familiares e amigos.

Pude constatar que a EESIP não está somente a capacitar os pais para o cuidado aos filhos, mas também a trabalhar conjuntamente com os pais e envolvê-los no processo de partilha de experiências, discussão de ideias e resolução de problemas. Considero que esta dinâmica de grupo é o espaço ideal para o desenvolvimento de conhecimentos e treino de competências essenciais no processo de adaptação à parentalidade. Permite o estabelecimento de uma relação de confiança/ empatia com a Enf^a, o que constitui uma mais-valia, para a vigilância e educação para a saúde.

Esta relação é facilitadora na deteção de situações de risco, como foi o caso de uma mãe que frequentava o curso de massagem ao RN e parentalidade. Após observar o seu estado anímico durante as sessões e interação que estabelecia com o bebê, procurei conversar com ela num local mais resguardado. Após discutir com a minha tutora, foi decidido o encaminhamento para médico de família por suspeita de depressão pós-parto. Confirmado o diagnóstico foi conduzida para cuidados especializados e assim pode ser acompanhada por recursos da comunidade que dessem resposta às suas atuais necessidades.

Foi possível participar no Curso de Massagens do Bebê. O curso é reservado a utentes inscritos nas USF, tem número limitado de inscrições, decorre durante 5 semanas, 1 vez por semana, tendo cada sessão a duração de 60 minutos, assisti a 3 turmas diferentes. A formação referente à massagem do bebê, inicia-se com momentos de quebra gelo, com as mães usando pensamento dirigido, através imagens associadas ao seu desempenho parental. Tem também uma vertente prática: cada mãe faz massagem ao seu bebê, seguindo as instruções da enfermeira, que usa um boneco para o efeito, em cada sessão é trabalhada uma parte específica do corpo. No fim da sessão de massagem a formadora introduz temáticas, de modo a serem refletidas pelas mães tais como: as opiniões da sociedade quanto à parentalidade e o regresso ao trabalho. Posteriormente, é enviado às mães por email, material de apoio à sessão, com informação teórica relacionada com os temas abordados.

Tal como refere a literatura *“os bebês, ao se sentirem acariciados, acalmam-se e começam a perceber com tranquilidade o novo mundo. Os estímulos sensoriais que um provoca no outro faz emergir um ciclo, em que a mulher interage com o bebê e ele corresponde a ela, fazendo com que a mãe se sinta mais segura e continue a estimulá-lo ainda com mais vontade.”* (Gasperi, et al., 2010), o toque usado na massagem. potencia o vínculo mãe/ bebê.

Particpei em 9 sessões do Curso de Massagem ao Bebê que permitiu-me avaliar que nos CSP se prestam serviços de Enfermagem diferenciados e integrados, com o objetivo de promover o exercício saudável do papel parental e promover a saúde da criança do nascimento à adolescência. Verifiquei também que a presença dos pais e avós promove estreitamento de laços familiares intergeracionais.

A missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, providenciando a todos os pais / cuidadores a informação, recursos e suporte necessários ao cuidado à criança, num ambiente ótimo que deve encorajar o seu crescimento e desenvolvimento, permitiu-me refletir na importância do papel do EE na comunidade e os ganhos em saúde que dessa intervenção advém. Diminui-se assim visitas às unidades de saúde diferenciadas, por situações que facilmente se poderiam resolver no domicílio ou recorrendo a CSP. O nutrir de informação fundamentada por um profissional de saúde especializado, o uso de técnicas de comunicação apropriadas ao público alvo, resultam em diminuição de ansiedade na prestação do papel parental, capacitando os pais com conhecimento,

conferindo-lhes segurança nos cuidados que estão a realizar ao lactente.

Ter participado com a tutora no desenvolvimento dos projetos especializados, levou-me a refletir que, com uma estratégia chave no domínio da promoção e educação para a saúde, executado por um profissional dotado de conhecimentos aprofundados em SIP, obtêm-se a longo prazo, ganhos de saúde na criança.

No SU a parentalidade apresentou-se de antemão como um objetivo difícil de alcançar, visto o curto espaço de tempo que os pais/criança estavam no serviço e a constante circulação em que se encontravam a realizar exames complementares ou em consulta médica. No entanto, nos escassos momentos e achando-os oportunos, fui realizando ensinamentos conducentes ao aperfeiçoamento de competências, em especial, no que concerne à febre e hidratação oral fracionada. Assim ao conferir confiança nos cuidados prestados, ajudava a minorar a ansiedade vivida pelos cuidadores/criança naquele contexto. Apenas em turnos em que me encontrava a prestar cuidados em Observação (OBS), por o tempo de permanência ser maior, tinha maior oportunidade de trabalhar a parentalidade.

Foi na UCIN que este foco da prática se revestiu de maior importância e se tornou um grande desafio. A parentalidade é estimulada desde que o RN dá entrada na unidade, até ao dia em que tem alta, prolongando-se no domicílio, com a parceria estabelecida com a UCC da área, nas visitas domiciliárias conjuntas. O seu objetivo é facilitar a integração do prematuro no seu ambiente familiar. Infelizmente, dado o estágio ser tão curto, não tive oportunidade de acompanhar a minha tutora numa visita domiciliária ao RN/família. No entanto, considero o estabelecimento de uma relação entre a enfermeira da UCIN e a dos CSP, benéfica para a continuidade de cuidados a prestar ao RN/ família.

“A vinculação é um processo complexo que se desenvolve gradualmente e que é influenciado por múltiplos fatores, um dos quais é o tipo de contato inicial entre os pais e o bebé” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 284). A vinculação representa as ligações emocionais do bebé para com os pais e cabe aos enfermeiros influenciar positivamente essa vinculação. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Uma das estratégias utilizadas para fortalecer esta vinculação é o método canguru. Segundo estudos, este método mostra-se *“eficaz para o controle térmico, amamentação e vínculo em todos os recém-nascidos, independentemente do peso, idade gestacional e condições clínicas”* (World Health Organization, 2003, p. 2).

O uso do método Canguru implica colocar o bebê em contato pele a pele com a mãe ou pai, sendo recomendado o mínimo de tempo, 30 minutos. O mesmo, incentiva a crescente participação dos pais no cuidados e potencializa a interação da criança com o meio ambiente através de estímulos táteis, auditivos, olfativos e visuais. Assim, o princípio deste método baseia-se em dar condições para que o neonato se auto-organize, induzindo-o a interagir com os pais/ cuidadores e o meio, procurando respostas próximas ao padrão de normalidade e inibindo-o à aprendizagem de movimentos e posturas anormais; contribui para alterações benéficas nos sinais vitais dos Recém Nascidos Pré Termo (RNPT), promovendo melhor temperatura corporal e aumentando a saturação periférica de oxigênio, com conseqüente melhora na oxigenação tecidual e redução da frequência respiratória (Olmedo, 2012).

Por ser simples e ter grande impacto no crescimento de RNPT e de baixo peso, considero ser um método a incentivar, pelo que o fiz durante o decurso deste contexto assistencial. Deste modo, auxiliei mães e pais a praticarem o método corretamente, elucidando-os quanto às suas indicações e benefícios. Conservei as descrições positivas que me relataram acerca do bem-estar que esta experiência lhes proporcionava, bem como aos seus filhos.

Das inúmeras vantagens do método, destaco: a promoção do vínculo mãe-bebê (condição indispensável para a qualidade de vida do RN após a alta da unidade neonatal); a redução do tempo de separação mãe/pai-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial e o estímulo ao aleitamento materno. Pude constatar que estas vantagens favorecem a confiança dos pais nos cuidados a prestar ao filho após a alta hospitalar, promovendo a parentalidade.

Na UCIN, o modelo orientador da prática de Enfermagem é o de Anne Casey, que desenvolveu um modelo simples que se aplica à enfermagem pediátrica em qualquer contexto; nele preconiza a família como parceira nos cuidados a efetuar à criança. Neste modelo, a criança é o alvo dos cuidados e a família considerada como prestadora dos mesmos. O processo de cuidados de enfermagem é levado a cabo em parceria com a criança e família e deve ser explicado aos cuidadores, que assim decidem até que ponto podem e querem envolver; exige negociação e respeito pelos desejos da família. Mesmo nos cuidados intensivos é possível desenvolver este processo e gradualmente envolvê-los no processo (Casey, 1998). Os pais são as pessoas mais vocacionadas para prestar cuidados ao RN e estão

mais preparados para cuidar do que aquilo que muitas vezes achamos. Ao fomentar uma relação próxima com os pais, tornei-me progressivamente mais segura e autónoma, proporcionando uma continuidade de cuidados e incrementando a qualidade dos mesmos.

“Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais / família, no sentido de os tornar cada vez mais autónomos... respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 19).

A definição do papel de cuidadores nem sempre correu como o esperado, muitas vezes os pais não queriam participar, pela ansiedade e medo que causa a prestação de cuidados e fragilidade dos RN, em especial os RNPT. Como forma de ultrapassar esta dificuldade, estimulei-os a expressarem o que estavam a sentir de forma a perceber o que os preocupava e impedia de participarem ativamente nos cuidados. Ao estabelecer uma relação empática, consegui ir ensinando como poderiam tocar no RN, pequenos cuidados que podiam efetuar, como mudar a fralda e lentamente promovi a confiança nas suas próprias capacidades como cuidadores.

Uma EE deve procurar encontrar uma forma de os pais poderem responderem às necessidades da criança.

Durante o estágio apoiei e estimulei, na medida do possível o papel parental e fomentei a parceria de cuidados, que apresentam a meu ver um valor inabalável na prestação/planeamento de cuidados ao RN. Considero um dever de um EE a procura de estratégias para os pais poderem responder às necessidades da criança.

✓ Objetivos Específicos

- Promover a amamentação.

✓ Atividades desenvolvidas

- Dinamizei atividades na semana da Amamentação;
- Participei na dinamização do Cantinho da Amamentação;

- Realizei cartaz e panfleto a divulgar atividades da semana mundial da amamentação;
- Observei a mamada;
- Incentivei o aleitamento materno.

REFLEXÃO

A amamentação apresenta inúmeras vantagens, sendo estas “...*múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida*” (Comité Português para a UNICEF, 2008, p. 8).

Como tal, em todos os contextos onde desenvolvi o estágio, tive oportunidade de informar mães relativamente aos benefícios da amamentação para o seu bebé e para elas.

Quando decidem amamentar é relevante fornecer alguns conselhos que promovam a consolidação da amamentação. Para que a amamentação tenha sucesso é necessária a conjugação de três elementos: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Comité Português para a UNICEF, 2008) e cabe à EESIP suportar e apoiar essa decisão, por consequência, considero que tendo uma tutora que é conselheira da amamentação, foi uma mais valia para o ensino aos pais e para o meu crescimento enquanto futura EESIP.

Na UCC neste momento, não existe fisicamente um cantinho de amamentação, a amamentação é dinamizada pela EESIP que apoia e incentiva a amamentação, no seu próprio gabinete, partilhado com outra colega. Apesar da dinâmica organizacional ainda não ser a ideal, existe um espaço físico que está em construção.

Aqui pude intervir e aconselhar durante a amamentação. Observei determinados aspetos como o comportamento da mãe e do bebé, como a mãe segura no bebé e na mama, o estado das mamas, como termina a mamada, a satisfação do bebé, como se sente a mãe após amamentar. “*O sucesso do aleitamento materno pode ainda ser definido pela qualidade da interacção entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebé.*” (Comité Português para a

UNICEF, 2008, p. 9).

No cantinho da amamentação além das estratégias referidas, a utilização frequente da técnica de motivação e encorajamento promoveu sentimentos de segurança e autoconfiança essenciais para o exercício adequado das responsabilidades parentais, um dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção Geral da Saúde, 2013). Nesta fase de dúvida dos pais sobre melhor forma de amamentar, as promoções de sentimentos de segurança auxiliaram na consolidação do aleitamento materno. Aumenta a confiança da mãe na sua capacidade de amamentar o seu filho.

Fomentei a promoção do aleitamento materno no desempenho do papel parental, já que este consiste num momento de contacto íntimo entre mãe/filho, contribuindo para o desenvolvimento afetivo e emocional do bebé.

Relativamente a este tema gostaria de relatar uma situação de uma utente que se encontrava extremamente insegura no processo de amamentação, queria desistir de amamentar. Numa das suas vindas a consulta de SIJ foi encaminhada pela equipa médica/enfermeira de família, ao cantinho da amamentação. Foi-lhe explicado que iria a uma consulta com uma EESIP e que ela estaria mais apta a ensinar sobre a temática da amamentação. Este reconhecimento das capacidades de uma EE que possuía competências avançadas em enfermagem, que podiam direcionar esta mãe para uma amamentação com sucesso, fez-me refletir na importância do meu investimento pessoal/profissional neste mestrado, para a população alvo dos meus cuidados. Pois munida com conhecimentos, habilidades, técnicas de comunicação apropriadas, reforços positivos de postura e reconhecimento das dificuldades nesta fase, conseguiu-se manter a amamentação exclusiva com sucesso, ficando a mãe tranquila e confiante no seu papel parental e o RN a beneficiar de todas as vantagens do leite materno.

Foi possível participar nas atividades programadas para a Semana Mundial da Amamentação, e tive oportunidade de realizar um cartaz e panfleto (Apêndice II), para divulgar as atividades de promoção da amamentação. Com esta atividade pude mobilizar as minhas competências na amamentação e perceber o impacto que o transmitido tem na modificação de comportamentos por parte das mães na escolha da amamentação.

Ainda dentro da mesma atividade, dinamizei uma tertúlia para mães subordinada a tema "*dificuldades tardias na amamentação*", onde foram convidadas 2 mães,

participantes em cursos de parentalidade prévios, para relatarem a sua experiência enquanto mães. Foi muito rica esta troca de experiências, já que na assistência se encontravam recentes mães que se iriam deparar com essas mesmas dificuldades e permitiu-me perceber que as trocas de experiências validadas por outras mães que passaram pelo mesmo, eram tidas em conta. Deste modo, conseguiam perceber que a avassaladora experiência pela qual estavam a passar era expectável e que a normalidade se iria repor.

Estudos afirmam que o método canguru aumenta a prevalência e a duração da amamentação (World Health Organization, 2003), tendo em conta esta evidência, na Semana da Amamentação, foi proporcionada uma aula de Kangatraining para bebés, onde as mães praticam dança com movimentos aeróbicos e de resistência muscular, com o lactente num porta bebés. Assim, além de promover a amamentação, também realizava exercício físico na companhia do filho, sob orientação de uma profissional. Considerei esta atividade de suma importância, já que além de fortalecer o vínculo mãe/filho com o uso do método de canguru, também se promovia o bem-estar global da mãe/filho, através do exercício físico.

Assisti a um Kangatraining para grávidas, onde pude observar o início de criação de vínculo mãe/bebé e a uma aula de Yoga cujo objetivo maior é a promoção do relaxamento e incrementar conexão mãe/filho.

Pude então perceber a importância de estimular o vínculo o mais cedo possível, para o sucesso da amamentação e sua consequente consolidação.

No SU não existe cantinho da amamentação, no entanto os enfermeiros da equipa tentavam sempre criar as condições ideais, recorrendo a biombos ou cortinas para garantir a privacidade quer na retirada do leite, quer na amamentação. Ao proporcionar um ambiente calmo, onde não haja estímulos excessivos o bebé fica focado na mãe e consequentemente mama mais eficazmente.

Na UCIN tudo é planeado e executado de forma a que se consiga implementar e consolidar o aleitamento materno. A minha tutora é conselheira de amamentação e formadora nesta temática. Toda a sua perícia e experiência se refletiam no cuidar e em todos os momentos de capacitação dos pais para o aleitamento materno. Continuamente observei o esforço e empenho da equipa em estimular a amamentação. Observei a administração de leite por copo, técnica que exige menor esforço por parte do RNPT e estimula o reflexo de deglutição, a qual vou relatar mais à frente neste relatório.

Além disso, existe uma sala muito bem equipada, aprazível e acolhedora, todas as características essenciais e ideais para a retirada do leite.

Na Neonatologia, o serviço está inserido num hospital que é Amigo do Bebê, isto é, cumpre as 10 medidas de promoção do Aleitamento Materno lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF). É sem dúvida, uma mais valia, já que todas as políticas do hospital incluem a não promoção dos substitutos do leite materno, biberões e chupetas, implementam boas práticas na amamentação e fomentam a formação dos profissionais. Apoiam desde o pré-natal, até ao nascimento, debatendo a importância do aleitamento materno, dando suporte prático sobre o aleitamento e no momento da alta orientam para os apoios na comunidade (UNICEF, 2018). Observar estas dinâmicas permitiu-me adquirir informação quanto à importância dos conhecimentos sobre da amamentação na SIP e a mais valia do EE, que ao possuí-las, pode capacitar as mães sobre esta temática e consequentemente promover o aleitamento materno.

No cerne das minhas intervenções, esteve sempre a preocupação em ouvir e responder às questões que me iam sendo colocadas pelos pais, de forma clara e explícita de forma a incentivar / promover a amamentação.

✓ Objetivos Específicos

- Participar no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ);
- Participar no Programa Nacional de Vacinação (PNV).

✓ Atividades desenvolvidas

- Planeei/realizei consultas de SIJ;
- Discuti as diferentes dinâmicas do PNSIJ e a sua implicação na saúde da criança e do jovem em Portugal;
- Observei papel da enfermeira de família;
- Utilizei guias orientadores da prática de enfermagem de saúde infantil e juvenil da Direção Geral da Saúde;
- Observei o rastreio de saúde visual infantil, na faixa etária de 2 anos;
- Avaliei o crescimento e desenvolvimento da criança;
- Administrei e registei vacinas de acordo com o PNV e extraplano;

- Ensinei sobre possíveis efeitos secundários das vacinas;
- Implementei o PNV nas consultas de SIJ e numa instituição de acolhimento temporário.

REFLEXÃO

Está inerente ao processo formativo em SIP a discussão das diferentes dinâmicas do PNSIJ e sua implicação na saúde da criança e do jovem dado que *“É incontornável o impacto positivo do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, bem como das atualizações sofridas ao longo do tempo, na saúde da criança/adolescente”* (Direção Geral da Saúde, 2013, p. 6). Neste último, foi alterada a cronologia das consultas referentes à idades-chave da vigilância, adotadas novas curvas de crescimento e atribuiu-se novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, os maus tratos e as perturbações emocionais e do comportamento.

“A aplicação sistemática deste programa de vigilância de saúde tem vindo a revelar-se, nos diferentes tipos de instituições em que ocorre, um garante de cuidados de saúde adequados e eficazes, com a contribuição e o empenho de todos os que nela participam.” (Direção Geral da Saúde, 2013, p. 6).

No contexto de CSP, ao longo da assistência de enfermagem na USF, tive a oportunidade de participar em 6 consultas de enfermagem de SIJ, distribuídas pelas diferentes faixas etárias: 1m,2m,4m,12m e 15 meses; 3 delas realizadas por uma EESIP e 3 por uma generalista. Considero que ter assistido a 6 consultas de SIJ, metade das quais realizada por uma EE e outra por uma Enf^a generalista, ajudou-me a refletir na relevância que o conhecimento especializado pode alcançar. A sensibilidade, a atenção a pormenores, a capacidade de comunicação mais eficaz nos ensinamentos, o rigor na avaliação do crescimento e desenvolvimento, utilizando a escala de Mary Sheridan, evidenciou o quão importante é ser uma especialista a realizar esta atividade. É uma mais valia para os cuidados e consequentemente para incrementar a saúde da criança/adolescente.

Em todas as consultas que realizei, segui os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios elencados pelo PNSIJ, o que me permitiu mobilizar conhecimentos apreendidos nas aulas teóricas e desenvolver intervenções, tais como a monitorização e avaliação da estatura, peso, perímetro cefálico, bem como a

aplicação da escala de Mary Sheridan, o que constituiu por vezes uma dificuldade, atendendo a que o material era escasso e o que existia não era o mais adequado. Os diagnósticos de enfermagem formulados foram a amamentação, a diversificação alimentar, hábitos alimentares, de sono e repouso, regime terapêutico (suplementos vitamínicos, dosagem de antipiréticos,..), prevenção de cáries, regras de socialização, prevenção de acidentes, entre outros, sendo os focos da prática de enfermagem mais frequentes o desenvolvimento infantil, a amamentação, o papel parental, a adesão à vacinação, a precaução de segurança e o comportamento de procura de saúde.

Por considerar que os *“profissionais de saúde têm uma grande responsabilidade na educação e alerta da família para a prevenção de acidentes”* e *“são intervenientes ativos na mudança de comportamentos e atitudes, no sentido da prevenção de acidentes e minimização das sequelas que deles podem advir.”* (Costa, Dias, Fraga, & Serafino, 2011, p. 247) , em todas as consultas de vigilância que realizei e em momentos que tive ações de educação para a saúde, que se proporcionavam no fim das sessões de massagem, parentalidade ou mesmo no cantinho da amamentação, procurei reforçar ensinamentos sobre precauções de segurança ao RN/criança e adolescente.

Como profissional de enfermagem em formação em SIP, compete-me aumentar o nível de conhecimentos das famílias, facilitar o processo de aprendizagem sobre os temas pertinentes no cuidado à criança, favorecendo o desenvolvimento do exercício da parentalidade, objetivos prioritários do PNSIJ. (Direção Geral da Saúde, 2013).

Neste contexto de CSP considero ter atingido o objetivo proposto de discutir o PNSIJ e pô-lo em prática pela perspetiva de especialista.

Ao realizar consultas de enfermagem de SIJ tive a possibilidade de abarcar algumas idades-chave da calendarização referida pelo PNSIJ, correspondendo a *“acontecimentos importantes da vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade”* (Direção Geral da Saúde, 2013, p. 7). Os Programas de vacinação são um exemplo de boas práticas, têm como finalidade proteger a saúde e prevenir doenças, são universais promovendo a equidade do acesso aos cuidados de saúde, independentemente de estatutos sociais crenças

ou ideologias... O PNV, promove a proteção individual e deve ser encarado como uma mais-valia para a Saúde Pública (Direção Geral de Saúde, s.d.)

Harmonizando as consultas de SIJ com o esquema cronológico previsto pelo PNV, administrei 55 vacinas. Vacinei 48 crianças, sendo as faixas etárias abrangidas: 2m, 4m, 6m, 7m, 8m, 9m, 12m, 15m, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 8a e 9 anos, incluindo 16 vacinas do PNV e 5 extra PNV (1 contra o meningococo e 4 contra rotavírus) e 34 vacinas contra a gripe, efetuadas na USF e numa instituição de acolhimento temporário de crianças. Tendo em conta a experiência profissional que tenho nesta área, o meu discurso foi de encontro às dúvidas e preocupações dos pais e cuidadores, conferindo-lhes segurança e serenidade quanto a possíveis efeitos secundários da vacinação, ensinando-os como proceder se surgissem.

Neste âmbito, confesso que em determinadas situações me deparei com fundamentalismos de pais, falsas notícias e utentes desinformados, com bastantes dúvidas quanto à administração de vacinas extraplano e mesmo do PNV, então como é meu dever como profissional de saúde, esclareci todas as dúvidas e informei sobre efeitos secundários reais e deslindei mitos sobre as vacinas. A tendência naturalista de pais que não querem administrar vacinas aos filhos, põe em risco a saúde de toda uma comunidade. Assim, incentivei ao cumprimento do PNV, afirmando que, por possuímos um PNV extremamente bem elaborado e um dos melhores do mundo se conseguiu erradicar doenças, como por exemplo a varíola e se reduziu significativamente a mortalidade infantil (Direção Geral de Saúde, s.d.).

O Programa Nacional da Saúde da Visão utiliza como estratégia o Rastreamento da Saúde Visual Infantil, cujo objetivo principal é diminuir a prevalência da ambliopia, intervindo nas suas causas em idades precoces. Abrange crianças inscritas nos Agrupamentos de Centros de Saúde que perfazem 2 anos no ano civil e um segundo rastreio a todas as crianças, entre os 4 e os 5 anos de idade, sendo uma experiência piloto em vigor nos serviços de saúde do norte. (Serviço Nacional de Saúde, s.d.). Na UCC onde estagiei apenas se realizava este rastreio em crianças até aos 2 anos, observei a realização de 5 rastreios. Para o rastreio era utilizado um auto-refratómetro que é aplicado por um enfermeiro com formação, posteriormente era registado os resultados no Siima Rastreio, plataforma informática que nunca tinha manuseado, tendo sido uma mais valia para o meu percurso formativo ter participado nesta atividade.

Considero ter sido mais uma experiência enriquecedora como Enf.^a, dado ser algo que nunca tinha tido oportunidade de observar e desta forma também me imbuí de conhecimento e de uma estrutura mais sólida, para desenvolver novas atividades, no local onde exerço funções atualmente.

✓ Objetivos Específicos

- Aprofundar conhecimentos sobre a metodologia científica do trabalho de Enfermagem na assistência à criança/família;
- Perceber o percurso da criança/família desde a admissão até à alta/transferência;
- Aprofundar conhecimentos na triagem a crianças em situação de urgência e emergência, conhecendo e familiarizando-me com a triagem de Manchester.

✓ Atividades desenvolvidas

- Participei no processo de admissão, transferência e alta do RN, criança, adolescente e família;
- Planeei cuidados especializados de enfermagem;
- Prestei cuidados especializados de enfermagem nos diferentes contextos de assistência;
- Avaliei os cuidados prestados e resultados obtidos;
- Realizei procedimentos e técnicas específicos em SIP;
- Desenvolvi cuidados centrados no desenvolvimento do RN;
- Utilizei a linguagem CIPE no SClínico, para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- Observei triagem de Manchester e registei no Alert;
- Observei registo de resultados de rastreio no Sistema de informação para gestão do circuito de Programas de Rastreio populacionais ou oportunistas (SiiMA);
- Colhi dados, formulei diagnósticos, planei, executei e avaliei resultados dos cuidados prestados à criança e família.

REFLEXÃO:

O processo de Enfermagem é uma ferramenta fundamental para a prática, constituindo-se como a sua estrutura. O processo de Enfermagem baseia-se no método científico de investigação (Hockenberry & Wilson, 2014); é sistemático, dinâmico, humanizado e dirigido a resultados, promovendo assim um cuidado humanizado, e impelindo os enfermeiros a examinarem o seu trabalho e a incrementarem o seu desempenho (LeFevre, 2005) . O mesmo é descrito como *“um método de identificação e solução de problemas que descreve o que verdadeiramente o enfermeiro faz... O processo de enfermagem inclui a avaliação, o diagnóstico a identificação do resultado, planejamento, a implementação e a evolução”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 16).

Ao longo de todo o estágio prestei cuidados a RN/crianças/adolescentes e suas famílias utilizando a metodologia do Processo de Enfermagem, refletindo nas suas diferentes etapas, nos diferentes contextos da prática.

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança exige uma observação atenta à prestação de cuidados especializados.

Atendendo a que, *“ao entrarem na UTI pela primeira vez, os pais experimentam um misto de sensações, de entre as quais perplexidade e medo em face de uma realidade tão distante daquela idealizada inicialmente para o bebê.”* (Braga, Moreira, & Morsch, 2003, p. 51), é de extrema importância que este primeiro contacto com o serviço seja um dos momentos privilegiados de atuação do enfermeiro especialista junto da família, sobretudo na recolha de informação junto dos pais.

Ao longo do estágio tive a possibilidade de assistir e colaborar na admissão de 1 RN em contexto de Neonatologia, em contexto de SU admiti 1 RN, 4 crianças e 3 adolescentes em OBS. Realizei o acolhimento à família, considero extremamente importante a relação empática estabelecida neste primeiro contato, já que, a primeira impressão é sempre muito valorizada. Posteriormente discuti com a Enf.^a tutora alguns aspetos inerentes a esta fase do processo de hospitalização, e especificidade de cada serviço.

Pude acompanhar a transferência de um RN do SU, para o internamento do serviço de Pediatria. Ao acompanhar o transporte para o novo serviço, complementei a informação escrita (presente nos registos previamente efetuados) e transmiti as informações relevantes à colega. O processo de transferência é importante para

assistir a criança/família no primeiro contato com um novo serviço.

O regresso a casa foi outro dos momentos no qual colaborei. Avaliei o conhecimento dos pais no que se refere aos ensinamentos realizados durante o internamento (tipo de dieta a adotar, cuidados a ter na febre) e esclareci as dúvidas apresentadas para, aquando da alta hospitalar, os pais estivessem mais capacitados a cuidar do seu filho em casa, de forma efetiva e segura. *“O planeamento e o ensino aos pais para preparação da alta devem ser feitos com alguma antecedência, devendo ser iniciado logo na admissão”* (Silva & Tamez, 1999, p. 165).

Na UCIN tive oportunidade de conhecer o projeto que é feito em articulação entre os enfermeiros da neonatologia e os enfermeiros da UCC onde o RN pertence. Este projeto garante uma visita domiciliária 48/72 horas após a alta da Unidade, a todas as crianças nascidas prematuramente. É realizada em conjunto pela EESIP da Neonatologia e da UCC, onde se observa a adaptação ao domicílio. São planeados e efetuados ensinamentos e aproveita-se o momento para consolidar aprendizagens prévias, dando assim continuidade dos cuidados na comunidade.

Ao reconhecer os pais como cuidadores por excelência, reforça-se a confiança, capacitando-os para a prestação de cuidados ao filho no domicílio.

O SU destaca-se como um espaço particularmente importante e complexo.

Facilmente se concebe, que num SU Pediátrico, dadas as especificidades inerentes às patologias e respetivas idades, essa complexidade seja maior. Neste contexto constatei as características acrescidas exigidas ao EE: uma capacidade de observação apurada na prestação/planeamento de cuidados à criança.

Observei e desempenhei intervenções autónomas e interdependentes e prestei cuidados de Enfermagem nos seguintes sectores do SU: triagem, OBS, sala de áreas médicas e sala de emergência. Ao prestar cuidados no SU aprimorei as minhas capacidades de reconhecer sinais e sintomas de instabilidade clínica, de forma dar uma resposta que se pretende célere e eficaz no cuidado à criança/família em emergência.

Particpei como elemento ativo na equipa, prestando cuidados de Enfermagem, maioritariamente a crianças que deram entrada no SU com as seguintes situações clínicas: convulsão febril, desidratação grave, dificuldade respiratória, traumatismo craniano, dor abdominal, hemorragia digestiva, otites, febre, vômitos, tosse, diarreia, infeções urinárias. Isto permitiu-me abarcar um leque de especificidades no cuidado a crianças, em diferentes situações, com patologias de diversas

especialidades e perceber que cuidados específicos de enfermagem eram realizados. As intervenções de enfermagem que executei neste local de estágio basearam-se em suporte teórico adquirido durante a minha formação e pela prática vivenciada num serviço de Pediatria, sentindo que apesar de possuir competências previamente adquiridas, ao estagiar neste contexto as mesmas foram consolidadas e acrescidas. Presenciei diferentes estratégias de trabalho consoante as equipas do turno, dando-me uma visão mais ampla sobre a dinâmica e organização dos cuidados prestados num serviço de Urgência Pediátrica.

Todas as fases do processo de Enfermagem foram facilitadas pela utilização dos sistemas de informação, visto que a disponibilidade dessa informação é um pré-requisito para cuidados eficazes e de qualidade. Neste contexto, as tecnologias de informação e comunicação desempenham um papel fundamental, entre profissionais de um mesmo serviço, entre serviços da mesma instituição, entre diferentes instituições nacionais e, até mesmo, internacionais.

O SClínico insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do Serviço Nacional de Saúde, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, s.d.). Este sistema utiliza a Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE), sendo um sistema de linguagem unificada em enfermagem que permite de uma forma padronizada a recolha de informações e comparar práticas de diferentes contextos e países (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nos contextos de UCC e de Neonatologia era utilizado o sistema SClínico como forma de registo, conseqüentemente utilizei linguagem CIPE. Observei também na UCC, registos efetuados no SiiMA, plataforma de registos de enfermagem do rastreio visual, assim pude apropriar-me de diferentes formas de efetuar registos no âmbito da SIP.

Em neonatologia, os dados colhidos eram introduzidos no SClínico. É um processo algo complexo e moroso que exige muita atenção aos detalhes e boa capacidade de observação.

No SU os registos de Enfermagem são efetuados no Alert, este sistema informático não apresenta uma colheita de dados standarizada com linguagem CIPE, considerando a sua importância, na elaboração do plano de cuidados, tive o cuidado, no registo em texto livre, de utilizar a linguagem CIPE.

Esta plataforma, com a qual nunca tinha estado em contato, constituiu de início uma dificuldade que determinou uma adaptação da minha parte, mas, por outro lado, é um sistema bastante intuitivo e relativamente simples de manusear. No entanto, considero que não reflete verdadeiramente o trabalho desenvolvido pela equipa de Enfermagem.

O termo triagem vem do verbo francês *trier*, que significa escolher, separar. *“tragem é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo o mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade exceder a capacidade”* (Mackway-Jones, Marsden, & Windle, 2006, p. 178).

O sistema de triagem utilizado no SU é a triagem de Manchester. A triagem constitui um momento privilegiado para desenvolver competências ao nível do reconhecimento e antecipação de situações de eventual complexidade, uma vez que se pretende avaliar rapidamente o RN/criança/jovem e atribuir-lhe uma prioridade de acordo com os critérios de gravidade.

“A prioridade clínica requer a busca por informações suficientes para alocar o doenteA classificação de risco é um dispositivo de ordenamento das portas de entrada por critério de risco clínico .A correta classificação de risco é dependente do treinamento e experiência da enfermeira na aplicação do Sistema Triagem Manchester” (Cecílio, Coutinho, & Mota, 2012).

Inicialmente, deparei-me com algumas dificuldades, relacionadas com o facto de não possuir experiência na realização de triagem. A elevada afluência de utentes ao serviço, impôs uma maior perspicácia e celeridade na minha intervenção. Porém, após algumas triagens, a prática conferiu-me uma maior rapidez na sua utilização. Realizei triagem à criança/família, tendo assegurado um processo eficiente, com apoio da tutora, identificando de modo eficaz situações que não careciam de grande urgência. Deste modo, pude constatar que é frequente recorrerem a este SU crianças, que pela sua situação clínica, poderiam ser atendidas eficazmente nos CSP e assim não aumentarem o tempo espera no serviço que, por vezes, é expressivo.

Foi possível participar/realizar 53 processos de triagem a crianças/famílias de diferentes idades, sendo a febre e abdominalgias as principais queixas referidas por criança/família à chegada ao SU. Planeei os cuidados de Enfermagem e efetuei adequadamente os registos de enfermagem, promovendo, deste modo, a continuidade dos cuidados.

Esta experiência permitiu que desenvolvesse autonomia e competência na tomada de decisão nesta área de atuação da SIP.

✓ Objetivos Específicos

- Aprofundar conhecimento sobre as dinâmicas de Saúde Escolar.

✓ Atividades desenvolvidas

- Conheci o plano de atividades da equipa de Saúde Escolar e ajudei a promovê-lo;
- Participei nas dinâmicas da Saúde Escolar;
- Realizei pesquisa bibliográfica;
- Elaborei planeamento de ação sobre sexualidade e apresentação sobre o tema.

REFLEXÃO:

Na UCC onde realizei o estágio, a equipa de Saúde Escolar é constituída por duas enfermeiras, uma especialista em Saúde Comunitária e outra em Saúde Infantil e Pediátrica, ambas funcionam como a interface entre o sistema educativo e o de saúde para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Apesar de trabalhar na área, demonstrei interesse em aprofundar conhecimentos sobre o PNSE e suas finalidades, observando e discutindo diferentes formas de implementar. A troca de experiências distintas, com comunidades escolares de diferentes características permitiu-me alargar conhecimentos relativos ao papel que exerço atualmente, no contexto da saúde escolar. Foi-me proposta a realização de uma Sessão de Educação para a Saúde subordinada ao tema “Sexualidade no adolescente” (Apêndice III) aos jovens do 8º ano de escolaridade. A equipa de saúde escolar já tinha realizado o diagnóstico de situação, no que se refere aos conhecimentos desta faixa da população escolar. Primeiramente realizei pesquisa bibliográfica sobre o tema, no sentido de aprofundar conhecimentos fundamentados à luz da evidência científica. De seguida, concretizei um planeamento da ação de educação para a saúde, que será descrito com mais detalhe a sua elaboração no domínio da formação.

De forma a proceder à avaliação da ação de formação, seria aplicado um questionário final com o objetivo de compreender se a informação foi assimilada, e os objetivos propostos para a sessão atingidos, este último, foi-me dispensado pela equipa de Saúde escolar, já que está preconizado com a escola o modelo a aplicar. (Anexo I). Apesar de ter realizado todo o planeamento e discutido com a equipa a melhor forma de o pôr em prática, respondendo aos objetivos da comunidade em causa, não houve oportunidade de realizar a intervenção durante o período em que se desenvolveu o estágio.

Esta experiência de participar numa das sessões de educação para a saúde junto da comunidade escolar vai de encontro à finalidade do PNSE: *"Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; Promover um ambiente escolar seguro e saudável; Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis; Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde."* (Direção Geral de Saúde, s.d.). Assim pude aprofundar conhecimentos especializados na área da SIP no que concerne aos programas elencados pela Direção Geral de Saúde (DGS), à Saúde Escolar que promovem a Saúde da criança na comunidade.

Foi ainda uma oportunidade de ir de encontro à estratégia do PNSE que visa a melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, desenvolvendo atividades que assentem na vigilância e proteção de saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção de saúde. O programa incide cada vez mais na área saúde mental, sexual e reprodutiva, consumo de substâncias e violência em meio escolar. A escola facilita a adoção de comportamentos favoráveis à saúde, encontrando-se assim, numa posição ideal para promover e manter a saúde na comunidade educativa e por consequência na comunidade envolvente. (Direção Geral de Saúde, s.d.).

A saúde escolar é sem dúvida uma área aliciante para o desenvolvimento de projetos especializados e obter ganhos em saúde a longo prazo, após intervenção na comunidade educativa. As EE desempenham um papel fundamental na dinamização e implementação das diversas atividades. Apesar de uma evidente falta de tempo para responder a todos os pedidos efetuados por agrupamentos escolares vastos é com resiliência que dão resposta aos projetos. Sou de opinião que se deveria apostar no incremento dos CSP, reforçando as equipas, com

profissionais em número suficiente, para dar resposta a projetos com impacto na comunidade, de forma a educarmos cidadãos literados em saúde. A meu ver, a promoção da saúde na escola é um investimento que se traduzirá em ganhos em saúde a longo prazo.

✓ Objetivos Específicos

- Perceber o percurso da criança/família em contexto de SU e UCIN;
- Discutir as medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor do RN, criança e adolescente.

✓ Atividades

- Prestei cuidados ao RN/criança/adolescente e família no SU e UCIN;
- Avaliei a dor utilizando as escalas de dor mais adequadas e desenvolvi medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Ensinei cuidados a ter com a febre.

REFLEXÃO

No que se refere ao circuito que a criança/família percorre no SU após a triagem, a criança segue o percurso interno hospitalar, que compreende a chamada para um gabinete médico para ser observada, podendo ser indispensável solicitar cooperação de outras especialidades médicas. Se a criança necessitasse de permanecer em observação ficava internada em OBS, se exigisse um internamento prolongado, era transferida para um serviço de internamento que se encontra fora da unidade, sendo transportada de ambulância e acompanhada.

Considerando que todo o enfermeiro além de cuidar, também educa, e ao educar ajuda a prevenir. Assim, durante a permanência neste contexto, tendo por base um diagnóstico de enfermagem, tive oportunidade de realizar ensinamentos adequados às necessidades de cada criança/adolescente/família. Destaco a pesquisa das últimas guidelines da DGS, do Processo Assistencial Integrado da febre de curta duração em Idade Pediátrica para literar os pais sobre procedimentos a ter nesta situação, constatei que ao fazê-lo, sentiam-se mais confiantes. Ao implementar cuidados em parceria com os pais, como consequência, reduzia a ansiedade associada à hospitalização.

Procurei intervir sempre que identifiquei necessidades em cuidados de Enfermagem. Nesta ordem de ideias, parece-me oportuno referir aqui, que tive sempre a preocupação de realizar um planeamento prévio das minhas ações, implementando-as e avaliando-as periodicamente de modo a obter a qualidade do cuidar na procura pela excelência. Prestei cuidados de Enfermagem competentes que envolveram a consciência do desenvolvimento infantil, da dinâmica familiar e práticas de comunicação utilizando a escuta ativa o jogo a brincadeira e a imaginação dirigida.

Tive oportunidade de executar alguns procedimentos específicos, tais como colheita de urina para uricult, consultando os protocolos de serviço para os executar de modo adequado. Realizei e ensinei preparação para meios complementares de diagnóstico e intervenções cirúrgicas. Assisti cerca de 50 crianças/adolescentes/família no SU Pediátrico, com idades compreendidas entre 1 mês e 17 anos. Estas experiências possibilitaram-me prestar assistência a crianças de todas as idades, o que me fez apropriar o conhecimento científico, ao contexto da prática, para conseguir relacionar-me de forma adequada com cada um dos RN/crianças/jovens a quem prestei cuidados.

O SU Pediátrico tem como finalidade prestar cuidados de saúde em tempo útil e de qualidade à criança/família, que ali recorrem em situações de emergência ou urgência, garantindo o seu respeito, segurança e dignidade. A área de atuação de um EESIP é tão ampla neste contexto que impõe ao enfermeiro uma preparação para a atuação específica nesse serviço.

Assim, o meu percurso neste estágio constituiu um momento precioso para o meu desenvolvimento formativo em emergência, na área de especialização em SIP.

No serviço de Neonatologia desenvolvi um leque variado de atividades, progredindo de observadora para participante, adquirindo progressiva autonomia, para que desta forma pudesse preparar e organizar melhor o método de trabalho a desenvolver.

De forma sistemática desenvolvi atividades de modo a integrar-me na equipa, atuando de acordo com a metodologia existente, assumindo sempre um espírito reflexivo na e sobre a ação, algo fundamental numa prática especializada. Assim pude desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente. Colaborei na prestação de cuidados a 3 recém-nascidos de alto-risco, sendo que tinham 26, 29 e 33 semanas de gestação respetivamente e assisti 7 RN em

cuidados intermédios. Ao apurar a minha capacidade de identificar sinais de instabilidade clínica e atuar o mais rapidamente possível para debelar situações de extrema gravidade, apropriei-me de capacidade para cuidar de RN em situação crítica específicas do EE em SIP.

A transição da alimentação por sonda para a alimentação oral é uma das etapas mais difíceis para os RNPT. É um processo contínuo, mas lento, que exige desenvolvimento fisiológico, independência respiratória e capacidade de coordenação da sucção, respiração e deglutição. Conseguir que o bebé prematuro desenvolva as suas habilidades na alimentação é o grande desafio dos profissionais que trabalham em neonatologia. (Neto, 2014). Assim, compreendi alguns aspetos da prática dos cuidados de enfermagem, relativos à transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral, no RNPT.

Observei e promovi a administração de leite por copo. Esta técnica é utilizada com frequência neste contexto, em RNPT entre as 30 e as 32 semanas de gestação. Com idade inferior às 30 e 32 semanas a alimentação era feita por gavagem. Ao incentivar os pais a executar este método contribuí para a promoção do aleitamento materno, uma vez que, na impossibilidade de se amamentar, deve-se dar o leite materno por copo, permitindo assim o desgaste mínimo de energia do RN, estimulando os seus reflexos de sucção/deglutição, para se adaptar mais facilmente à mama." *O valor alimentar- nutritivo, biológico e afetivo- do leite materno é inquestionável, e as suas vantagens são tão evidentes que justificam um enorme esforço dos serviços de saúde, é a forma mais fácil e económica de promover a saúde das nossas crianças...A sua promoção continua a ser prioridade para os cuidados de saúde perinatais.* (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004, p. 113).

A nível técnico as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento foram diversas e extremamente enriquecedoras. Realizei colheitas de sangue em veia periférica a RNPT, manipulei cateteres epicutâneos, preparei e administrei perfusões de Alimentação Parentérica Total, executei técnica de colheita urina assética para análise (Protocolo das 24 horas, para prematuros com diagnóstico de restrição de crescimento), avaliei glicemias capilares, procedi a entubação oro gástrica, monitorizei sinais vitais, aspirei secreções nasal, oral e no tubo endotraqueal (TET), avaliei características das dejeções do RNPT (mecónio), realizei cateterismos vesicais, prestei cuidados de higiene a RNPT. Troquei incubadoras, efetuado semanalmente no serviço, manuseei Cateter Umbilical

Venoso (CUV) e Cateter Umbilical Arterial (CUA).

Em RNPT é usual efetuar fototerapia, deste modo, aprofundei conhecimentos de cuidados a ter e parâmetros a vigiar durante este tratamento. Estes procedimentos eram específicos de neonatologia, ao efetuá-los adquiri conhecimentos específicos da SIP numa área completamente nova para mim, com a qual nunca tinha estado em contato, foram momentos de aprendizagem com grande impacto no meu crescimento pessoal e profissional.

Pude constatar que na UCIN, nos cuidados ao coto umbilical, eram utilizados procedimentos adequados à circunstância de risco em que o RN se encontrava, dado estar internado numa UCIN. Isto levou-me a discutir com a equipa sobre o assunto e perceber que a adoção deste procedimento seria mais adequado, atendendo que é uma UCIN.

A preparação de medicação funcionou como um bom treino para mobilizar os conhecimentos e esclarecer dúvidas acerca de algumas especificidades existentes no contexto de Neonatologia. Nomeadamente no que se refere à reconstituição e diluição dos fármacos, existe na UCIN ,um manual específico que explicita a diluição de fármacos em neonatologia, recorri frequentemente ao mesmo para efetuar reconstituições e diluições. Tendo em conta a imaturidade fisiológica do RN procedi sempre com especial atenção, dadas as pequenas doses a administrar e as concentrações específicas de cada fármaco, adquiri desta forma maior perícia na preparação e administração de medicação por diferentes vias.

No serviço de Neonatologia, a prestação de cuidados de higiene e conforto constituiu outro cuidado alvo da minha atenção. Procurei sempre aguardar a chegada dos pais ao serviço, para poder explorar melhor a parceria de cuidados. Por conseguinte, sempre que estes se encontravam no serviço, aproveitava para apoiar na amamentação e negociar os cuidados parciais de higiene, de conforto e de alimentação, incentivando-os a colocar questões, desvanecendo o conceito negativo da hospitalização, através do envolvimento destes nos cuidados. Procurei que perspetivassem o internamento como uma oportunidade de aprendizagem. Assim, apesar da hospitalização representar um período stressante para a criança e para a família, também é uma oportunidade para realizar mudanças positivas. Para algumas famílias, o stress da criança causado pela doença, a hospitalização ou ambos, podem levar ao fortalecimento da família. (Hockenberry & Wilson, 2014). A literatura reforça que a hospitalização gera ansiedade na criança e nos pais. “O

choque pela hospitalização de um bebê prematuro pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados com um ambiente estressante e confuso, impotentes para assumirem os cuidados com seu filho que apresenta risco de vida” (Fonseca, Leite, Riul, & Rossanez, 2003). O nascimento de um filho doente ou prematuro vem desfazer a fantasia do bebê ideal, perfeito e estas emoções vivenciadas podem causar afastamento dos pais. *“Assim, os pais e a família de um recém-nascido ... assistido em UCIN merecem atenção especial dos profissionais que atuam nessa área, particularmente da equipe de enfermagem que tem maior oportunidade de contato com os pais e família...”* (Fonseca, Leite, Riul, & Rossanez, 2003). Na prática de cuidados foi constante a minha preocupação em minimizar estes efeitos adversos da hospitalização na criança e família

Privilegiei os estados de alerta do RN para proceder à sua manipulação, sendo esta mínima, princípio geral em Neonatologia. Nos planos de cuidados tive sempre em atenção as necessidades do RN. Na unidade os estímulos intensos podem interferir no desenvolvimento normal, causando sérios problemas de saúde à posteriori. Com a abordagem NIDCAP incrementa-se um ambiente favorável a crianças mais fragilizadas. (Nidcap, 2019).

Confirmei que a posição ventral é excelente para os RN, proporcionando-lhes tranquilidade e estabilidade. E o seu posicionamento no ninho é também relevante, já que é idêntica à posição no ventre materno e ajuda-o a organizar-se, tal como refere o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP®), sobre cuidados centrados no desenvolvimento do RN. Na sua filosofia preconiza-se que os cuidados se assemelhem o mais possível às condições in útero. *“Os bebês podem receber suportes inanimados, cobertores, aconchegos, ninhos... para períodos de sono e vigília”*. (Als, Bueler, & Smith, 2011, p. 20)

É frequente a alimentação parentérica dos RN na UCIN. Segundo os Consensos de Neonatologia (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2008, p. 125) *“com a nutrição parentérica (PN) pretende providenciar-se ao RN os nutrientes necessários ..., assim como fornecer energia para os processos metabólicos, facilitando o crescimento e a maturação”*. Este tipo de alimentação está indicado em todas as situações em que não haja a possibilidade de se estabelecer uma alimentação entérica adequada. Esta situação acontece frequentemente nos RNPT pela imaturidade dos órgãos (nomeadamente idade gestacional <28 semanas) onde existe uma incapacidade total/parcial em tolerar alimentação por via entérica, por

anomalias gastrointestinais, por doenças que atinjam gravemente o tubo digestivo, ex.: enterocolite necrosante e síndrome do intestino curto (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2008), e, também em situações de restrição de crescimento intrauterino com necessidade de pausa alimentar prolongada. Tive a possibilidade de testemunhar o uso de APT numa RNPT de 29 semanas.

Desta forma pude entrar em contato com a prática especializada em SIP de suporte nutricional ao RNPT, com o objetivo que estes atinjam valores antropométricos similares ao do feto normal com a mesma idade de gestação.

A dor constitui um dos temas mais importantes em pediatria, como identificá-la, que escalas usar, o que fazer para a minorar, é essencial conhecer.

“O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.ª sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 9). Neste serviço encontra-se implementado um protocolo para o alívio da dor no RN que seguiu de forma sistemática. Um dos procedimentos é a administração de sacarose a 24%, quando se realizam procedimentos invasivos e não invasivos dolorosos, no qual há doses a respeitar. Pude consultar a tabela de doses em vigor no serviço. Na prestação de cuidados ao RN testemunhei a sua eficácia. O controlo eficaz da dor é uma prática a que é dada especial atenção neste serviço e que obriga à sua avaliação inicial, sua contínua reavaliação e consequentes intervenções terapêuticas. Relativamente à avaliação da intensidade da dor, a escala comportamental utilizada é a de *Echelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau- Né* (EDIN), pesquizei informação sobre a vantagem da utilização e sua correta aplicação. Esta escala foi desenvolvida para avaliar a dor dos RN em UCIN e encontra-se validada para a população Portuguesa, categoriza a intensidade da dor em 5 patamares, que se situam entre a ausência de dor e a dor muito intensa, sendo consensual que é necessário tratar com fármacos uma intensidade de dor maior ou igual a 5 pontos (Batalha, Guimarães, & Santos, 2007). Pude apropriar-me de conhecimento de avaliação de dor em RN fundamental na prática de Enfermagem em SIP.

Um importante componente na triagem de Manchester é a avaliação da dor. A dor é um elemento importante, porém difícil, por compreender aspetos subjetivos e complexos envolvendo tanto o paciente como o profissional de triagem. A escala

de dor de Manchester é numérica e visual e vai do 0, sem dor, ao 10, a pior dor. A mesma escala é utilizada em Pediatria (Cecílio, Coutinho, & Mota, 2012) com adaptações à faixa etária da criança em triagem. Estudos realizados por estes autores, comprovam que a escala de Manchester pode ser utilizada para avaliar a dor em crianças que se apresentam nos serviços de emergência.

Em contexto de SU tive oportunidade de utilizar a escalas de avaliação de dor da triagem de Manchester adequada à pediatria, na qual ao utilizá-la aprofundei conhecimentos quanto a outras escalas de avaliação da dor adequadas a diferentes faixas etárias.

Considero que todas estas experiências me permitiram desenvolver habilidades e competências nos processos de assistência especializada ao RN criança adolescente e família. Ao desenvolvê-las obtive crescimento não só pessoal, mas maioritariamente profissional que com toda a certeza se refletirá no meu desempenho enquanto EE.

✓ Objetivos Específicos

- Refletir criticamente sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria nos diferentes contextos;
- Refletir criticamente sobre os focos da prática, mais frequentes e sensíveis a cuidados de Enfermagem.

✓ Atividades desenvolvidas

- Refleti sobre a importância da EESIP nos diferentes contextos;
- Colhi dados relativamente aos focos sensíveis a intervenções de Enfermagem mais comuns e pertinentes em todos os contextos.

REFLEXÃO:

Durante todo o estágio preocupei-me em realizar colheita de dados relativamente aos focos sensíveis a intervenções de Enfermagem mais comuns e pertinentes dos diferentes contextos.

Nos CSP, os Focos da Prática de Enfermagem mais frequentes foram:

Desenvolvimento Infantil, Adesão à Vacinação, Precaução de Segurança, Papel Parental, Alimentar-se, Vinculação e Mamar. Na identificação destes focos pude perceber que estavam intimamente relacionados com a fase de desenvolvimento em que as crianças que recorrem maioritariamente aos CSP se encontram e com as necessidades de ensinos que constatei na minha abordagem aos pais.

Na UCIN, os focos foram: Conforto, Amamentar (oportunidade de amamentar), Mamar, Maceração, Limpeza das vias aéreas, Úlcera de Pressão (risco de úlcera de pressão), Papel Parental e Dor. Dado que os RN encontravam-se na sua maioria em incubadoras, com suporte ventilatório e em processo de adaptação à amamentação assumo que estes focos constituíram o cerne da minha intervenção neste contexto.

No SU os Focos da Prática de Enfermagem mais prevalentes foram: Febre, Dor e Stress do Prestador de Cuidados. Neste contexto tive oportunidade de triar 35 casos de febre. Este número levou-me a refletir na necessidade de reforçar os ensinos na comunidade. Apesar de todo o investimento efetuado nos CSP no reforço do papel parental, na capacitação dos pais sobre cuidados a ter com a febre e recursos à disposição na comunidade, foi com alguma surpresa que constatei que ainda é pela febre que recorrem ao SU. Estas situações tornam-se uma falsa urgência, já que recorriam a este serviço sem adotarem os procedimentos expectáveis após os ensinos.

Analisei de modo sistemático e contínuo os focos da prática de enfermagem e também as respetivas intervenções no sentido de assumir um espírito reflexivo e consequentemente melhorar a minha prática.

Neste percurso ao observar a profissão de uma forma holística, sob um olhar crítico reflexivo pude constatar que *“A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar”* (Diário da República, 2011, p. 8649). Durante o estágio tive oportunidade acompanhar o trabalho das minhas enfermeiras tutoras, que ao serem enfermeiras especialistas assumiam responsabilidades acrescidas e prestavam cuidados especializados à criança/ família, incorporei assim atitudes e postura de EESIP.

Esta visão mais macro, mais abrangente dos contextos, refletia-se na prática, já que o especialista funcionava como um consultor nas tomadas de decisão

complexas, que exigiam conhecimentos mais aprofundados. Ser EE exige que se tenha um pensamento crítico, que apesar de complexo, se baseia em pensamento racional e deliberado. (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta exigência leva a que indelevelmente haja uma maior atenção aos pormenores, nunca deixando de ter um olhar global sobre o que é a enfermagem e qual deve ser a postura na sua área de atuação. O EE passa do Fazer ao Agir intencional, com base num conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em vista a melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Competências desenvolvidas
3. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
6. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
8. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
9. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.

✓ Objetivos Específicos

- Aprofundar conhecimentos e discutir processos do Programa de Intervenção Precoce na Infância;
- Discutir o Programa de Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;
- Desenvolver competências na abordagem ao RN/Criança/Adolescente em situação crítica;
- Conhecer os equipamentos e sua especificidade na unidade de Neonatologia.

✓ Atividades desenvolvidas

- Realizei pesquisa bibliográfica sobre o Programa de Intervenção Precoce na Infância e o Programa de Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;
- Articulei com casa de acolhimento temporário e ELI cuidados a ter com a criança;
- Assisti a uma reunião do NACJR;
- Conheci uma instituição de Acolhimento Temporário de Crianças e Jovens em Risco;
- Prestei cuidados ao RN, criança, adolescente e família, em situações imprevistas e complexas;
- Manuseei incubadoras, ventiladores, CPAP e Cânulas de oxigênio de Alto fluxo.

REFLEXÃO:

Na área da EESIP surgem frequentemente situações imprevistas e complexas, cabe em especial ao EE apropriar-se de conhecimentos e estratégias para incrementar as suas capacidades de reagir adequadamente às mesmas.

Os maus tratos infantis exigem uma abordagem de enfermagem complexa, pela importância que assumem na vida da criança. Sendo definidos como “*qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada por outros que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento e afetivo da vítima*” (Direção Geral da Saúde, 2011, p. 7), foram alvo de uma atenção cuidada, pela importância que o aprofundamento de conhecimentos sobre esta temática, confere à minha prática em Saúde Escolar. Ao se constituírem como “*um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos*”. (Direção Geral da Saúde, 2008, p. 7), tornam-se um foco a incidir para aprofundar conhecimentos sobre a prática em SIP.

Assim tive oportunidade de intervir numa instituição particular de solidariedade social, que funciona 24 horas por dia, durante todo o ano, para acolher temporariamente crianças em perigo, vítimas de maus tratos, negligência ou

quaisquer outras formas de violação do seu desenvolvimento ou dos seus direitos. Nesta instituição procura-se criar condições que permitam o acolhimento integral e harmonioso de cada criança, até à concretização do seu projeto de vida.

A visita esta instituição foi realizada no sentido de cumprir o objetivo de discutir o programa de crianças e jovens em risco e cooperar com a EE no cumprimento do PNV das crianças institucionalizadas para que estas não tenham de se deslocar aos CSP. Desloquei-me 6 vezes à instituição, durante a visita foi possível observar os procedimentos legais, judiciais e logísticos relacionados com o programa de crianças em risco, discutindo com a tutora e com a diretora da instituição casos específicos. Todos os cuidados iam de encontro a proporcionar um ambiente de harmonia e tranquilidade que dê continuidade ao desenvolvimento salutar da criança. Ao entrar em contacto com esta realidade pude aprofundar as dinâmicas sobre as situações que levam as crianças a ficar neste tipo de instituição, perceber a forma como são cuidadas neste período da sua vida e quanto é fundamental a intervenção do EE.

No contexto de CSP, participei numa reunião do NACJR que apoia e orienta as intervenções da saúde e visa prevenir o fenómeno dos maus tratos.

“Face a uma situação em que haja a suspeita de sujeição a maus tratos, a intervenção dos profissionais de saúde deve ter como objetivos prioritários: proteger a criança/jovem, intervir no risco para prevenir evolução para o perigo; evitar a recorrência” (Direção Geral da Saúde, 2011, p. 10), para tal são constituídos os NACJR que *“são equipas pluridisciplinares que polarizam motivações e saberes sobre maus tratos em crianças e jovens, apoiando os profissionais da instituição nas intervenções neste domínio, constituindo uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições”*. (Direção Geral de Saúde, s.d.)

De forma a entrar em contacto com esta realidade discuti com a minha tutora os objetivos destas equipas no Programa de Ação de Crianças e Jovens em Risco.

O NACJR do contexto em que estagiei, reúne-se semanalmente e é constituído por uma equipa multiprofissional, que integra uma psicóloga, uma técnica superior de serviço social, uma EESIP e um médico. São apresentados os casos sinalizados e discutidos um a um, todos os processos acompanhados pelo núcleo. Tive possibilidade de perceber quais os contactos a estabelecer e participar no delineamento das estratégias a adotar. Este plano foca-se na promoção dos direitos das crianças e jovens, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da

deteção precoce de fatores de risco e sinais de alarme, e da sinalização e/ou encaminhamento dos casos identificados. Assim, dando resposta aos objetivos supracitados, organizam-se as visitas domiciliares após as situações sinalizadas serem discutidas em equipa e avaliada a sua gravidade, com o intuito de conhecer os casos referenciados e seus intervenientes. Entre os diversos tipos de mau trato, a negligência esteve na base de praticamente todas as situações que pude participar. Tive a percepção do risco e exposição que se corre com estas intervenções, bem como da importância de manter sempre um discurso assertivo e sereno, ou seja, a importância da comunicação na Enfermagem em SIP.

No âmbito do NACJR, a articulação com parceiros e recursos existentes na comunidade torna-se fundamental, atendendo à necessidade de procura de informação e busca de apoio para estas situações. Assim, os contactos com Enf.^a e Médico de Família, agrupamentos de escolas, CPCJ, especialistas do hospital de referência, foram alguns dos que tive oportunidade de observar, permitindo-me compreender melhor as sinergias institucionais e papel do EESIP. Constitui-se como um momento de elevado interesse, ter participado nesta reunião e conhecer as dinâmicas do Núcleo, pois no meu contexto de trabalho atual, apenas sinalizo os casos para o NACRJ e não acompanho a tomada de decisões e procedimentos inerentes a essas situações, após esta experiência percebi a continuidade dos cuidados e efetivação dos planos terapêuticos.

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) centra-se no apoio a crianças e preconiza o envolvimento da família e comunidade para otimizar a sua intervenção, assim torna-se um enfoque para o EESIP, o aprofundamento de conhecimentos acerca da sua dinâmica.

O SNIPI é responsável pela adoção de *“um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Esta intervenção abrange a faixa etária de crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento”* (Direção Geral de Saúde, s.d.)

A Equipa Local de intervenção (ELI) operacionaliza este sistema e assegura a vigilância às crianças e famílias, as que não forem elegíveis são encaminhadas para redes de apoio social, se se justificar articula-se com outras instituições como comissão de proteção de crianças e jovens e NACRJ.

As ELI elaboram um Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP que “se constitui como um instrumento essencial para estabelecer um diagnóstico adequado, tendo em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar (Direção Geral de Saúde, s.d.) .

No contexto de estágio pude perceber que a ELI se reúne semanalmente sendo coordenada por 1 médico de Medicina Geral e Familiar e composta por 1 psicóloga, 1 assistente social, 4 educadoras de infância, 1 terapeuta da fala, 1 terapeuta ocupacional e 4 enfermeiras ESIP. Apesar de ter demonstrado interesse em assistir às reuniões, por não ter tido nenhum contato com estas equipas na minha vida profissional, tal não foi possível por a equipa não permitir que nenhum membro exterior à mesma participe. No entanto não deixei de discutir as dinâmicas da ELI com a minha tutora e percebi a importância da existência destas equipas na comunidade. São elas que identificam situações de saúde da criança de grande complexidade na comunidade e se não existissem podiam passar despercebidas. Para desenvolver competências na abordagem ao RN/Criança/Adolescente em situação crítica foi crucial a minha passagem pelo SU.

Em contexto de urgência pediátrica e atendendo à experiência profissional que detenho, desde logo fui desafiada a assumir os cuidados a RN/crianças/jovens, o que aumentou a minha autonomia, ficando responsável por diferentes situações, com níveis de complexidade diferentes, tornando-se um especial desafio no percurso formativo.

Na Sala de Emergência do SU Pediátrico, tive oportunidade de identificar todo o material existente, observei desfibrilhador, o laringoscópio, rampas de oxigénio e de aspiração, todo o material específico de reanimação pediátrica. Acompanhei a minha tutora na revisão de estupefacientes, atitude tomada a cada turno, de modo a assegurar a reposição de fármacos, foi um momento que aproveitei para relembrar materiais e fármacos mais utilizados em situação de emergência pediátrica.

Particpei em 2 situações de emergência, na primeira auxiliei na colocação de dreno torácico a 1 adolescente 15 anos com pneumotórax. Tive sempre em atenção a avaliação da dor e procedimentos para a minorar, e, preocupei-me em estabelecer uma comunicação adequada com o adolescente, para reduzir o estado de ansiedade em que o mesmo se encontrava. Informei os pais quanto ao

procedimento por forma a tranquilizá-los. A segunda situação foi uma criança de 20 meses, que recorreu ao SU por apresentar uma convulsão febril, dada a idade a atenção foi redobrada. Estas experiências permitiram-me apropriar-me de capacidade de reagir perante situações imprevistas na criança/adolescente de grande complexidade.

O EE que colabora numa situação de emergência deve ser o mais célere possível e ao mesmo tempo não deve descurar que tem que informar os pais dos procedimentos a executar. Esta dualidade exige grande perícia por parte do profissional e uma grande sensibilidade em escolher os momentos apropriados para apoiar os pais. Saber discernir como atuar nos episódios de emergência corresponde a uma atitude própria de EESIP.

Além das situações relatadas anteriormente relevo outras que sem dúvida constituíram momentos de aprendizagem: assistir 1 adolescente de 14 anos, vítima de fratura mandibular em treino de futebol; 1 adolescente de 12 anos com fratura da órbita em acidente de viação, esta situação exigiu vigilância apertada por suspeita de fístula de Líquido Céfalorraquidiano; uma pré-adolescente de 11 anos suspeita de ser vítima de maus tratos, que ficou entregue à CPCJ; uma criança de 7 anos com hemorragia digestiva transportada para outro hospital, por exigir cuidados diferenciados; um adolescente de 16 anos com intoxicação alcoólica e 2 crianças com patologia metabólica descompensada. Estas situações permitiram-me perceber que há grande diversidade de situações em contexto de urgência pediátrica que permitiu explorar várias valências da SIP.

A literatura aponta para que os adolescentes devam ser assistidos em espaços que respeitem a sua privacidade. *“Devido ao desenvolvimento das características sexuais secundárias, os adolescentes estão preocupados com a privacidade. A falta de respeito por esta necessidade pode causar maior stress que a dor física”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1033).

Como tal no atendimento ao adolescente em contexto de urgência, aguardei por momentos em que OBS estivesse com menos pessoas a circular, antes ou após visita médica, para efetuar determinados procedimentos e usei biombo e cortinas contornando assim os constrangimentos, no que concerne à falta de privacidade em contexto de internamento em Pediatria.

Refleti com a minha tutora acerca deste assunto e considero que cuidar desta faixa etária específica, que ainda não são adultos, mas também já não são crianças,

exige um enorme esforço do EE para aprimorar capacidades de interagir com os adolescentes.

Sempre tive curiosidade em conhecer outras realidades, por forma a adquirir novos saberes dentro da minha área de preferência que é, sem dúvida, a pediatria. Dado que nunca tive contacto com uma UCIN, afirmo que, inicialmente, senti dificuldade na prestação dos cuidados, progressivamente, fui observando e, posteriormente, colaborando na prestação de cuidados ao RN/família, sob orientação atenta das enfermeiras tutoras.

No serviço de Neonatologia, logo compreendi que a EESIP é tida como um referência nos cuidados ao RN que se encontra mais instável e com maior necessidade de cuidados, uma vez que, faz parte das suas competências profissionais cuidar *“da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* (Diário da República, 2018, p. 19193). Devido à instabilidade clínica de alguns dos RN internados, tive a oportunidade de proceder à perfusão de aminos, o que exigiu extremo rigor na vigilância, assim como mobilização de conhecimentos teóricos que me permitisse identificar antecipadamente eventuais complicações.

“A manutenção da temperatura corporal deve ser uma das metas prioritárias da enfermagem responsável pela assistência ao recém-nascido, devendo esta ter amplo conhecimento dos mecanismos de controle térmico, perda de calor e os riscos que a instabilidade térmica pode acarretar para estes pacientes.” (Silva & Tamez, 1999, p. 27), pelo que, a necessidade de termorregulação de alguns dos recém-nascidos internados permitiu que aprofundasse conhecimentos acerca dos diferentes tipos de incubadoras existentes na unidade, tomando conhecimento do seu funcionamento e suas potencialidades. Com isto, pude também aprimorar a destreza de movimentos, bem como a minúcia necessária à manipulação de recém-nascidos de baixo peso em incubadora fechada.

Foi de singular importância receber do bloco de partos um RNPT, que devido à sua prematuridade, vinha inserido num saco de película transparente, tal suscitou-me curiosidade e dialoguei com a orientadora o porquê do uso do mesmo, e, após pesquisa, conclui que este procedimento diminui as perdas insensíveis de água em RN prematuros segundo os Consensos Nacionais em Neonatologia (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004).

Planeei, prestei e avaliei cuidados de enfermagem especializados a 3 RNPT, sendo

o mais prematuro de 26 semanas e o mais leve de 610g. Manuseei equipamentos específicos da unidade de Neonatologia quando preparei uma Unidade para uma admissão de urgência de um RNPT e treinei a montagem de um dispositivo de Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas (CPAP), o mais utilizado no serviço. Verifiquei o seu funcionamento e, assumiram-se: a correta colocação do barrete de suporte, o alternar entre o uso de prongs e de máscara para prevenir a maceração da região nasal, o evitar realizar a aspiração de secreções pelo nariz e o estimular a sucção com chupeta para evitar perdas de pressão pelo orifício bucal, as intervenções de enfermagem mais utilizadas para otimizar o CPAP.

Como 2 dos RNPT necessitaram de ventilação invasiva, pude explorar o funcionamento de todos os ventiladores existentes no serviço e entrei em contacto com os modos ventilatórios mais utilizados na unidade: SIMV, CPAP, oxigénio de alto fluxo.

Assisti à entubação endotraqueal via nasal e oral, auxiliei na extubação de um RN e aspirei por tubo endotraqueal (TET) nasal e oral; observei a troca de TET de oral para nasal; um manancial de experiências complexas que tive oportunidade de vivenciar e absorver como essenciais na prestação de cuidados a RN em situação crítica.

A manipulação e manutenção de cateteres umbilicais constituíram novas oportunidades de aprendizagem, dado que nunca tinha tido contacto com esta realidade, encarei-a como um desafio, devido à destreza e minúcia de movimentos que exige. Manuseei CAU para colheitas de sangue e colaborei na retirada de um CVU executado pela minha tutora, servindo para aprimorar a minha técnica asséptica e conhecimentos em neonatologia.

Visualizei a colocação de um cateter umbilical, a técnica torna-se mais clara quando observada e explicada no momento. Após colocação de um Cateter Venoso Central era realizada radiografia para determinar a correta localização e só depois da confirmação é que se fixa o cateter e se inicia a perfusão de fluídos. O cateter tem de ser introduzido nas primeiras 12 horas de vida e deve ser retirado logo que não seja necessário, podendo permanecer até 5 dias. Foi minha preocupação manter o cateter umbilical em condições ideais de assepsia e funcionamento, minimizando posteriores complicações.

Outro dos acessos venosos usados na UCIN, como alternativa aos anteriormente relatados são os cateteres epicutâneo-cava, participei na colocação de 2. Esta

técnica é realizada em parceria por uma enfermeira e uma médica, em que a punção é feita pela enfermeira e posteriormente a médica introduz o cateter. Uma vez mais pude constatar a importância que a EE tem neste campo de prestação de cuidados ao RN, onde é valorizada a sua vasta experiência e conhecimento alargado para participar em técnicas específicas e tão minuciosas.

Toda esta panóplia de experiências vivenciadas nos diferentes contextos enriqueceram o meu conhecimento sobre situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da Saúde Infantil e Pediatria. Na reflexão sobre as diferentes circunstâncias observadas estou em crer que consegui demonstrar capacidade de reagir de forma expectável para uma EE em SIP.

2.2. Domínio da Formação

A formação profissional representa um dos recursos privilegiados para a excelência dos cuidados. A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, é um elemento muito importante na organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 15).

Deste modo, atribui-se à formação, o papel de proporcionar a aquisição de instrumentos e de saberes que visam aumentar a adaptabilidade às mudanças e às exigências do contexto da saúde da criança. Sendo a SIP tão exigente e com um vasto leque de faixas etárias, esta procura deve ser constante.

Os objetivos estabelecidos e as atividades desenvolvidas neste domínio resultaram das necessidades de formação identificadas nos diferentes contextos. Ao longo desta unidade curricular procurei harmonizar a necessidade de desenvolvimento profissional com o investimento na formação, de forma a alcançar a excelência dos cuidados em Enfermagem.

Competências desenvolvidas
1. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;

✓ Objetivos Específicos

- Promover o meu crescimento profissional;
- Manter atualizados os conhecimentos sobre a assistência de enfermagem a crianças;
- Utilizar fontes fidedignas de conhecimento científico na área da SIP.

✓ Atividades desenvolvidas

- Assisti a uma formação em serviço subordinada ao tema “prevenção de quedas no domicílio”;
- Realizei pesquisa bibliográfica de modo sistemático sobre os diferentes temas de ESIP;
- Consultei manuais de procedimentos existentes nos serviços;
- Refleti sobre as sugestões que os diferentes profissionais de saúde me deram ao longo dos contextos de estágio.

REFLEXÃO:

O desenvolvimento pessoal e profissional é um processo essencial no exercício da enfermagem. A formação constrói-se através de um trabalho de reflexão crítica sobre as nossas práticas e experiências. Esta reflexão conduz-nos à pesquisa para fundamentarmos a nossa prestação e à posteriori a podermos partilhar com os outros. Germana Pinheiro defende que este desenvolvimento engloba processos de reflexão, interação com o meio e colaboração, visando a permanente renovação pessoal e profissional (Costa, Macedo, & Pinheiro, 2014) . Neste sentido, ao longo dos vários contextos de estágio, sempre que surgiam novas experiências que me levavam a refletir, procurei atualizar conhecimentos em fontes fidedignas e alargar o meu conhecimento, focada na área da SIP. Mantive um olhar atento na prestação de cuidados, absorvendo novos saberes, utilizando-os como ferramentas para melhorar a minha prestação e potenciar a minha aprendizagem.

A pesquisa bibliográfica de informação credível e atualizada, a consulta de manuais existentes, a observação e conseqüente esclarecimento com as enfermeiras tutoras no planeamento dos cuidados de saúde, tornaram-se essenciais na minha prestação de cuidados de Enfermagem de excelência.

Destaco a pesquisa em Suporte Básico de Vida Pediátrico, farmacologia mais utilizada em neonatologia, escala da dor de EDIN e no Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), como tendo contribuído para a aquisição de saberes diferenciados na área de SIP.

Momentos como passagens de turno deram o mote para pesquisar temas abordados que fossem novos para mim, além dos momentos de autoavaliação que puseram em perspectiva o aprendido, competências desenvolvidas e o que gostaria de desenvolver nos seguintes contextos, direcionando o meu crescimento pessoal. A frequência de ações de formação é uma oportunidade única de aquisição de conhecimentos, pela oportunidade de vermos expostos por peritos em determinadas áreas, os resultados de projetos de investigação, metodologias e resultados. Assim assisti a uma formação em serviço subordinada ao tema “*prevenção de quedas no domicílio*” efetuada por dois enfermeiros da UCC, especialistas em enfermagem de reabilitação.

A possibilidade de estar presente na sessão, sem dúvida que contribuiu para a minha formação pessoal, aumentando os meus conhecimentos e incentivando-me a realizar pesquisa sobre os temas apresentados, potenciando assim o meu processo formativo.

Tendo em conta o importante que é o aprimoramento de conhecimentos, surgiu a decisão de fazer o curso de mestrado com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Relevo o contributo de todas as Unidades Curriculares deste mestrado, tão diferentes, no entanto tão enriquecedoras pelo diversificado leque de informação apreendida, desde a prestação de cuidados passando pela gestão e investigação em Enfermagem, que me conduzirá ao objetivo que estabeleci aquando tomada de decisão de frequência deste mestrado, à excelência de cuidados.

Competências desenvolvidas
21.Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
22.Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
23.Promover a formação em serviço na área de EESIP;

✓ Objetivos Específicos

- Desenvolver formação em serviço para pares na área do Suporte Básico de Vida Pediátrico.

✓ Atividades desenvolvidas

- Identifiquei necessidades formativas de um contexto;
- Planeei, executei e avaliei uma formação ao grupo de pares;
- Realizei pesquisa bibliográfica sobre as mais recentes guidelines.

REFLEXÃO:

A evolução dos cuidados depende da atualização permanente dos profissionais de saúde sobre os resultados mais recentes de investigação. O enfermeiro especialista deve ser rigoroso, comunicando aos seus pares os últimos achados científicos de forma clara e envolvendo-os no seu processo de formação. *“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”* (Diário da República, 2011, p. 8653).

Em contexto de CSP, procurei desde logo diagnosticar necessidades formativas no seio da equipa, questionando os profissionais de saúde sobre as necessidades sentidas relativamente à especialidade de SIP. Dada a afluência de crianças à unidade de saúde onde estagiei, desde logo a temática da emergência pediátrica foi-me referida como necessidade principal. Surgiu então oportunidade de fazer formação ao grupo de pares subordinada ao tema “Suporte Básico de Vida Pediátrico”. Para levar a cabo a formação elaborei um planeamento de sessão. Este serviu para atualizar e reforçar conhecimentos previamente adquiridos, dado que tive de efetuar pesquisa bibliográfica das últimas guidelines para Suporte Básico de Vida Pediátrico e programar conteúdos mais pertinentes a abordar. Assumiu-se de extrema importância para mim como formadora para evidenciar o papel de EE na formação da sua especialização a pares, como para a equipa que realçou a importância da mesma reforçando positivamente a minha perceção da necessidade formativa em questão (Apêndice IV).

A sessão teve a duração de 60 minutos, contando com a presença de 4 enfermeiras; utilizei metodologia expositiva/participativa, a qual se mostrou adequada, dado que os objetivos traçados para a sessão foram alcançados. Desenvolvi competências enquanto formadora ao aprimorar técnicas de comunicação para grupos.

Avaliei aquisição de conhecimentos na prática, simulando situações de emergências pediátrica em diferentes contextos, podendo os profissionais executar manobras em 2 manequins diferentes, um lactente e uma criança, sensibilizando para a importância da sua atuação diferenciada no lactente/criança/adulto, tendo em conta as suas diferenças anatómicas.

Sensibilizei para a importância de investir na formação pediátrica em contexto de CSP, objetivo que considero ter atingido, dado que todos os colegas avaliaram positivamente a sessão, reconhecendo a pertinência do tema e mostrando interesse em saber ainda mais, de modo a mobilizar o conhecimento apreendido para o seu contexto profissional.

Complementei a avaliação da formação com a aplicação prévia de um questionário diagnóstico (Apêndice IV) o qual voltou a ser aplicado no final da sessão, revelando um incremento de 33,3% de respostas corretas do primeiro e para o segundo.

Esta ação de formação assumiu extrema importância já que a formação contínua é fulcral na aquisição de competências em cuidados à criança e especificamente na emergência pediátrica, permitindo, se necessário um socorro atempado e adequado.

2.3. Domínio da Gestão

Foi no desenvolvimento dos diferentes contextos de estágio que aprofundei saberes, capacidades e competências que me habilitaram para a gestão de cuidados de Enfermagem especializados. O enfermeiro que gere cuidados de enfermagem é *“o que detém um conhecimento efetivo no domínio da disciplina de enfermagem e do domínio específico da gestão em enfermagem. Funciona como o motor do desenvolvimento profissional da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão. Gere pessoas, suas relações profissionais e possíveis conflitos; garante a segurança dos*

cuidados e a adequação dos recursos e fomenta a formação de toda a equipe” (Diário da República, 2015, p. 5949).

Tendo em conta que, cada vez mais a área da gestão assume um lugar de destaque nas instituições e o EE é frequentemente o elemento que detém esta responsabilidade pelas competências que possui, torna-se fundamental nesta fase do meu percurso académico e profissional, desenvolver aptidões a este nível.

Competência desenvolvida
24. Realizar a gestão de cuidados na sua área de especialização;

✓ Objetivos Específicos

- Aprofundar conhecimentos sobre a gestão de cuidados à criança/família.

✓ Atividades desenvolvidas

- Acompanhei o EESIP;
- Particpei na gestão de recursos humanos e materiais;
- Conheci os diferentes métodos de trabalho utilizados;
- Observei as dinâmicas de gestão.

REFLEXÃO

A realização de gestão em enfermagem é de suma importância, já que é através desta que se organizam todos os recursos disponíveis para tornar a efetivação dos cuidados possível e com qualidade. Na gestão em saúde o enfermeiro lida com equipas, cabendo-lhe também a coordenação, o zelo para que haja harmonia entre pessoas, eficiência e eficácia nas atividades realizadas.

“Gestão é obter resultados através de pessoas. Os gestores são os membros da organização que coordenam as atividades dos outros membros da organização e têm como função... atingir os objetivos. São eles quem decide onde e como aplicar os recursos da organização, de modo a assegurar que os objetivos sejam atingidos de forma eficaz e eficiente” (Mações, 2018, p. 35). Assim, em enfermagem, para que os cuidados estejam organizados com o objetivo de atingir a qualidade dos

mesmos, torna-se fundamental a aplicação da gestão nos contextos da prática. Tendo em conta que, cada vez mais a área da gestão assume um lugar de destaque nas instituições de Saúde e o EE é frequentemente o elemento que detém esta responsabilidade, torna-se fundamental, desenvolver aptidões também a este nível. De acordo com o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, intitulado Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros em 29 de Maio de 2010, o Enfermeiro Especialista *“gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.”* (Diário da República, 2011, p. 8652) sendo estas as competências que o diferenciam dentro do domínio da gestão dos cuidados.

Neste domínio da gestão assumem-se como 4 as funções do gestor: a de planeamento, em que define objetivos e formula estratégias para os alcançar; a organização, onde define as tarefas que devem ser efetuadas e quem as deve executar; controlo, em que monitoriza as atividades e assegura que estão a ser executadas conforme planeado e por último a direção, onde lidera e motiva todas as partes colaboradoras (Mações, 2018, p. 39). Assim, nos contextos da prática onde se exige uma liderança eficaz, o enfermeiro gestor deve apropriar-se destas 4 características essenciais para o ótimo funcionamento das instituições de saúde. Assumindo liderança como uma capacidade de influenciar pessoas, usando processos e comportamentos para motivar e inspirar outras pessoas de forma a atingir objetivos (Mações, 2018, p. 286), pode constatar nos diferentes contextos, que quando bem executada, obtinham-se ganhos em saúde.

Estudos realizados por Kurt Lewin na Universidade de Iowa, identificaram 3 tipos de liderança: o Autocrático, onde existe uma centralização da autoridade e do processo de tomada de decisão no líder, com uma fraca participação dos colaboradores; o Democrático, que se distingue pela participação e envolvimento dos colaboradores na tomada de decisão e o líder delega poderes e por último o Laissez- faire que se evidencia por dar ao grupo total liberdade para decidir e executar o trabalho (Kurt Lewin citado por Mações, 2018).

Nos vários contextos observei vários tipos de liderança, mas a meu ver as equipas respondiam melhor em termos de satisfação e conseqüentemente melhor prestação de cuidados, quando se assumia o tipo de liderança democrático.

Todos os contextos em saúde são exigentes para qualquer profissional, no entanto, alguns pela sua especificidade de cuidados tornam-se ainda mais difíceis de gerir. No contexto de SIP existem desafios acrescidos, particularidades que aumentam a exigência do enfermeiro gestor.

A presença 24h dos pais/cuidadores ansiosos, quer pela natureza da relação parental face à doença, quer pela convivência com outros pais/cuidadores, gera um aumento de conflitos que têm de ser geridos. A gestão de visitas, processos litigiosos de guarda partilhada, a morte nesta fase do ciclo vital são fatores que tornam o serviço de Pediatria extremamente exigente do ponto de vista da gestão. Toda a logística, o fomentar do bem-estar inter-relacional, a manutenção da calma quando uma situação clínica de uma criança/adolescente se agrava, não é fácil, quer para o enfermeiro prestador de cuidados, quer para o enfermeiro gestor que tem que proporcionar dinâmicas e ativar recursos para amenizar este tipo de ambientes stressantes.

Destaco a importância do papel do enfermeiro gestor, na criação de momentos para discussão e expressão de descontentamento por parte dos seus enfermeiros, em questões relativas à saúde e qualidade de vida no trabalho, levando à troca de saberes para construção de um ambiente saudável. (Amaral, Jesus, & Roque, 2015) . Deste modo percebi que transversalmente a todos os contextos da prática, que cabe ao especialista com funções acrescidas de gestão, proporcionar estes momentos de discussão e reflexão dentro das equipas com o objetivo de construir organizações alicerçadas em boas práticas.

Na UCIN e SU, um enfermeiro, por norma especialista, ficava responsável pela gestão de recursos humanos e materiais. A nível de gestão de recursos de materiais pude observar que existia uma preocupação transversal nos diferentes serviços. Quanto aos recursos humanos, constatei que na distribuição dos cuidados pelos membros da equipa e decisão de quem ficaria responsável de turno, o critério de escolha do responsável de turno, tinha em atenção as competências do enfermeiro que tinha um percurso mais especializado e não ao que tinha mais anos de serviço. A decisão de responsável de turno recaía normalmente sobre o especialista, isto porque, no seu percurso académico apropriou-se de conhecimentos aprofundados em gestão, que lhe propiciaram melhor discernimento na tomada de decisão. Pude então refletir, que uma decisão bem fundamentada e treinada neste percurso académico deverá ser apanágio de uma

EE.

A EE enfrenta, nos nossos dias, no âmbito da administração de unidades, o desafio de liderar equipas, que necessitam da sua orientação para gerir os cuidados em enfermagem. Se a influência da liderança for negativa, ela pode levar os elementos da equipa a questionarem o seu saber (Castro, Oliveira, & Santos, 2006).

Ao longo do estágio observei e refleti acerca da atuação dos enfermeiros chefes e especialistas no que concerne à gestão de cuidados de enfermagem às crianças, verifiquei que são os grandes motores de motivação da equipa de Enfermagem para uma sempre contínua melhoria dos cuidados, partilhando conhecimentos especializados. Ao acompanhá-los, percebi a sua importância na gestão dos cuidados prestados na área de EESIP, apropriando-me de capacidades de gestão adequadas à SIP.

2.4. Domínio da Investigação

Qualquer investigador, seja na sua fase mais elementar em início de estudos, seja numa fase avançada de investigação, recorre à investigação que foi feita anteriormente para identificar o estado da arte sobre um determinado tema e para fundamentar a sua ação. (Ribeiro, 2014)

Neste sentido e, atendendo a que, a melhoria contínua da qualidade constitui um dos domínios de competências comuns aos enfermeiros especialistas, a busca constante de conhecimento atual, fundamentado pela evidência científica, torna-se um meio indispensável para a evolução da Enfermagem enquanto profissão e, acima de tudo, como disciplina do saber.

Competências desenvolvidas

18. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

19. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

20. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;

✓ Objetivos Específicos

- Aprofundar conhecimentos quanto às implicações da investigação numa prática baseada na evidência.

✓ Atividades desenvolvidas

- Realizei pesquisa bibliográfica sobre diferentes temas da área da Saúde Infantil e Pediatria, de modo a sustentar a prática;
- Transferi para a prática de cuidados de enfermagem especializados os resultados de investigação encontrados;
- Discuti de forma crítica os resultados de investigação;
- Refleti sobre a investigação na prática nos cuidados.

REFLEXÃO:

A Investigação em Enfermagem tem como objetivo a melhoria dos cuidados prestados, orienta para boas práticas assistenciais, amplia os campos de conhecimento e de ação do profissional e consolida o reconhecimento da profissão. Sendo que mais investigação nos incentiva a uma melhor prestação de cuidados e por conseguinte a uma maior valorização profissional.

Os investigadores geram novo conhecimento através da investigação rigorosa e a Prática Baseada na Evidência fornece aos profissionais de saúde as ferramentas para traduzir as evidências para a prática clínica, para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde nos clientes (Melnyk, 2011).

Enquanto estudante do mestrado em ESIP, a responsabilidade de adquirir os conhecimentos e as habilidades necessárias para fazer avançar a disciplina e a prática de Enfermagem, assume uma dimensão maior, pelo que não poderia, de modo algum, ser descurada.

Dado o tempo destinado a estágio ser escasso, não houve oportunidade de participar ativamente em processos de investigação que já de si são morosos, no entanto, em todos os contextos deparei-me com situações em que tive que me apropriar das últimas evidências da investigação em enfermagem para proceder não só a prestação de cuidados, mas também na divulgação dos últimos resultados na área da SIP.

Sendo um dos objetivos do estágio e uma responsabilidade enquanto enfermeira, em contexto de CSP, realizei uma formação a pares sobre SBV pediátrico. A elaboração da mesma exigiu uma pesquisa rigorosa das últimas guidelines divulgadas pelo *European Resuscitation Council* e que vigoram para a atuação na emergência pediátrica.

Para a formação sobre parentalidade, além de um aprofundamento de todo o conhecimento adquirido previamente sobre o tema, manda as boas práticas investigar as últimas normas e procedimentos, destaco o Processo Assistencial Integrado da febre de curta duração em Idade Pediátrica da DGS, como o que mais investi de modo a capacitar os pais, com o resultado da mais recente investigação. O PRESSE apresentando-se como um programa sobre Educação Sexual em contexto Escolar, foi fruto de uma intensa pesquisa por parte dos autores sobre as temáticas a apresentar e de que forma o fazer e conteúdos a apresentar nas diferentes faixas etárias. O conhecimento aprofundado deste processo permitiu-me apropriar de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e juvenil essencial à prática de SIP.

A tendência atual da prática baseada na evidência, implica questionar porque algo é eficaz e se existe uma melhor abordagem, este conceito exige a transferência para a prática de enfermagem da investigação clínica publicada (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ao observar em contexto de Neonatologia os procedimentos nos cuidados prestados ao coto umbilical, e por forma a atualizar-me, levou-me a investigar sobre o tema, pesquisando quais são os resultados das últimas investigações de cuidados a ter com o coto umbilical. Após apropriar-me desse conhecimento e na

partilha de experiências, ao divulgá-lo, promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

“Quando os enfermeiros basearem a sua prática clínica na ciência e na investigação e documentarem os seus resultados clínicos, eles serão capazes de validar as suas contribuições para a saúde” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 15).

Percecionei que projetos existentes na UCC sobre a parentalidade e na Neonatologia da visita domiciliária ao RNPT, foram elaborados a partir da fundamentação em resultados de investigação atualizada e nasceram de práticas intensivas de investigação que levou à excelência na prestação de cuidados ao RN e família.

A Ordem dos enfermeiros descreve a Investigação em Enfermagem como *“um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”* (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Mobilizei conhecimentos adquiridos durante a formação teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre como investigar e em que fontes fidedignas o fazer. Realizei continuamente pesquisa bibliográfica com a finalidade de ampliar os meus conhecimentos sobre cuidados de Enfermagem em todos os contextos. Considero que aperfeiçoei cada vez mais a minha assistência ao RN/família, incorporando na prática os resultados de investigação válidos e relevantes.

3. Conclusão

Nos processos de formação especializada, o enfermeiro tem que se empoderar de conhecimento atual e fidedigno para dar resposta ao vasto leque de situações que surgem, em diferentes contextos, quando se dedica à Saúde Infantil e Pediátrica.

Este relatório é o espelho da reflexão contínua sobre o que desenvolvi, as experiências significativas que vivenciei e os desafios enfrentados que me motivaram continuamente para a busca de conhecimentos mais aprofundados.

Na sua elaboração procurei identificar as competências adquiridas nos diferentes contextos de estágio; descrever e refletir acerca das atividades realizadas, identificando as dificuldades encontradas e estratégias que utilizei para as ultrapassar. Todo este processo assumiu-se fulcral para desenvolver a minha capacidade de reflexão e de pensamento crítico em Enfermagem.

Tornei-me capaz de comunicar as minhas reflexões sobre a prática de forma mais clara e objetiva. A análise acerca do Estágio incentivou a aprendizagem de novos conhecimentos e a necessidade de consolidação dos já existentes, o que se revelou fundamental para a maturação do carácter reflexivo, crítico e deontológico-profissional. Aprofundei conhecimentos no âmbito do planeamento de cuidados referente aos diversos contextos, fomentando o confronto e a capacidade de gestão dos fundamentos teóricos apreendidos.

Ao integrar conhecimentos, refletindo sobre os mesmos na prática e avaliar as situações com outra maturidade permitiu-me lidar com questões complexas, éticas e sociais de forma mais responsável.

Passar por experiências nunca antes vivenciadas, nos diferentes contextos levaram-me a refletir e entrosar uma nova postura na resolução de problemas relacionados com Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Considero que aprendi e evoluí muito como profissional e como pessoa, mas este é apenas mais um passo que foi dado no meu percurso formativo e no decorrer da minha vida profissional, pois o ser humano procura sempre a evolução e a formação

é sempre uma porta que fica aberta. Estou convicta de que irá contribuir de forma crucial para o desenvolvimento sustentado do meu processo de aprendizagem, para que fique repleto de formação e saberes, não só a nível científico ou prático, mas fundamentalmente a nível pessoal tendo em vista a excelência, qualidade e humanização na prestação de cuidados.

Considero ter alcançado ao longo do Estágio, a realização dos objetivos específicos que deram resposta às competências elencadas nos respetivos domínios de atuação dos enfermeiros, de modo a contribuir não só para o meu desenvolvimento, mas também para a evolução da Enfermagem enquanto ciência.

4. Bibliografia

- A. M. Costa, A. S. (2011). Prevenção de Acidentes: o que sabem os pais. *Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(4), pp. 244-247.
- Adriana Moraes Leite, L. m. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de Enfermagem no hospital de Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino Americana de Enfermagem volume 11, nº4*.
- Alessandra da Rocha Arrais, M. A. (2014). O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção na Depressão Pós-Parto. *Saúde Sociedade*.
- Ana Augusta Pires Coutinho, L. C., & Mota, J. A. (2012). Classificação de Risco em Serviços de Emergências: Uma Discussão da Literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais*.
- Casey, A. (1998). Partnership in Practice. *Nursing Times*.
- Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés . (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Edição Revista.
- Diário da República. (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista-Regulamento nº122/2011*.
- Diário da República. (10 de 03 de 2015). *Regulamento do perfil de Competências do Enfermeiro Gestor-Regulamento nº101/2015*.
- Diário da República. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Regulamento nº422/2018*.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde - Documento Técnico*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático*

de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção .

Direção Geral de Saúde. (2017). *Processo Assistencial integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (s.d.). <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/rede-de-nucleos-da-ascjr/o-que-sao.aspx>. Obtido de Accao de saude para criancas e jovens em risco.

Direção Geral de Saúde. (s.d.). <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/intervencao-precoce-na-infancia.aspx>. Obtido em 10 de 10 de 2018

Direção Geral de Saúde. (s.d.). <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-escolar.aspx>. Obtido em 10 de 10 de 2018

Direção Geral de Saúde. (s.d.). <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/vacinacao.aspx>. Obtido em 10 de 10 de 2018, de Programa Nacional de Vacinação 2017.

Élvio H. Jesus, S. R. (2015). Estudo RN4cast em Portugal: ambientes de prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*(26-44).

Germana Manuela da Silva Pinheiro, A. P. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência, série IV, nº2, nº2*(101-109), pp. 101-109.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.

Iraci dos Santos, S. R. (07/09 de 2006). Gerência do processo de trabalho em enfermagem: Liderança da enfermeira em unidades hospitalares. *Texto e contexto - enfermagem vol.15 no.3* .

K. Mackway-Jones, J. J. (2006). *Emergency Triage - Manchester Triage Group*. Oxford: Blackwell.

Karen Smith, D. B. (2011). *Nidcap - Nursery Certification Program (NNCP) - Nursery Assesement Manual*. Boston: St.Luke's Medical Center, Boise - Harvard Medical School and Children's Hospital Boston.

L. Batalha, L. S. (2007). *Dor em Cuidados Intensivos Neonatais - Acta Pediátrica Portuguesa*.

LeFevre, R. A. (2005). *Aplicação do Processo de Enfermagem – Promoção do Cuidado Colaborativo*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Mações, M. A. (2018). *Manual de Gestão Moderna - Teoria e Prática* (2ª Edição ed.). Coimbra: Actual Editora.

Martins, A. (2012). *Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora*. Senhora da Hora.

Melnyk, B. (2011). *Fineout-Overholt evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice, second edition*. Williams & Wilkins .

Mercer, R. (2006). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *JOGNN*.

Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus role attainment . *Jornal of Nursing Scholarship*(226-232).

Mercer, R. T. (2006). A Review of Nursing Interventions o Foster becoming a Mother. *JOGNN*.

N. Braga, M. M. (2003). *Quando a Vida Começa Diferente: O Bebê e sua Família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.

Neto, F. M. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém nascido prematuro*. Porto.

Nidcap. (2019). <http://nidcap.org>. Obtido em 01 de 2019, de Newborn Individualized Development Care and Assessment Program.

Olmedo, M. D. (2012). Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos ao Método Mãe-Canguru e a posição prona. *19*(115-121).

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados*. Obtido em 01 de 2019, de <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem- Tomada de posição do Conselho Diretivo*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boas Práticas*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boas Práticas em ESIP*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Edição Portuguesa*. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação da Parentalidade Durante a Hospitalização*.

R. Tamez, M. .. (1999). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. 3ªed.* . Porto: : Edições Afrontamento.

Ribeiro, J. L. (2014). Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*(671-682).

Rosiane da Rosa, B. L. (2010). Mãe e Filho: Os Primeiros Laços de Aproximação. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem* 2010.

Saúde, S. P. (s.d.). <https://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/>. Obtido de Sclínico.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). <https://www.sns.gov.pt/>. Obtido em 03 de 01 de 2019, de Programa Nacional da Saúde da Visão.

Smith, F. (1995). *Children`s Nursing in Praticce: The Nothingham Model*. Oxford: Blackwell Science.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2004). *Consensos Nacionais em Neonatologia*. Coimbra. Obtido de <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensuses/>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2008). *Consensos e Recomendações - Nutrição Parentérica no Recém-Nascido: 1ª Revisão do Consenso Nacional*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Neonatologia: <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensuses/>

UNICEF. (2018). https://www.unicef.pt/media/2300/iab_10-medidas_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf. Obtido em 01 de 2019, de UNICEF.

V. Lambert, T. L. (2012). *Communications Skills for Children´s Nurses*. Glasgow: Mcgraw Hill.

World Health Organization - Departament of Reproductive Health and Research. (2003). *Kangaroo Mother Care - A Pratical Guide*. Geneve.

Apêndice I

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde:

Parentalidade-Lidar com problemas comuns



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde: Parentalidade-Lidar com problemas comuns

Docente Orientadora:

Doutora Constança Festas

Outubro 2018

1.	<u>INTRODUÇÃO:.....</u>	3
2.	<u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:.....</u>	4
3.	<u>OBJETIVOS DA SESSÃO:.....</u>	6
4.	<u>METODOLOGIA:.....</u>	7
5.	<u>RECURSOS:.....</u>	8
6.	<u>AVALIAÇÃO DA SESSÃO:.....</u>	9
7.	<u>PLANIFICAÇÃO:.....</u>	10
8.	<u>CONCLUSÃO:.....</u>	13
9.	<u>BIBLIOGRAFIA:.....</u>	14
10.	<u>APÊNDICES:.....</u>	Erro!
	Marcador não definido.15	

Apêndice I – Apresentação da Sessão..... **Erro!**

Marcador não definido.17

1. INTRODUÇÃO

A Ação de Educação para a Saúde” Parentalidade- Lidar com problemas comuns” surgiu no âmbito da unidade curricular de Estágio final e relatório. Este estágio decorre no período de 10 de setembro a 03 de novembro de 2018, enquadrado no 3º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), sob a orientação tutorial da EESIP e da Docente Doutora Constança Festas. Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para a unidade curricular;
- Desenvolver competências relativas ao desenvolvimento de uma Ação de Educação para a Saúde (identificação de necessidades, planeamento, execução e avaliação).
- Aprofundar conhecimentos quanto à temática.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente é realizado um enquadramento teórico, posteriormente é apresentada a metodologia, a organização, os objetivos e programação da atividade e, por último, a conclusão.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de parentalidade de modo gradual, está a mudar. Tal prende-se com a evolução da sociedade atual, na qual, a realização profissional toma uma maior importância na vida do casal. A mulher assume cada vez mais um papel de crescente destaque no mundo profissional, deixa de se cingir a uma vida doméstica, onde o papel de mãe/ dona de casa tomavam uma maior proporção. Ao assumir o seu novo papel de destaque no mundo laboral, como resultado da mudança da economia, as definições do papel parental vão também modificando. De igual forma em consequência desta emancipação da mulher, o papel complementar do homem também mudou, os pais desempenham cada vez mais um papel mais ativo na educação dos filhos e tarefas domésticas (Hockenberry & Wilkelstein, Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 2006, p. 37)

Esta nova atenção para o que é ser pai e responsabilidade de um papel partilhado pelo casal, induz ao planeamento cuidado e levado ao pormenor de ter um filho. Esta mudança no projeto de ter um filho, que há uns anos seria um processo encarado com naturalidade e maior leveza, torna-se nos nossos dias um desafio maior na transição para a parentalidade. “Transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição para outro” (Meleis & Chick, 1986) Ansiedade, expectativa são assim sentimentos comuns aos casais na assunção do novo papel podendo trazer frustrações pela criação de expectativas muito elevadas e desta forma afetar o seu desempenho.

A acentuar esta dificuldade de transição de papéis os processos tradicionais de transferência de conhecimentos estão cada vez mais impossibilitados com a distância, esta, erradicou as possibilidades de aquisição e partilhas de conhecimento. O conceito de família que vivia em comunidade, onde muitas vezes a porta ao lado era de um irmão deixou de existir. Os casais ficam assim mais sós e sem rede de suporte nesta caminhada para a parentalidade.

Novos desafios contemporâneos a adicionar aos anteriores são as mães adolescentes, famílias monoparentais, onde se tem que encarar a educação de um filho sem a ajuda do cônjuge, de novo um percurso solitário.

Todos estes fatores levam ao adiamento da decisão de ter filhos e mesmo à redução do número de filhos por casal.

O nascimento de um filho torna-se então, um dos acontecimentos mais marcantes na vida dos indivíduos e sua família. Pode ser fonte de stress, pela exigência na prestação de cuidados, pela reorganização de vida exigida, tanto individual, como conjugal, familiar e profissional.

Considerando parentalidade “Ação de tomar conta com a características específicas: assumir (..) comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

A complexidade das mudanças inerentes à parentalidade é tal que o individuo necessita de ser devidamente preparado para assumir em pleno o seu papel de mãe e pai.

Sendo objetivos básicos do desempenho do papel parental promover a sobrevivência, fomentar as capacidades necessárias para que a criança seja um adulto autossustentado educado num ambiente em que lhe é proporcionado carinho, conforto, higiene, alimentação adequada e segurança, o papel do profissional de saúde assume uma posição de excelência. Assume o dever de preparar os pais para o exercício pleno e gratificante da parentalidade, minorando os riscos que dela podem advir. Neste âmbito, torna-se crucial dotar os pais de informação acerca dos cuidados a ter com a saúde do RN e de competências que o habilitem a exercer em pleno o seu papel enquanto pais. A transmissão de conhecimentos confere um maior grau de segurança aquando da tomada de decisão em acontecimentos que interfiram com o bem-estar da criança, não sendo propriamente patologias, mas sim problemas comuns que surgem com o recém-nascido.

Cuidar de crianças não é uma tarefa fácil, é um desafio para os pais, como tal existe uma procura de orientação da parte de profissionais. Neste campo a enfermagem encontra-se em vantagem para fornecer assistência, sugestões e sobretudo empoderar os pais de conhecimento alicerçado na ciência.

No primeiro ano de vida podemos listar um rol de orientações para os pais, entre elas surgem as explanadas nesta apresentação:

Cuidados ao lactente (febre, cólicas, diarreia...), importância da imunização e vigilância de saúde

Neste contexto, os recursos existentes na comunidade também assumem particular importância, pelo que devem ser divulgados, já que o seu funcionamento é assegurado por profissionais competentes e com formação científica aprofundada nas áreas da SIP.

3. Objetivos

Foram definidos como objetivos gerais para a Sessão de Educação para a Saúde:

“Parentalidade-Lidar com problemas comuns “na unidade de saúde familiar:

- Promover conhecimento sobre os diferentes formas de cuidar de lactente.
- Promover momentos de reflexão individual e em grupo sobre as práticas recomendadas.
- Contextualizar a importância dos cuidados ao lactente;
- Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde infantil;
- Compreender a importância da vacinação na prevenção de patologias.
- Sensibilizar para a importância da vacinação;

Objetivos Específicos:

- Reconhecer a importância da vigilância de saúde da criança;
- Indicar periodicidade da vacinação no primeiro ano de vida;
- Enumerar reações comuns à vacinação;
- Indicar problemas comuns que podem acontecer no bebê;
- Indicar qual o local mais recomendado para avaliação de temperatura no lactente;
- Adquirir conhecimentos quanto a mecanismos que desencadeiam a febre;
- Indicar qual o valor a considerar para febre;
- Enumerar sinais de alerta na febre;
- Indicar a técnica para avaliar a temperatura e como proceder consequentemente;
- Indicar como se apresenta uma convulsão febril;
- Capacitar para a atuação em caso de convulsão febril;
- Enumerar as indicações para uso antipiréticos e cuidados a ter e contra-indicações;
- Compreender a importância de tosse como mecanismo de defesa;
- Adquirir conhecimentos e habilidades sobre como desobstruir o nariz e avaliar sinais de obstrução nasal;
- Adquirir conhecimentos sobre obstipação sinais de alerta e como proceder para minimizar agravamento da situação;
- Adquirir conhecimentos sobre diarreia. sinais de alerta e como proceder para

minimizar sintomas;

- Adquirir conhecimentos sobre vômitos, sinais de alerta e como proceder para minimizar agravamento da situação;
- Capacitar os pais para a prevenção do eritema da fralda;
- Adquirir conhecimentos sobre Candidíase Oral e sua prevenção;
- Sensibilizar para a erupção dentária e higiene oral no lactente;
- Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde infantil;
- Capacitar os pais para executarem medidas de alívio de desconforto a lactente com diarreia;

4.METODOLOGIA

O método a utilizar nesta Acção de formação será o método expositivo/participativo, que compreende a transmissão de informação e é bi-direccional de forma estruturada.

Será realizada 1 sessão de educação para a saúde, no dia 22/10/2018, para um grupo de Inscritas no curso para educação para parentalidade de uma UCC.

Será feita uma apresentação em power point e no final as mães serão questionadas de forma informal sobre os conteúdos explanados onde poderão trocar experiências e esclarecer dúvidas.

A formação terá a duração de 60 minutos: 5 minutos para a introdução; 45 minutos para apresentação teórica; 10 minutos para troca de experiências, receios e avaliação sumativa.

5.RECURSOS:

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- Recursos Humanos: Aluna do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil da UCC;
- Recursos Físicos: Sala de Reuniões da UCC;
- Recursos materiais: um computador portátil e um projetor;
- Recursos Financeiros: suportados pela UCC.

6.AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

- A avaliação assume-se como um momento para a compreensão do sucesso da formação.
- Foi proporcionado um momento de reflexão onde se resume os conteúdos explanados e colocadas 4 questões de forma a avaliar formalmente os conteúdos integrados e por fim esclarecer dúvidas.
- As questões colocadas foram: qual o valor a assumir como febre; até quantos dias um bebé poderia ficar sem dejeções se amamentado a leite materno e ser considerado obstipação; qual a diferença entre bolsar e vomitar e quais recursos dispunham e onde se deveriam dirigir.
- Após análise dos resultados, posso inferir com segurança que houve um número de respostas corretas significativas após a formação, já que dos 12 pais presentes, os 12 sabiam a resposta correta a todas as questões.
- Após realização da sessão posso concluir, que a sessão cumpriu os objetivos a que se destinava, tendo contribuído para a literacia das formandas nos temas abordados.

7- Plano de Atividade de Sessão de Educação para a Saúde Parentalidade-Lidar com problemas comuns

Local: Ucc....		
Dia: 22/10/2018	Hora: 14H00	Duração: 60 min
Orientadora: Constança Festas	Enfermeira Tutora:	
Formadora: Cristiana Simão		
Destinatários: Inscritas no curso para educação para parentalidade		
Objetivos Gerais:		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover conhecimento sobre os diferentes formas de cuidar de lactente. ➤ Promover momentos de reflexão individual e em grupo sobre as práticas recomendadas. ➤ Contextualizar a importância dos cuidados ao lactente; ➤ Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde infantil; ➤ Compreender a importância da vacinação na prevenção de patologias. ➤ Sensibilizar para a Importância da vacinação; 		
Objetivos específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância da vigilância de saúde da criança; • Indicar periodicidade da vacinação no primeiro ano de vida; • Enumerar reações comuns à vacinação • Indicar problemas comuns que podem acontecer no bebé; • Indicar qual o local mais recomendado para avaliação de temperatura no lactente. • Adquirir conhecimentos quanto a mecanismos que desencadeiam a febre; • Indicar qual o valor a considerar para febre. • Enumerar sinais de alerta na febre. • Indicar a técnica para avaliar a temperatura e como proceder conseqüentemente; • Indicar como se apresenta uma convulsão febril; • Capacitar para a atuação em caso de convulsão febril; • Enumerar as indicações para uso antipiréticos e cuidados a ter e contra-indicações; • Compreender a importância de tosse como mecanismo de defesa; • Adquirir conhecimentos e habilidades sobre como desobstruir o nariz e avaliar 		

- sinais de obstrução nasal;
- Adquirir conhecimentos sobre obstipação sinais de alerta e como proceder para minimizar agravamento da situação;
 - Adquirir conhecimentos sobre diarreia. sinais de alerta e como proceder para minimizar sintomas.
 - Adquirir conhecimentos sobre vômitos. sinais de alerta e como proceder para minimizar agravamento da situação;
 - Capacitar os pais para a prevenção do eritema da fralda;
 - Adquirir conhecimentos sobre Candidíase Oral e sua prevenção;
 - Sensibilizar para a erupção dentária e higiene oral no lactente;
 - Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde infantil;
 - Capacitar os pais para executarem medidas de alívio de desconforto a lactente com diarreia;

Fases	Conteúdo	Duração	Metodologia/ Estratégias
Introdução	-Apresentação dos objetivos da sessão.	5 min	
Desenvolvimento	- Vigilância de saúde da criança; - Importância da vacinação; - Problemas comuns, sinais de alerta e como proceder em situações de: Febre, convulsão febril, tosse, obstrução nasal, obstipação diarreia, vômitos, eritema por fralda, candidíase oral e erupção dentária; - Importância da Higiene Oral; - Recursos existentes na comunidade na área da saúde infantil; - Recomendações da quantidade de flúor;	45 min	Método Expositivo participativo com recurso a PowerPoint.

Conclusão	- Símula dos conteúdos explanados.	10 min
Avaliação	- Avaliação da Ação de formação através da colocação de 4 questões formais e registo da resposta.	5 min

8. Conclusão

É de fulcral importância assinalar que é nesta área, da educação para a saúde, que o enfermeiro possui a sua grande arma no sentido de demonstrar o seu verdadeiro papel na comunidade e obter ganhos em saúde. Deste modo, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também educar.

Neste contexto, a educação em cuidados de saúde primários é um palco excelente para promover a mudança e adoção de comportamentos saudáveis evitando recurso a unidades de saúde de última linha não indicado em problemas que podem ser debelados no domicílio e apenas recorrer a serviços de fim de linha quando realmente necessário.

9. Bibliografia

Meleis, Afaf Ibrahim e Chick, Norma. 1986. *Transitions: A Nursing Concern.* s.l. : Aspen publications, 1986.

Enfermeiros, Ordem dos. 2016. *CIFE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Edição Portuguesa* . s.l. : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda, 2016. ISBN Nacional: 978-989-8444-35-6.

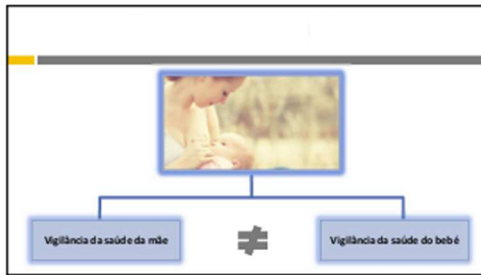
Hockenberry, Marilyn J. e Wilkelstein, Wilson. 2006. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro : Elsevier, 2006. 9788535219180.

Apêndices

Apêndice I

Sessão

Lidar com problemas comuns



Vigilância de saúde da criança

Periodicidade das consultas

Vigiar o desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social da criança


1º ano de vida:	1º trimestre	6m	12m	18m	24m	30m	36m
-----------------	--------------	----	-----	-----	-----	-----	-----

- Entre 1-3 anos: 12m, 15m, 18m, 24m e 30m;
- Entre 4-9 anos: 4 anos, 5,6 anos e 8 anos;
- Entre 10-18 anos: 11-13 anos, 15 anos e 18 anos.


CONSULTAS

- Preocupações dos pais, ou do próprio, no que diz respeito à saúde;
- Intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso;
- Frequência e adaptação ao infantilário, amu, (AI, e escola);
- Hábitos alimentares, (prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres);
- Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial e segurança (utilização de cadeira automóvel);
- Cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o PNV.

VACINAÇÃO





- Acesso à vacinação reconhecido como direito fundamental
- Permite imunizar quem é vacinado
- Evita a propagação de doenças



Objetivo

Obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível



VACINAÇÃO

As vacinas são seguras? Porquê?

*"As vacinas que existem presentemente **são muito seguras**. Os efeitos secundários mais frequentes são as reações inflamatórias no local da injeção. As mesmas desaparecem em 2 ou 3 dias."*



VACINAÇÃO

As crianças podem ser vacinadas quando estão constipadas e com febre?

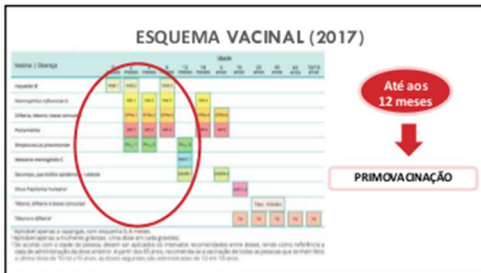
"As crianças podem ser vacinadas mesmo que estejam constipadas, mas se tiverem febre, o melhor será esperar que fique bem"

VACINAÇÃO

Se apresentar uma reação local à vacina pode tomar as doses de reforço?

"Uma reação local à vacina não impede que num futuro se possam aplicar as doses de reforço, salvo no caso da reação ser considerada como grave pelo médico, ou ter provocado febre muito elevada"



Reações comuns...

Dor

Irritação da pele

Inchaço

Febre

Consultar pediatra ou médico de família:

- reação local exagerada
- febre difícil de controlar
- sintomas fora do comum

Nenhuma reação adversa é mais grave do que a doença alvo da vacina!

Quais são os problemas mais comuns que podem surgir no bebé?

Febre

Tosse

Vómitos

Obstipação

Candidíase oral

Convulsão febril

Obstrução Nasal

Eritema por fraldas

Erupção dentária

Dermatite

Diarreia

Temperatura

Axilar
 O termómetro deverá ser colocado na axila seca, mantendo-se o braço firmemente encaixado ao tronco.
 Termómetro digital: ler a 1ª leitura
 Termómetro de galitana: leitura após 5 minutos

Retal
 Mais recomendado
 Após 3 anos
 Com a criança deitada de costas, deve introduzir-se a ponta flexível do termómetro em cerca de 3 cm na base, num trajeto paralelo ao eixo da criança. Atenção: cumprir as normas de segurança!

Temperatura

Timpânica
 Menos recomendadas
 Oral

A partir dos 3 anos! A partir dos 5 anos!

A febre é uma doença?

Benéfica

Combate às infeções

Casos graves:
 Febre + SINAIS DE ALERTA

Febre

Se lactante < 3 meses → Médico

A subida de, pelo menos, 1°C acima da média da temperatura basal diária individual, em função do local de medição.
 Na ausência do conhecimento da temperatura basal individual:


Retal: 38°C
 Axilar: 37,6°C
 Timpânica: 37,8°C
 Oral: 37,6°C

38°C

Sinais de Alerta

Um ou mais destes sinais de alerta → recorrer a um serviço de saúde.

- ✓ Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
- ✓ Irritabilidade e/ou gemido mantido;
- ✓ Choro inconsolável;
- ✓ Não tolera o colo;
- ✓ Convulsão;
- ✓ Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24 a 48 horas de febre;
- ✓ Respiração rápida com cansaço;
- ✓ Vômitos repetidos, entre as refeições;
- ✓ Recusa alimentar consistida superior a 12 horas;
- ✓ Sede insaciável;
- ✓ Líbios ou unhas rosas;
- ✓ Dificuldade em mobilizar um membro ou alteração na marcha;
- ✓ Urina turva e/ou com mau cheiro;
- ✓ Febre com duração superior a 5 dias completos.



Febre

Sinais de baixo, médio e elevado risco.



Febre

SINAIS DE RISCO BAIXO

- Pele, olhos, lábios ou língua com cor normal
- Interação normalmente e sono
- Respiração normal
- Fica acordado ou acorda rapidamente
- Chora normalmente





Não se justifica ir ao médico de imediato

↓

**Vigiar comportamento
Atenção ao aparecimento de outros sinais**

Febre

SINAIS DE RISCO MÉDIO

- Apresenta pele pálida
- Não interage normalmente, nem sorri
- Acorda só quando é muito estimulado e tem atividade diminuída
- Tem inchaço/inflamação nos membros ou articulações
- Respiração e batimentos cardíacos rápidos
- Febre durante cinco ou mais dias e pouca urina







Ir ao médico

↓

Diagnóstico de infeções graves

Febre

SINAIS DE ALERTA – RISCO ELEVADO


- Pele pálida com manchas acinzentadas ou azuladas
- Prostração
- Sonolência excessiva: não desperta ou tem dificuldades em manter-se acordada
- Sede insaciável
- Recusa alimentar superior a 12 horas
- Respiração acelerada, irritabilidade e choro persistente
- Rigidez na nuca, erupção cutânea, equimos musculares e convulsões
- Temperatura igual ou superior a 38°C em bebés com menos de 3 meses

• Sinais de alerta
• Estado geral da criança
• Menos de 3 meses de vida

→

Ir de imediato a um serviço de saúde!


Febre



O que fazer?

- Oferecer água e/ou leite (amamentar) → **IMPORTÂNCIA DA HIDRATAÇÃO**
- Respeitar o apetite: alimentar sem forçar
- Ajustar o vestuário e a roupa da cama à sensação de frio ou de calor (verificar sinais que a criança demonstra)
- Se está confortável, não é preciso destapar (baixar a temperatura), mas sim vigiar se surgem os **SINAIS DE ALERTA**
- Se desconforto perceptível, administrar antipirético (que também é analgésico, isto é, alivia a dor). Febre a descer-destapar
- Não fazer arrefecimento (banho, compressas, ventoinhas) para baixar a temperatura;
- Se necessário, contactar o **Centro de Contacto SNS 24 (808 24 24 24)**.

Antipiréticos



Respeitar posologia prescrita pelo médico ou folheto informativo do próprio medicamento!

Preferencial: Paracetamol (Doruxon)
Intervalo máximo entre 2 tomas: 6 horas

Se alergia ao Paracetamol: Ibuprofeno (Brufer)

Não é necessário alternar antipiréticos!

Objetivo: Aliviar o desconforto e não eliminar a febre. →
Antipirético é eficaz se temperatura diminuir 1°C a 1,5°C em 2 a 3 horas

Contra-indicações do Ibuprofeno (Brufer):

- Idade inferior a 6 meses
- Vómitos
- Diarria e vómitos moderados a graves
- Alergia a anti-inflamatório

Convulsão febril

6 meses – 6 anos (Risco maior: menor/consultar médico)

Predisposição familiar

COMO SE APRESENTA?

Perda dos sentidos
Ravir dos olhos
Corpo contraído
Tremores dos braços e pernas
Pode acontecer: lírios roxos, espumar pela boca ou urinar



Não causam problemas a longo prazo!

Convulsão febril

O que fazer? ⇒ Não entrar em pânico!

- Deitar de lado, em lugar seguro
- Nada na boca
- Duração
- Se não for a 1ª: despir a criança
- Se não for a 1ª: administrar medicamento prescrito
- Reduzir a temperatura ambiente
- Baixar temperatura
Paracetamol
Ibuprofeno



Tosse

Mecanismo de defesa!

Principal causa: Infecções virais

Xaropes (antitussivo) devem ser prescritos por um médico



Tosse

Origem: a um serviço de saúde se:

- Lábios ou pele arroxeados/azulados
- Ruído agudo quando inspira
- Dificuldade em respirar
- Febre alta
- Não conseguir dormir-elevar leito
- Recusa alimentar
- Agravação da tosse e/ou seu prolongamento em mais de 10 dias



Obstrução nasal

O que fazer ?


SINAIS

- Dificuldade respirar pelo nariz
- Respiração ruidosa
- Dificuldade em alimentar-se
- Sono agitado
- Presença de secreções

Sono ruidoso

Agitado

"Torção"



Obstipação

SINAIS

- Diminuição na frequência das defecções (de acordo com padrão usual)
- Fezes duras
- Distensão abdominal
- Choro intenso

Aleitamento materno
até 10 dias sem defecções

Estado geral do bebê
Se desconforto não come/mama

Obstipação

O que fazer??

Em caso de amamentação exclusiva → Dieta da mãe influencia a dieta da criança → Alimentação com maior aporte de fibras

Quando já foram inseridos os alimentos na alimentação do bebê →

Obstipação

O que fazer??

Banheira Shantala

Almofada

Passo/Sítio/Marujão

Rebepa hidratante

Obstipação

O que fazer??

Massagem abdominal - se não tiver dores!


Bebegel

Usar de forma prudente, recorrendo a um profissional de saúde.

Obstipação


Sinais de alerta...

- Idade inferior a 4 meses de idade
- Obstipação recorrente
- Medidas sem resultados em 24h
- Sangue misturado nas fezes
- Dor intensa
- Febre
- Má progressão / Perda de peso



Diarreia

Aumento frequência de fezes + Diminuição da consistência



Dor abdominal
Vômitos
Mal estar geral
Febre
Desidratação

Diarreia

No caso de...

- Ameaça de desidratação: Manter e oferecer ainda mais vezes
- Alta febre: Aconselhamento médico
- Alimentação: Oferecer líquidos
- Vigilância da febre: Higiene perianal
- Evolução das características das fezes


O que fazer??



Diarreia

O que fazer??

- Alimentos obstipantes
- Alimentos obstipantes
- Dieta à base de cozidos e grelhados
- Reforçar hidratação
- Alimentos obstipantes: Frango, Arroz branco, Batatas, Maçã, Banana



Diarreia

Sinais de alerta...

- Febre alta
- Vômitos
- Mucosas secas
- Urina concentrada e quantidade menor
- Diarreia há mais de 3 dias
- Sangue nas fezes




Vômitos

Bolsar ➔ Vomitar

Cor Cheiro

Frequência Quantidade

Contactar um profissional de saúde!



Vômitos

Como atuar?

- Lavar cavidade oral
- Não alimentar na hora seguinte
- 2ª hora após: dar líquidos pausadamente
- Refeições pequenas e frequentes
- Evitar movimentos bruscos
- Posicionar em decúbito lateral ou semi-sentado
- Estar atento a sinais de desidratação



VÔMITOS + DIARREIA

↓

DESIDRATAÇÃO



Desidratação

COMO SE APRESENTA?

Urina pouco → fralda seca



Olhos encaixados
Fontanela deprimida
Boca seca
Perda da elasticidade da pele





Eritema por fralda

Lesões/vesículas de coloração vermelha, por vezes brilhantes e com aspeto húmido

Causas

- Excesso de humidade
- Temperatura elevada
- Fricção
- Urina e fezes



Eritema por fralda

Como prevenir???

Não usar fraldas demasiado justas, tamanho adequado ou ásperas



Ter atenção às coberturas plásticas e elásticas



Trocar fraldas sempre que sujas ou húmidas



Eritema por fralda

Realizar Higiene

- Água morna sempre que possível
- Sabão no máximo 2 vezes por dia
- Ter em atenção o tipo e o uso de toalhetes
- Secar bem



Creme Barreira:
Vit A ou óxido de zinco

↓

Acelera o processo de cicatrização

↓

NÃO USAR COMO PREVENÇÃO!!!

Candidíase oral




"Sopinhos"

Sintomas	Causas
<ul style="list-style-type: none"> Desconforto Irritabilidade e dor Dificuldades na alimentação 	<p>Placas esbranquiçadas com um aspeto cremoso aderentes às gengivas, língua, bochechas, palato e amígdalas</p> <ul style="list-style-type: none"> Material não higienizado Mãos contaminadas


Candidíase oral

Prevenção

- Limpar as superfícies de contacto com a boca da criança
- Lavar mãos antes e depois do contacto com criança
- Rejeitar material que tenha ido à boca do bebé quando tinha candidíase oral

Tratamento

- Antifúngico oral no bebé
- Antifúngico tópico na mãe (amamentação)



Erupção dentária

- Primeiros dentes: **6-8 meses**
- Primeira dentição completa (20 dentes): **2 anos e meio - 3 anos**

Muito frequente 

1ª ida ao dentista: até completar 1 ano
Frequência: 6/6 meses

Quais os sinais?

- Aumento da salivação
- Mãos frequentemente na boca
- Mastigação de objetos e superfícies
- Inflamação da gengiva
- Não provoca febre!




Erupção dentária



- **6 meses - 8 meses**
Primeiros dentes (inferiores)
- **8 meses - 10 meses**
Primeiros dentes (superiores)
- **10 meses - 12 meses**
Primeiros dentes (laterais inferiores)
- **12 meses - 18 meses**
Primeiros dentes (laterais superiores)
- **18 meses - 24 meses**
Primeiros dentes (caninos)
- **24 meses - 30 meses**
Primeiros dentes (mólo)

ATENÇÃO!
Cada criança é única
Respeite a idade

Erupção dentária

COMO ATUAR?

Objetos firmes, lisos, limpos e inquebráveis para morder

Massajar as gengivas inflamadas

Frio ajuda a diminuir a dor e a desinflamar os tecidos






Higiene Oral

Começar antes do primeiro dente aparecer!



RECOMENDAÇÕES

- Escove em 2x/dia após nascimento do 1º dente → última antes de dormir (criar hábitos)
- Dedeira, compressa ou fralda húmida / escova cerdas macias e adequada ao tamanho da boca da criança
- Limpar toda a boca
- Dentífrico com 1000 a 1500ppm de flúor
- Idade inferior a 3 anos: porção de dentífrico com tamanho igual à unha do dedo mindinho do bebé

RECORRER AO PROFISSIONAL DE SAÚDE...

Médico de Família

SASU

Atendimento permanente



Obrigada
pela
atenção!!



Apêndice II

Cartaz e panfleto da semana Mundial da Amamentação

Panfleto da Semana Mundial da Amamentação

Semana
Mundial da
Amamentação

Ucc [Redacted]
1,2 e 3 de Outubro



Inscrição gratuita
e obrigatória



Cronograma

Dia	01 Outubro segunda	02 Outubro terça	03 Outubro quarta
09h00		Kangatraining para grávidas	
11h00		Pilates para mães e bebês	Kangatraining para mães e bebês
14h30	Sessão sobre amamentação e regresso ao trabalho		
18h00	Tertúlia: Amamentação- ultrapassar dificuldades tardias		



Cartaz da Semana Mundial da Amamentação

Semana Mundial da Amamentação

Ucc

1 de Outubro

14h30- Sessão - amamentação e regresso ao trabalho

18h-Tertúlia - Amamentação: Ultrapassar dificuldades tardias

2 de Outubro

09h - Kangatraining para grávidas

11h- Pilates para mães e bebé

3 de Outubro

11h - Kangatraining para mães e bebés

Inscrição gratuita e obrigatória

Apêndice III

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde:
“Sexualidade no adolescente”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde: “Sexualidade no adolescente”

**Docente Orientadora:
Doutora Constança Festas**

Outubro 2018

1. INTRODUÇÃO:.....	3
2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:.....	4
3. OBJETIVOS DA SESSÃO:.....	6
4. METODOLOGIA:.....	7
5. RECURSOS:.....	8
6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO:.....	9
7. PLANIFICAÇÃO:.....	10
8. CONCLUSÃO:.....	13
9. BIBLIOGRAFIA:.....	14
10.APÊNDICES:.....	14
Apêndice I – Apresentação da Sessão.....	15
Anexos:	
Anexo I: Questionário de avaliação.....	16

1.INTRODUÇÃO

A Ação de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável” surgiu no âmbito da unidade curricular de Estágio final e relatório. Este estágio decorre no período de 10 de setembro a 03 de novembro de 2018, enquadrado no 3º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), sob a orientação tutorial das Enfermeiras ESIP e da Docente Professora Constança Festas. Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para a unidade curricular;
- Desenvolver competências relativas ao desenvolvimento de uma Ação de Educação para a Saúde (identificação de necessidades, planeamento execução e avaliação).

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente é realizado um enquadramento teórico, posteriormente é apresentada a metodologia, a organização, os objetivos e programação da atividade e, por último, a conclusão.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo da história, a sexualidade e a sua discussão, começaram a ser considerados como relevantes no desenvolvimento e na manutenção do bem-estar.

A intimidade e o contacto físico são necessidades biológicas e sociais vitalícias. Associa-se tendencialmente o sexo a sexualidade, sendo, todavia, coisas distintas.

A sexualidade deixou de ser sinónimo de reprodução, de pecado e de impureza para passar a fazer parte integrante dos afetos, do prazer, da comunicação interpessoal, da maternidade e da paternidade responsáveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”.

O desenvolvimento da sexualidade ocorre durante toda a vida do indivíduo e depende de uma dimensão biológica, psicológica, sociocultural e religioso-ética, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

É na adolescência que a vivência desta sexualidade se torna mais marcante e evidente, já que nesta etapa “... ocorre aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual,... Paralelamente às mudanças corporais, ocorrem as psicoemocionais...” fazendo “... com que o adolescente viva intensamente sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas, podendo tornar-se um problema...”. (Camargo; Ferrari, 2008)

É a puberdade que vai iniciar o processo de desenvolvimento da adolescência. “Com a produção das hormonas sexuais e com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a curiosidade sexual intensifica-se.” (Sampaio et al, 2007) Surge deste modo a maturação sexual, com o aparecimento da menarca nas raparigas e semenarca nos rapazes

“A orientação sexual descreve o objeto dos impulsos sexuais...Na puberdade e na fase média da adolescência, podem surgir dúvidas transitórias sobre a orientação sexual, até que esta se

consolide.” (Sampaio et al, 2007) Importante é: respeitar as diferenças e encarar com tranquilidade os momentos de dúvidas assumindo que não se precisa decidir tudo hoje.

A educação sexual que promovemos deve cooperar para a promoção de uma vivência sexual autónoma, responsável e gratificante do jovem. Deste modo, é também importante informar que existem riscos do início de uma atividade sexual sem proteção.

A prática do sexo seguro é a forma mais eficaz de prevenção das IST's. Deve sempre destacar-se a promoção da saúde e as condutas preventivas, enfatizando-se a distinção entre as formas de contacto que condicionam o aumento do risco de contágio ou aquelas que não envolvem qualquer forma de risco.

É fundamental que os métodos contraceptivos sejam recursos usados no sentido de evitar uma gravidez. A escolha destes vai depender de cada situação pessoal e por isso exige aconselhamento por um profissional de saúde. Apesar de existirem várias formas de evitar que o espermatozoide encontre o óvulo, alguns métodos são mais seguros e oferecem mais vantagens que outros. Além disso, é apropriado saber que unicamente o preservativo previne o contágio das IST's.

“A educação para uma sexualidade responsável está a cargo de todos, pais, escola, saúde e sociedade em geral ...cujo objetivo principal é preparar os jovens para a tomada de decisões conscientes e responsáveis.” (Bóia, 2008)

Neste sentido, o papel do profissional de saúde assume uma posição de excelência com o dever de preparar os jovens para o exercício pleno e gratificante da sua sexualidade, minorando os riscos que dela podem advir. Neste âmbito, torna-se crucial dotar o jovem de informação acerca da sua própria saúde e de competências que o habilitem para uma progressiva autorresponsabilização, para que a sua tomada de decisão seja livre, informada e fundamentada.

Neste contexto, os recursos existentes na comunidade assumem particular importância, pelo que devem ser divulgados, já que o seu funcionamento é assegurado por profissionais competentes e com formação científica aprofundada nas áreas da educação para a saúde e educação sexual.

É assim de fulcral importância assinalar que é nesta área da educação para a saúde que o enfermeiro possui a sua grande arma no sentido de demonstrar o seu verdadeiro papel na comunidade e obter ganhos em saúde. Deste modo, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também educar, e educar para prevenir.

3. Objetivos

Foram definidos como objetivos gerais para Ação de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável”:

Promover conhecimento sobre os diferentes métodos contraceptivos.

Promover momentos de reflexão individual e em grupo sobre a importância da utilização dos métodos contraceptivos, através de momentos de interação.

Contextualizar a sexualidade na adolescência;

Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;

Compreender a importância da contraceção na prevenção de comportamentos

Objetivos Específicos:

- Compreender a relevância da sessão.
- Definir o conceito de sexualidade;
- Conhecer as quatro dimensões da sexualidade;
- Conhecer o conceito de adolescência;
- Identificar as alterações que ocorrem na adolescência;
- Compreender a importância das alterações que ocorrem na adolescência;
- Identificar mitos quanto a masturbação e orientação sexual.
- Reconhecer os diferentes métodos contraceptivos (pílula e preservativo masculino);
- Compreender as vantagens e desvantagens de cada método contraceptivo.
- Conhecer as atividades de uma consulta de PF;
- Indicar os recursos da comunidade na área da sexualidade;
- Descrever comportamentos de risco;
- Estimular competências responsáveis sobre a contraceção;

4.METODOLOGIA

O método a utilizar nesta Ação de formação será o método expositivo/participativo, que compreende a transmissão de informação e é bi-direccional de forma estruturada.

Será realizada uma... sessão de formação, no dia .../10/2018, para uma turma do 8º Ano de uma escola.

Dado o conteúdo teórico do tema e a população da sessão, será essencialmente utilizado o método exploratório proporcionando uma interação e partilha de ideias e experiências, com o objetivo também de captar a atenção do público-alvo.

Será feita uma apresentação em power point, que terá a duração de 50 minutos: 5 minutos para a introdução; 35 minutos para apresentação teórica; 10 minutos avaliação sumativa.

Na segunda sessão a efetuar será usado o método interrogativo por forma a consolidar conhecimentos e servir de instrumento de avaliação de ganhos em saúde, além do questionário usado pelas colegas da saúde escolar preconizado de antemão com a escola.

5.RECURSOS:

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- Recursos Humanos: Aluna do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a orientação das EESIP especialistas em Saúde Infantil da UCC;
- Recursos Físicos: Sala de aula da Escola;
- Recursos materiais: um computador portátil; um projetor.
- Recursos Financeiros: suportados pela UCC.

6.AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

- A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.
- Será feita avaliação escrita no fim da sessão de forma a avaliar os conhecimentos que adquiriram com a sessão. As respostas são anónimas e voluntárias.

7- Plano de Atividade de Ação de Educação para a saúde “Sexualidade no adolescente”.

Local:		
Dia: /10/2018	Hora:	Duração: 50 min
Professora Orientadora: Constança Festas	Enfermeira Tutora: ..	
Formadora: Cristiana Simão		
Destinatários: turma 8º ano		
<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover conhecimento sobre os diferentes métodos contraceptivos. ➤ Promover momentos de reflexão individual e em grupo sobre a importância da utilização dos métodos contraceptivos, através de momentos de interação. ➤ Contextualizar a sexualidade na adolescência; ➤ Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva; ➤ Compreender a importância da contraceção na prevenção de comportamentos 		
<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreender a relevância da sessão. ➤ Definir o conceito de sexualidade; ➤ Conhecer as quatro dimensões da sexualidade; ➤ Conhecer o conceito de adolescência; ➤ Conhecer as alterações que ocorrem na adolescência; ➤ Compreender a importância das alterações que ocorrem na adolescência; ➤ Identificar mitos quanto a masturbação. ➤ Reconhecer os diferentes métodos contraceptivos (pílula e preservativo masculino); ➤ Compreender as vantagens e desvantagens de cada método contraceptivo. ➤ Conhecer as atividades de uma consulta de PF; ➤ Indicar os recursos da comunidade na área da sexualidade; ➤ Descrever comportamentos de risco; ➤ Estimular competências responsáveis sobre a contraceção; 		

Fases	Conteúdo	Duração	Metodologia/ Estratégia
Introdução	-Apresentação dos objetivos da Sessão.	5 min	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Sexualidade E Adolescência; - Masturbação - Orientação sexual - Métodos contraceptivos (pílula, e preservativo masculino. - Planeamento familiar - Identificação dos riscos de uma relação sexual desprotegida - Consequências da gravidez na adolescência; - Identificação de IST´s e meios de transmissão; -Informação dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva; 	30 min	Método Expositivo participativo com recurso a PowerPoint.
Conclusão	Discussão de dúvidas pelos presentes; Síntese dos temas abordados.	5 min	
Avaliação	A avaliação desta sessão será feita através de questões de verdadeiro e falso e discussão do tema, em sessão seguinte.	10 min	Recurso a questionários

8. Conclusão

A vivência da sexualidade na adolescência torna-se mais marcante e evidente, encontrando-se relacionada com o normal desenvolvimento físico do adolescente em associação com influências psicológicas, socioculturais e religiosas / éticas. O jovem vive de modo intenso a sua sexualidade e assume uma série de comportamentos de risco daí a importância da prevenção na adolescência.

É aqui primordial o papel da educação para a saúde para prevenir comportamentos de risco.

Neste contexto, a escola é um palco excelente para promover a mudança e adoção de comportamentos saudáveis.

A elaboração deste planeamento permitiu a estruturação da Ação de formação que proponho desenvolver e acredito que será de extrema importância para a concretização dos objetivos traçados.

9. Bibliografia

Bóia, Helena. O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde. Porto, 2008;

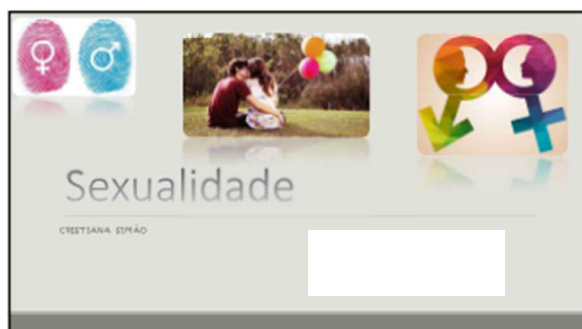
Camargo, Elisana; Ferrari, Rosângela. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Brasil, 2008;

Organização Mundial de Saúde et al. Planejamento Familiar - Um Manual Global Para Profissionais E Serviços De Saúde, 2007;

Sampaio, Daniel; Baptista, Maria; Matos, Margarida; Silva, Miguel. Relatório Final - Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa, 2007;

Apêndices

Apêndice I
Sessão



Sexualidade

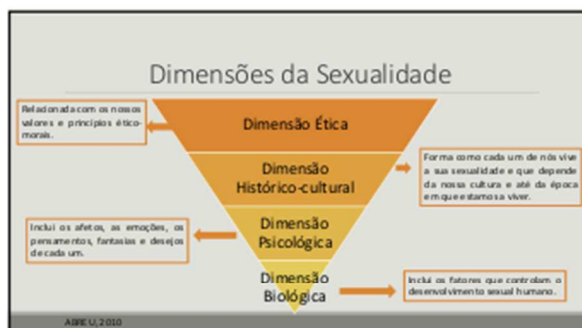
CRISTIANA SIMÃO

Sexualidade

- > A sexualidade está ligada aos sentimentos e às emoções, mas Também ao corpo, à forma de estar em relação a ele e aos prazeres que ele proporciona.
- > A capacidade de sentir prazer não está reduzida aos órgãos genitais mas aos 5 sentidos do corpo humano.
- > Inicia-se desde o nascimento
- > NÃO DIZ APENAS RESPEITO A RELAÇÕES SEXUAIS!



Dimensões da Sexualidade




- Dimensão Ética:** Relacionada com os nossos valores e princípios ético-morais.
- Dimensão Histórico-cultural:** Forma como cada um de nós vive a sua sexualidade e que depende da nossa cultura e até da época em que estamos a viver.
- Dimensão Psicológica:** Inclui os afetos, as emoções, os pensamentos, fantasias e desejos de cada um.
- Dimensão Biológica:** Inclui os fatores que contribuem o desenvolvimento sexual humano.

ABRU, 2010

Afetos

- > Forma de exprimir sexualidade.
- > É necessário estar-se preparado para início da vida sexual activa.
- > Não ter relações sexuais com o/a parceiro/a não quer dizer que não se gosta dele!
- > Pressão social-Não há idade para se começar a ter relações!



Adolescência

"A adolescência é caracterizada por uma série de transformações nos vários aspectos e conteúdos da vida do adolescente. É uma fase de descobertas e desafios, vicissitudes e expectativas (...)"
RODRIGUES, 2010




Adolescência




Expressão de pensamentos Intimidade Expressão de sentimentos

Amizade Lealdade Conflança

Relacionamentos amorosos Interação Iniciação sexual


Autoestima

Puberdade

Aparecimento dos caracteres sexuais secundários
Mudanças físicas de maturidade sexual
Ritmos diferentes

11-19 anos

Raparigas 9-14 anos Rapazes 10-16 anos



Transformações físicas Transformações sociais Transformações psicológicas

Mudanças nas Raparigas

9-14 anos

Aumento da massa gorda Odores Acne

Alargamento das ancas Menstruação Crescimento dos pelos genitais e axilares

Crescimento das mamas





Masturbação

"Um comportamento sexual de auto-estímulo que é uma atividade que ajuda a conhecer o próprio corpo e a própria resposta sexual que poderá, existir, em maior ou menor intensidade e frequência, ao longo de toda a vida." (Gomes-Zipelin, 2000)

Surgem dúvidas ou culpabilidades, dados os comentários negativos ou o silêncio dos adultos sobre este assunto.

- A masturbação é um comportamento quase exclusivamente masculino;
- A masturbação é um hábito próprio de pessoas jovens e imaturas;
- A masturbação praticada por um homem ou uma mulher é sinal de que algo não está bem na sua sexualidade;
- A masturbação causa distúrbios sexuais, físicos e/ou psicológicos.
- Pode "partir" pénis
- Pode ficar-se estéril/ impotente
- Causa borbulhas

Orientação sexual

A orientação sexual é usualmente definida como a preferência de um indivíduo por um determinado sexo (Pereira & Freitas, 2002).
 Não existem respostas definitivas que expliquem a origem da orientação sexual. Provavelmente, a Orientação Sexual se é o resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.
 Na puberdade e no fim da adolescência, podem surgir dúvidas/tranquilidade sobre a orientação sexual, até que esta se consolide? (Sampaio et al, 2007)

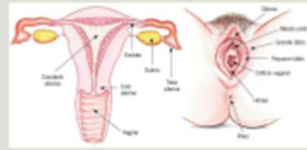
O importante é respeitar as diferenças e encarar com tranquilidade os momentos de dúvidas assumindo sempre uma posição em que não se precisa decidir tudo hoje.

Homossexualidade é uma doença

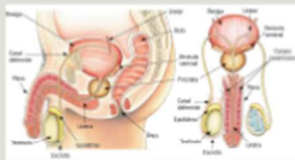
MITO



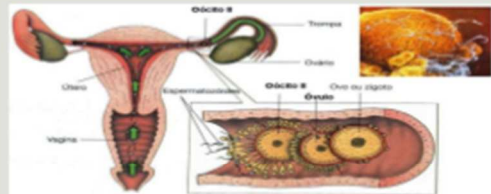
Órgãos Sexuais




Órgãos Sexuais



FECUNDAÇÃO





O que preciso para iniciar a minha atividade sexual?

Ser Responsável
Informado
Consultas de planeamento familiar

Métodos Contraceptivos

A **ESCOLHA** de um contraceptivo vai depender da tua situação pessoal e por isso exige aconselhamento por um profissional de saúde.

- É o mais conveniente e eficaz?
- Está adequado ao meu estilo de vida?
- É reversível?
- É um método acessível?
- Existem riscos para a saúde?



Métodos Contraceptivos

A contraceção é qualquer processo que evita a fertilização do óvulo ou a implantação do ovo. Os métodos de contraceção são múltiplos, podendo ser classificados de acordo com o seu objetivo, em métodos naturais (métodos de ritmo, separação de sêmen, contraceção hormonal) e métodos de esterilização (métodos cirúrgicos e métodos reversíveis [ligadura de trompa e vasectomia]).




SANDOZ, 2014

Pílula (Impedir a ovulação)



Vantagens:

- Tem elevada eficácia contracetiva;
- Regularização dos ciclos;
- Redução da dor menstrual;
- Menstruação menos abundante;
- Melhoria do acne;
- Diminuição do risco de certas doenças (cancro do ovário, do endométrio e colorretal);

Desvantagens:

- Tomar 1 comprimido diário;
- Não protege contra IST.**



CONSENSO SOBRE CONTRAÇÃO, 2011 PRO GRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA, 2008

Precauções

- Esquecimento
- Vômitos
- Diarreia
- Associação com outros medicamentos

Implante subcutâneo (impedirá ovulação)

Vantagens:

- ↳ Longa duração (3 anos);
- ↳ Pode ser usada durante a amamentação;
- ↳ Não interfere com a relação sexual;
- ↳ Pode ser usado por mulheres de qualquer idade, com ou sem filhos.

Desvantagens:

- ↳ Leve aumento de peso;
- ↳ São frequentes as alterações do ciclo menstrual, tais como: hemorragia ligera entre menstruações ou a falta da menstruação;
- ↳ Não protege contra IST.



PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA 2018

Preservativo masculino

(Evitar a penetração dos espermatozoides no útero)

Vantagens:

- ↳ Protege contra IST;
- ↳ Não se aplica apenas a situações "de risco";
- ↳ Sem supervisão médica;
- ↳ É eficaz em todas as relações sexuais

se colocado desde o início!!!

Desvantagens:

- ↳ Dano com calor e humidade precauções;

É o único método eficaz para prevenir as infeções de transmissão sexual!!



Como colocar um preservativo?



- Verificar sempre o prazo de validade
- Abrir a embalagem com cuidado (não abrir com as unhas ou com os dentes para não perfurar).
- Verificar se o preservativo está virado para o lado certo antes de o colocar (a parte de fora enrolada tem de ficar virada para cima).
- Colocar no pênis ereto.
- Desenrolar o preservativo até à base do pênis, segurando a ponta para retirar o ar.
- Depois da relação, segurar o preservativo pela base enquanto o retira.
- Dar um nó no preservativo antes de o deitar fora. Colocá-lo sempre no caixote do lixo e nunca na sanita

ORÇANISMO FOCQ 2013

Preservativo feminino

(Evitar a penetração dos espermatozoides no útero)



Vantagens:

- ◊ Diminui o risco de contrair IST e suas consequências. (doença inflamatória pélvica, infertilidade e cancro do colo do útero);
- ◊ Ausência de efeitos sistémicos;
- ◊ Pode ser colocado em qualquer momento antes da penetração do pênis;
- ◊ Pode ser mais fácil de utilizar, do que o masculino, em casos de disfunção erectil;
- ◊ É mais resistente que o preservativo masculino.

Desvantagens:

- ◊ Dificuldade na utilização;
- ◊ É mais dispendioso que o preservativo masculino.




SANTOS, 2014

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA, 2008

Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência)



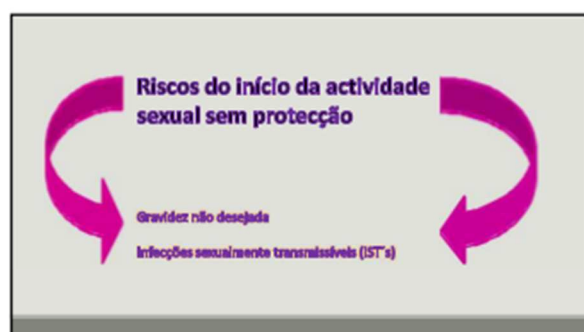
A "pílula do dia seguinte" **NÃO É MÉTODO CONTRACEPTIVO**, só deve ser usada em situações de emergência (até 72h após a relação sexual, tendo maior eficácia nas primeiras 24h);

Não protege das infeções de transmissão sexual;

NÃO É ABORTIVA!

SANTOS, 2010

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA, 2008



"As relações sexuais desprotegidas, por omissão de métodos de contraceção, expõem ambos os intervenientes às infeções sexualmente transmissíveis (IST's)."

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

são doenças contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão é através das relações sexuais (vaginais, orais ou anais).

É importante saber:

quais são

o que as provoca,

como se transmitem

e quais as suas consequências.

A melhor forma de prevenção é o uso de preservativo. A anatomia da mulher torna a detecção das IST mais difícil, visto que a maioria dos órgãos sexuais são internos, pelo que é recomendável que a partir da menarca se consulte anualmente o médico.

IST's mais frequentes



Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Existem mais de 150 tipos de HPV

pode causar:

- Condilomas
- Verugas Genitais
- Cancro do colo do útero



factores de risco:

- Relações sexuais muito precoces
- Elevado número de parceiros
- Tabagismo

A vacina está contemplada no Programa Nacional de Vacinação.



Como se transmite?

Relações sexuais sem uso de preservativo.
Basta uma relação desprotegida!!

VIH-Virús da Imuno Deficiência Humana

O VIH é um vírus, adquirido durante a vida, e que ataca e destrói o sistema imunitário das pessoas.

↓

dexando-nos expostos a doenças → **SIDA**

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Quando se está na fase de Sida, o organismo não resiste às infeções graves, e tumores que surgem como consequência da falta de defesas, que antes lhe eram proporcionadas pelo sistema imunitário.

↓

Infeções generalizadas e morte

Como se transmite?

condom, preservativo e sempre utilizado

transfusão de sangue e sempre estéril

partilha de seringas e agulhas

transmissão da mãe para o filho durante a amamentação



Picada de mosquito ou péss? **MITO**

Aperto de mão? **MITO**

Apartir de homossexuais, prostitutas ou toxícos dependentes e podem ser infectados pelo HIV Sida? **MITO**

Conviver com pessoas infectadas? **MITO**



LINHAS TELEFÔNICAS DE APOIO

SEXUALIDADE EM LINHA
LINHA OPÇÕES (LINHA DE APOIO E ORIENTAÇÃO SOBRE GRATUIDADE NÃO DEBILIDA)
ILGA (LINHA DE APOIO E INFORMAÇÃO SOBRE HOMOSSEXUALIDADE)
LINHA SIDA, SOS SIDA LINHA SAÚDE 24

INTERNET
www.apf.pt
www.juventude.gov.pt
www.enfermeiroonline.no.comunidades.net



Inquérito sobre adolescência e sexualidade

1. **Escola:** _____

2. **Idade:** _____ anos **Turma:** _____

3. **Sexo:** Feminino Masculino

4. **Assinala uma opção para cada uma das seguintes afirmações relativas às transformações que ocorrem na adolescência:**

	Rapazes	Raparigas	Ambos os sexos	Não acontece nos adolescentes	Não sei
4.1. Há aparecimento de pelo debaixo dos braços.					
4.2. Há aparecimento de pelo nos genitais.					
4.3. A voz torna-se mais grossa.					
4.4. Surge borbulhas.					
4.5. Há aumento do tamanho das mamas.					

5. **Assinala uma opção para cada uma das seguintes afirmações sobre adolescência:**

	Verdadeiro	Falso	Não sei
5.1. A puberdade consiste nas mudanças físicas de maturidade sexual.			
5.2. Nas raparigas aparece a primeira menstruação (menarca).			
5.3. Os adolescentes desenvolvem-se todos ao mesmo ritmo.			
5.4. Nos rapazes acontece a primeira ejaculação (espermarca).			
5.5. É normal que os períodos sejam irregulares nos primeiros 2 anos após a primeira menstruação.			

6. **Assinala por favor uma opção para cada uma das seguintes afirmações:**

	Verdadeiro	Falso	Não sei
6.1. A sexualidade diz respeito apenas às relações sexuais.			
6.2. A sexualidade inicia-se apenas na adolescência.			
6.3. Se um(a) adolescente não quiser ter relações sexuais com o seu (sua) namorado(a) é porque não gosta dele(a).			
6.4. Uma bofetada ou um insulto de um namorado(a) é violência.			
6.5. Se todos os amigos de um adolescente já tiveram relações sexuais então significa que esse adolescente já está preparado para ter relações também.			
6.6. Não existe idade certa para iniciar a atividade sexual.			
6.7. As raparigas também se masturbam.			

6.8. A masturbação provoca borbulhas.			
6.9. A orientação sexual vai sendo formada ao longo da adolescência.			
6.10. A homossexualidade não é uma doença.			
6.11. Num relação, se eu disser 'não' ao outro, ele vai deixar de gostar de mim.			
6.12. Tenho o direito de tratar mal as pessoas com quem não simpatizo.			

7. Assinala uma opção para cada uma das seguintes afirmações:

	Verdadeiro	Falso	Não sei
7.1. A pilula previne as doenças sexualmente transmissíveis			
7.2. Se não houver ejaculação não há risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis.			
7.3. Apenas os homossexuais, as prostitutas e os toxicod dependentes podem ser infetados pelo vírus do HIV/SIDA.			
7.4. O preservativo é o único método que evita as doenças sexualmente transmissíveis			
7.5. A infeção por HIV/SIDA não se transmite através de abraços e convivência social			
7.6. Só são infetadas por doenças sexualmente transmissíveis as pessoas que têm muitos parceiros sexuais			
7.7. O vírus VIH/SIDA transmite-se através de partilha de objetos cortantes com sangue como lâminas de barbear, agulhas de tatuagens, escovas de dentes...			
7.8. O preservativo deve ser colocado antes do contacto dos dois sexos.			
7.9. São só as raparigas que se devem preocupar com a utilização de métodos contraceptivos.			

Bom trabalho!



Apêndice IV

Planeamento de Ação de Formação a pares:

” Suporte Básico de Vida Pediátrico”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de Ação de formação: Suporte básico de vida pediátrico

**Docente Orientadora:
Doutora Constança Festas**

Outubro 2018

1. INTRODUÇÃO:.....	3
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:.....	4
3. OBJETIVOS DA SESSÃO:.....	6
4. METODOLOGIA:.....	6
5. RECURSOS:.....	7
6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO:.....	9
7. PLANIFICAÇÃO:.....	10
8. CONCLUSÃO:.....	13
9. BIBLIOGRAFIA:.....	14
10. APÊNDICES:.....	Erro!
Marcador não definido.	14
<u>Apêndice I – Apresentação da Sessão</u> Erro!	Marcador não
definido	15
<u>Apêndice II – Questionário de Avaliação</u>	Erro!
Marcador não definido.	
<u>Apêndice III – Questionário de Análise de resultados</u>	Erro!
Marcador não definido.	

1. INTRODUÇÃO

A Ação de Formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico” surgiu no âmbito da unidade curricular de Estágio final e relatório, decorrente no Centro de Saúde. Este estágio decorre no período de 10 de setembro a 03 de novembro de 2018, enquadrado no 3º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), sob a orientação tutorial da EESIP e da Docente Doutora Constança Festas. Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para a unidade curricular;
- Desenvolver competências relativas ao desenvolvimento de uma Ação de Formação (identificação de necessidades, planeamento execução e avaliação).

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente é realizado um enquadramento teórico, posteriormente é apresentada a metodologia, a organização, os objetivos e programação da atividade e, por último, a conclusão.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A emergência pediátrica como uma disciplina reconhecida, tem sido um catalisador para a melhoria nos cuidados em lactentes, crianças e adolescentes. Os enfermeiros devem estar preparados para uma resposta adequada em caso de emergência pediátrica, que tem especificidades muito díspares da emergência em adultos. Anatomo-Fisiologicamente, na resposta a doença e lesões a criança difere do adulto. Além das características fisiológicas e anatómicas também a nível emocional, psicossocial e cognitivas diferem nas diferentes faixas etárias.

Os sintomas são muitas vezes subtis e requerem habilidades e muita experiência e esta capacidade pode ser a chave para assistência eficaz. São estes conhecimentos vital nos cuidados ao doente pediátrico. Habitualmente a causa de paragem na criança inicia-se pela via aérea e respiração, sendo as obstruções da via aérea bastante comuns pelo menor diâmetro da mesma e pela língua maior que nos adultos.

O metabolismo na criança, diferente dos adultos, leva a frequências respiratórias e cardíacas mais elevadas. A capacidade compensatória na criança é mais limitada, levando ao esgotamento dos mecanismos de compensação e paragem cardiorrespiratória. A maior causa de paragem cardiorrespiratória na criança é a hipoxia e, por falência dos mecanismos compensatórios, a circulação fica também comprometida. As causas cardíacas na criança, salvo doença prévia, são raras.

A prioridade no socorro à criança é a via aérea e a oxigenação e a ativação precoce do circuito de emergência.

Na generalidade enfermeiros têm menor experiência a cuidar crianças e especialmente em situações de risco de vida ou graves lesões.

De forma a reduzir a morbilidade e mortalidade nas crianças, o enfermeiro deve estar habilitado a reconhecer e intervir rapidamente na criança em Crise. É essencial que quem lida habitualmente com crianças tenha essa perceção e seja capacitado para agir em conformidade.

Elevado número de crianças necessitam de assistência em emergência todos os anos, por isso torna-se essencial fazer formação em emergência pediátrica.

3. Objetivos

Foram definidos como objetivos gerais para as sessões de formação sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico na unidade de saúde familiar:

- Capacitar os Profissionais de Saúde para o reconhecimento precoce de situações que possam comprometer a via aérea da criança;
- Capacitar os Profissionais de Saúde para a atuação rápida em caso de obstrução da via aérea;
- Capacitar os Profissionais de Saúde para executarem suporte básico de vida pediátrico;

Objetivos Específicos:

- Reconhecer a importância da atuação precoce;
- Indicar as condições de segurança perante a necessidade de realizar SBV;
- Enumerar o Algoritmo da reanimação em pediatria e Técnicas de suporte básico de vida nas diferentes idades da criança (lactente, criança até 8 anos e criança maior);
- Indicar a técnica correta para a permeabilizar a via aérea;
- Demonstrar a técnica correta para a permeabilizar a via aérea;
- Indicar a técnica para avaliar a respiração e como proceder conseqüentemente;
- Demonstrar a técnica das compressões torácicas (lactente, criança até 8 anos e criança maior);
- Indicar as situações até quando se devem manter as manobras de SBV;
- Enumerar as indicações para uso de DAE, em lactentes e crianças e cuidados a ter e como proceder conseqüentemente;
- Demonstrar as manobras de desobstrução da via aérea em lactentes e crianças.

4.METODOLOGIA

O método a utilizar nesta Ação de formação será o método expositivo/participativo, que compreende a transmissão de informação e é bi-direccional de forma estruturada.

Será realizada 1 sessão de formação, no dia 12/10/2018, para um grupo de Profissionais de uma USF, composto por 13 Enfermeiros.

Será feita uma apresentação em power point, com demonstração prática nos modelos de suporte básico de vida (lactente e criança).

No final os formandos serão divididos por duas bancas práticas (Suporte Básico de Vida no Lactente/ Suporte Básico de Vida na Criança), onde poderão praticar habilidades e esclarecer dúvidas.

A formação terá a duração de 60 minutos: 5 minutos para a introdução; 30 minutos para apresentação teórica e prática; 25 minutos para treino dos formandos e avaliação sumativa.

5.RECURSOS:

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- Recursos Humanos: Aluna do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a orientação da Enfermeira especialista em Saúde Infantil da UCC;
- Recursos Físicos: Sala de Reuniões da UCC;
- Recursos materiais: um computador portátil; um projetor; 2 colchões; 2 modelos de simuladores de reanimação (lactente e criança); protetores faciais, um insuflador manual.
- Recursos Financeiros: suportados pela UCC.

6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

- A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.
- Será feita avaliação escrita no início e no fim da sessão de forma a avaliar os conhecimentos que já possuíam e quais adquiriram com a sessão. As respostas são de forma anónima e voluntária.
- Serão criadas duas bancas práticas de suporte básico de vida (uma do lactente e outra da criança), onde os formandos poderão praticar e esclarecer dúvidas.

7- Plano de Atividade da Ação de Formação Suporte Básico de Vida Pediátrico.

Local: Ucc		
Dia: 22/10/2018	Hora: 14H30	Duração: 60 min
Professora: Constança Festas	Enfermeira Tutora:	
Formadora: Cristiana Simão		
Destinatários: Equipa de Enfermagem da Usf		
Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none">• Capacitar os Profissionais de Saúde para o reconhecimento precoce de situações que possam comprometer a via aérea da criança;• Capacitar os Profissionais de Saúde para a atuação rápida em caso de obstrução da via aérea;• Capacitar os Profissionais de Saúde para executarem suporte básico de vida pediátrico;		
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">• Reconhecer a importância da atuação precoce;• Indicar as condições de segurança perante a necessidade de realizar SBV;• Enumerar o Algoritmo da reanimação em pediatria e Técnicas de suporte básico de vida nas diferentes idades da criança (lactente, criança até 8 anos e criança maior); Demonstrar a técnica correta para a permeabilizar a via aérea;• Indicar a técnica correta para a permeabilizar a via aérea;• Indicar a técnica para avaliar a respiração e como proceder conseqüentemente;• Demonstrar a técnica das compressões torácicas (lactente, criança até 8 anos e criança maior);• Indicar as situações até quando se devem manter as manobras de SBV;• Enumerar as indicações para uso de DAE, em lactentes e crianças e cuidados a ter e como proceder conseqüentemente;• Demonstrar as manobras de desobstrução da via aérea em lactentes e crianças.		

Fases	Conteúdo	Duração	Metodologia/ Estratégias
Introdução	-Apresentação dos objetivos da Ação de formação.	5 min	Método Expositivo participativo com recurso a PowerPoint e a manequins/materiais.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenças entre criança e adulto na via aérea; - Importância da cadeia de sobrevivência; - Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrico; - Importância de garantir condições de segurança; - Método para permeabilizar a via aérea no lactente e na criança; - Avaliação da respiração; - Ativação dos serviços de emergência médica (ligar 112); - Método para realizar compressões torácicas e insuflações no lactente e criança; - Recomendações de uso do DAE na criança; - Método para realizar a posição lateral de segurança. - Manobras Desobstrução da via aérea; - Técnicas de atuação em caso de: Criança com tosse eficaz; Criança com tosse ineficaz; - Demonstração prática das técnicas explanadas 	30 min	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Treino prático dos formandos nos modelos de reanimação: - Banca de SBV Lactente/banca de SBV Criança 	20 min	Método Expositivo-participativo com recurso a manequins/materiais, usando casos hipotéticos
Avaliação	- Avaliação da Ação de formação através de questionário	5 min	Recurso a questionários

8. Conclusão

A evolução dos cuidados depende da atualização permanente dos profissionais de saúde sobre os resultados mais recentes de investigação. Um enfermeiro especialista deve ser rigoroso, comunicando aos seus pares os últimos achados científicos de forma clara e envolvendo-os no seu processo de formação.

Formação contínua é fulcral na aquisição de competências em cuidados de emergência pediátrica.

Esta ação de formação assume extrema importância dada a afluência de crianças à unidade de saúde em causa, permitindo se necessário um socorro atempado e adequado.

Neste contexto, a oportunidade da formação em serviço assumiu-se como determinante, na medida em que esta constitui o palco ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos.

Bibliografia

- **European Resuscitation Council. 2015.** Recomendações 2015 para a Reanimação do European Resuscitation Council.
- **Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INEM- versão 3.0 - 1ª Edição**
2017

Apêndices

Apêndice I

Sessão

SUPOORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO



SUPOORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

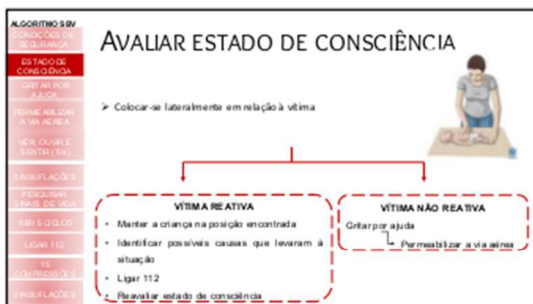
- SBV Pediátrico
- Manobras de desobstrução da Via Aérea

SUPOORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

- A criança tem particularidades anatómicas e fisiológicas que condicionam a etiologia da paragem cardiorrespiratória, pelo que é necessário adaptar os procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV) a essas características.
- Os princípios gerais são os mesmos do adulto, no entanto, existem algumas diferenças que importa realçar.

SUPOORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

- A principal causa de PCR na idade pediátrica é a **hipoxia**, como resultado final de um processo de deterioração progressiva da função respiratória e posteriormente, circulatória.
- A prioridade na reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação.



ALGORITMO SBV

INDICADORES DE SEGURANÇA

ESTRUTURA CONCEITUAL

DETALHAR POR ÁREA

PERMEABILIZAR VIA AÉREA

VER OUVIR E SENTIR (16)

INSUFILAÇÕES

FEEDBACK (16) DE SBV

SBV E O QJOS

LGAR 112

15

COMPRESSÕES

INSUFILAÇÕES

PERMEABILIZAR A VIA AÉREA

No lactente em decúbito dorsal, a cabeça fica habitualmente elevada em relação ao pescoço. A extensão da cabeça deve ser efetuada de forma a obter uma "posição neutra", isto é, a face do lactente fica paralela ao plano onde está deitado (a orelha alinhada com o nível do tronco). Pode ser útil, nestas situações, colocar uma elevação (toalha ou lençol) ao nível dos ombros/peitos do bebé, para assegurar esta posição.

Nas crianças maiores, é necessário, habitualmente, uma maior extensão da cabeça - Colocar a palma da mão na extensão da cabeça e inclinar cuidadosamente a cabeça para trás. Com a outra mão e levar o queixo, colocando o dedo indicador e médio no bordo do maxilar inferior (mentão). Ter cuidado para não pressionar os tendões molares abaixo do queixo, pois pode causar obstrução da via aérea.



ALGORITMO SBV

INDICADORES DE SEGURANÇA

ESTRUTURA CONCEITUAL

DETALHAR POR ÁREA

PERMEABILIZAR VIA AÉREA

VER OUVIR E SENTIR (16)

INSUFILAÇÕES

FEEDBACK (16) DE SBV

SBV E O QJOS

LGAR 112

15

COMPRESSÕES

INSUFILAÇÕES

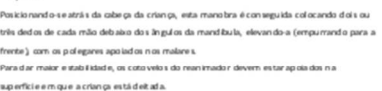
PERMEABILIZAR A VIA AÉREA

Subluxação da mandíbula - MENOS COMUM

- é a mais eficaz para abrir a via aérea
- é indicada nas situações em que há necessidade de mobilizar a coluna cervical por suspeita de trauma.
- se não estamos a ser eficazes com a técnica de extensão da cabeça e elevação do queixo.

Posicionando-se atrás da cabeça da criança, esta manobra é conseguida colocando dois ou três dedos de cada mão debaixo das linguetas da mandíbula, elevando-a (empurrando para a frente) com os polegares apoiados nos móbres.

Para dar maior estabilidade, os cotovelos do reanimador devem estar apoiados na superfície em que a criança está deitada.



ALGORITMO SBV

INDICADORES DE SEGURANÇA

ESTRUTURA CONCEITUAL

DETALHAR POR ÁREA

PERMEABILIZAR VIA AÉREA

VER OUVIR E SENTIR (16)

INSUFILAÇÕES

FEEDBACK (16) DE SBV

SBV E O QJOS

LGAR 112

15

COMPRESSÕES

INSUFILAÇÕES

AVALIAR RESPIRAÇÃO

➤ Mantendo a via aérea permeável, verificar se a criança respira normalmente.

VER os movimentos torácicos

OUVIR os sons respiratórios da boca/nariz

SENTIR o ar expirado

DURANTE 10 Segundos (no máximo)

Se a criança respira normalmente e não há evidências de trauma

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA
Lugar 112
Reavaliar ventilação periodicamente



ALGORITMO SBV

INDICADORES DE SEGURANÇA

ESTRUTURA CONCEITUAL

DETALHAR POR ÁREA

PERMEABILIZAR VIA AÉREA

VER OUVIR E SENTIR (16)

INSUFILAÇÕES

FEEDBACK (16) DE SBV

SBV E O QJOS

LGAR 112

15

COMPRESSÕES

INSUFILAÇÕES

AVALIAR RESPIRAÇÃO

Se a criança **NÃO** respira

↓

MANTER PERMEABILIDADE DA VIA AÉREA

↓

Remover qualquer obstrução

↓

Iniciar 5 insuflações

ALGORITMO SBV

INDICAÇÕES DE RECONHECIMENTO DE RESPOSTA

ESTABELEÇA CONTATO COM O DOENTE

CHAMAR POR AJUDA

PERMITE ABREIR A VIA AÉREA

VER, OUVIR E SENTIR SINAIS

5 INSUFLAÇÕES

PEQUISAR SINAIS DE VIDA

5 SVS CICLOS

USAR 112

10 COMPRESSIONES


INSUFLAÇÕES

EFETUAR 5 INSUFLAÇÕES

Lactentes

↓


ventilação boca a boca-nariz
cabeça incluída em posição neutra.



Crianças

↓

ventilação boca a boca
elevação da cabeça.



Não é a idade que define a decisão de efetuar a ventilação boca a boca-nariz ou boca a boca, mas sim o tamanho do vitelo.

ALGORITMO SBV

INDICAÇÕES DE RECONHECIMENTO DE RESPOSTA

ESTABELEÇA CONTATO COM O DOENTE

CHAMAR POR AJUDA

PERMITE ABREIR A VIA AÉREA

VER, OUVIR E SENTIR SINAIS

5 INSUFLAÇÕES

PEQUISAR SINAIS DE VIDA

5 SVS CICLOS

USAR 112

10 COMPRESSIONES

INSUFLAÇÕES

EFETUAR 5 INSUFLAÇÕES

Se insuflações ineficazes

- Rever via aérea, reposicionando a cabeça ou se necessário luxar mandíbula.
- Garantir boa selagem, antes de tentar próxima insuflação.

Após as 5 insuflações iniciais

Pesquisar sinais de vida

ALGORITMO SBV

INDICAÇÕES DE RECONHECIMENTO DE RESPOSTA

ESTABELEÇA CONTATO COM O DOENTE

CHAMAR POR AJUDA

PERMITE ABREIR A VIA AÉREA

VER, OUVIR E SENTIR SINAIS

5 INSUFLAÇÕES

PEQUISAR SINAIS DE VIDA

5 SVS CICLOS

USAR 112

10 COMPRESSIONES


INSUFLAÇÕES

PESQUISAR SINAIS DE VIDA

NÃO DEVE DEMORAR MAIS DE 30 SEGUNDOS


Lactentes

pulso braquial/femoral



Crianças

pulso carotídeo/femoral



Se sinais de vida, mas não respira

↓

Manter insuflações

↓

Ligar 112

Se não houver sinais de vida

↓

Iniciar SBV 15:2

ALGORITMO SBV

INDICAÇÕES DE RECONHECIMENTO DE RESPOSTA

ESTABELEÇA CONTATO COM O DOENTE

CHAMAR POR AJUDA

PERMITE ABREIR A VIA AÉREA

VER, OUVIR E SENTIR SINAIS

5 INSUFLAÇÕES

5 SVS CICLOS

USAR 112

10 COMPRESSIONES

INSUFLAÇÕES

EFETUAR 5 CICLOS (15:2) DE SBV

Lactentes



Crianças maiores 1 ano



ALGORITMO SBV

INDICADOR DE QUALIDADE

ESTRUTURA DO DOCUMENTO

DIRTAR POR AJUDA

RECONHECER A VÍTIMA

SBV: OUVIR E SENTIR (SBV)

INSUFILAÇÕES

RECONHECER SINAIS DE VIDA

SBV E O2/O2

LIGAR 112

15 COMPRESSIONES

INSUFILAÇÕES

LIGAR 112


Se a vítima não responde e não respira normalmente → **LIGAR 112**

Se não estiver sozinho
- Pedir a uma pessoa, que ao seu lado, ligue 112.

Se estiver sozinho
- Ligar 112 e colocar o telemóvel em alta voz enquanto inicia as manobras de SBV.

IMPORTANTE!

- Manter a calma
- Ouvir com atenção os operadores do CODU
- Responder às questões colocadas de forma simples
- Seguir as instruções dadas pelos operadores do CODU



ALGORITMO SBV

INDICADOR DE QUALIDADE

ESTRUTURA DO DOCUMENTO

DIRTAR POR AJUDA

RECONHECER A VÍTIMA

SBV: OUVIR E SENTIR (SBV)

INSUFILAÇÕES

RECONHECER SINAIS DE VIDA

SBV E O2/O2

LIGAR 112

15 COMPRESSIONES

INSUFILAÇÕES

REALIZAR 15 COMPRESSÕES TORÁICAS Lactentes

- Linha intermamilar
- Comprimir a metade inferior do esterno (1 dedo acima do apêndice xifóide), com os 2 polegares, pelo menos 1/3 da profundidade do tórax do lactente (cerca de 4cm).

Técnica do abraço
2 resuscitadores

Técnica de 2 dedos
1 resuscitador



ALGORITMO SBV

INDICADOR DE QUALIDADE

ESTRUTURA DO DOCUMENTO

DIRTAR POR AJUDA

RECONHECER A VÍTIMA

SBV: OUVIR E SENTIR (SBV)

INSUFILAÇÕES

RECONHECER SINAIS DE VIDA

SBV E O2/O2

LIGAR 112

15 COMPRESSIONES

INSUFILAÇÕES

REALIZAR 15 COMPRESSÕES TORÁICAS

Crianças pequenas

Crianças maiores

Coloque a base de uma mão na metade inferior do esterno. Levante os dedos de forma a que só a base da mão faça pressão, para não comprimir as costelas. Posicione-se verticalmente acima do tórax da vítima o braço esticado, e de forma que o ombro fique perpendicular ao ponto de apoio da mão. pressione o tórax cerca de um terço da sua altura (5 cm na criança), usando o peso do seu corpo. Nas crianças maiores use-se os dois braços e entrelaça-se os dedos.



MANTER SBV

Mantém as mandras de SBV [15 compressões alternando com 2 insuflações] até:

- Chagar ajuda diferenciada
- Ficar exausto
- A criança retomar sinais de vida

DESFIBRILHADOR AUTOMÁTICO EXTERNO



Não recomendado a lactentes!

Crianças (se pós de adulto) – colocar no tórax e dorso

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



EM QUE CONDIÇÕES A VÍTIMA SE ENCONTRA:

- Inconsciente
- Respirar
- Sem suspeita de trauma

OBJETIVO:

- Prevenir a obstrução da via aérea
- Reduzir o risco de aspiração de vômito ou secreções

Obstrução da via aérea (OVA)

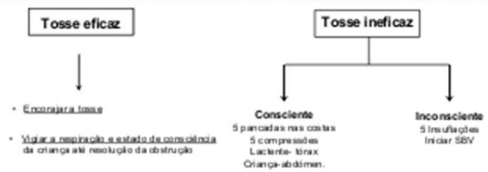
➤ Nas crianças é uma situação frequente.

➤ A maioria das situações de OVA nas crianças ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões.

➤ Muitas vezes são situações presenciadas, pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a vítima consciente.



Obstrução da via aérea



EM LACTENTES

5 Pancadas interescapulares

- ✓ Segure o lactente em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço e/ou na coxa se estiver sentado.
- ✓ Para apoiar a cabeça deve colocar o polegar num dos ângulos da mandíbula, e um ou dois dedos no mesmo ponto no outro lado da mandíbula.
- ✓ Aplique até 5 pancadas, secas, nas costas, entre as omoplatas, com a base da mão, usando uma força adequada ao tamanho da criança, até que o corpo estranho seja removido.



Se não conseguiu deslocar o objeto e remover o corpo estranho (manualmente apenas se visível) e o lactente continua consciente:

5 Compressões torácicas

- ✓ Segure a cabeça do lactente na região occipital com a mão que estava livre e rode-o em bloco, para que esta fique em decúbito dorsal sobre o antebraço.
- ✓ Mantenha a cabeça a um nível inferior ao do resto do corpo.
- ✓ Faça compressões torácicas secas e a um ritmo lento. (deve colocar a ponta do dedo da outra mão sobre a metade inferior do esterno do lactente e comprimir o tórax na vertical, de forma a causar uma depressão de cerca de 4 cm)
- ✓ Faça até 5 compressões, se necessário, para tentar desobstruir a via aérea.



EM CRIANÇAS

Pancadas interescapulares

Se a criança for pequena, deve ser colocada ao colo do resuscitador, como no lactente. Se isso não for possível, deve apoiar-se a criança numa posição inclinada para a frente e aplicar até 5 pancadas interescapulares.



Compressões abdominais – Manobra de Heimlich

- ✓ O resuscitador coloca-se de pé ou ajoelhado atrás da criança e passa os seus braços por baixo dos braços da criança, envolvendo o tronco pela frente.
- ✓ Faça um punho e coloque o outro antebraço apoiado no punho.
- ✓ Apoiada nos punhos com a outra mão, o resuscitador puxa de forma seca para trás e para cima, aplicando até 5 compressões abdominais.
- ✓ Repita a sequência de 5 pancadas interescapulares / 5 compressões torácicas ou abdominais até a obstrução ser removida.



Se a criança ficar inconsciente, iniciar manobras de reanimação e ligar para o 112

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Bibliografia:

- European Resuscitation Council. 2015. Recommendations 2015 for the Resuscitation of European Resuscitation Council
- Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INDI - versão 3.0 - 1ª Edição

Apêndice II

Questionário de avaliação com grelha de correção

QUESTIONÁRIO

Formação em Serviço UCC

Questionário de avaliação de conhecimentos

Identificação da ação: Suporte Básico Vida Pediátrico

Designação: SBV Pediátrico

Data: 22/10/2018

Antes da ação

Depois da ação

Instruções de preenchimento

- Para cada uma das questões colocadas assinale com um X o local respetivo, sendo que “V”, considera a questão verdadeira, “F”, considera a questão falsa;
- Caso não saiba o que responder numa determinada questão, coloque um X na opção “NS” /”NR”, não sei/não responde.

	V	F	NS/NR
1.O Reconhecimento precoce da gravidade da situação, aumenta a probabilidade de sobrevivência da vítima.	X		
2.Posso reanimar uma vítima no meio da estrada.		X	
3.A seguir ao Ver Ouvir e Sentir, se vítima não respira, devemos iniciar compressões.		X	
4.Num bebé de 4 meses a técnica de insuflação mais adequada é boca a boca-nariz.	X		
5.Numa criança de 5 anos para permeabilizar a via aérea, a cabeça deve estar em posição neutra.		X	
6.A avaliação da respiração na criança deve ser feita pelo menos em 20seg.		X	
7.Numa criança de 8anos devemos realizar compressões torácicas com 2 dedos.		X	
8.SbV deve manter-se até chegar ajuda diferenciada.	X		
9.O DAE não é recomendado a lactentes.	X		
10.Num bebé de 6 meses para desobstruir a via aérea devemos alternar pancadas interescapulares com compressões abdominais.		X	

11. Numa criança com obstrução da via aérea, com tosse eficaz, devemos impedir a tosse.		X	
---	--	---	--

Instruções de preenchimento (Por favor preencher só no fim da sessão)

- Indique com um X no quadrado que mais se adequa à tua resposta, segundo a legenda: (1). Nada adequada; (2). Pouco adequada; (3). Adequada; (4). Bastante adequada; (5). Muito adequada.

A duração da sessão foi:					
A profundidade dos conteúdos foi:					
A clareza da apresentação da ação de educação para a saúde foi:					
Os conteúdos abordados na Ação de educação para a saúde foram:					
A informação transmitida foi:					
No global acha que esta ação de educação para a saúde foi:					

Nome

(opcional):

Apêndice III
Resultados da análise de respostas à avaliação da formação –
análise de resultados

Na sessão estiveram presentes 4 formandas, no entanto, aquando do questionário inicial e final existiam apenas 3 formandas, uma das formandas chegou após a distribuição do questionário inicial e abandonou a sessão enquanto a mesma decorria, pelo que não respondeu a nenhum dos questionários.

Questionário antes da Ação						
	certo	errado	Ns/Nr	%certo	%errado	%Ns/Nr
1	3			100	0	
2	1	2		33,3	66,6	
3	2	1		66,6	33,3	
4	2		1	66,6		33,3
5	2		1	66,6		33,3
6		2	1		66,6	33,3
7	3			100		
8	3			100		
9		1	2		33,3	66,6
10	1	2		33,3	66,6	
11	2		1	66,6		33,3

Questionário depois da Ação						
	certo	errado	Ns/Nr	%certo	%errado	incremento
1	3			100		0
2	2	1		66,6	33,3	33,3
3	3			100		33,3
4	3			100		33,3
5	3			100		33,3
6	3			100		100
7	3			100		0
8	3			100		0
9	2	1		66,6	33,3	66,6
10	2	1		66,6	33,3	33,3
11	3			100		33,3
						m-33,3%

Em grande parte do questionário final conseguiu atingir-se os 100% de respostas corretas, à exceção das perguntas número 2,9 e 10 que atingiu os 66,6%.

Em todas as questões verificou-se um aumento da percentagem de respostas corretas. Em termos globais, entre o questionário inicial e o questionário final existiu um incremento de 33,3% de respostas corretas e, na questão número 9, esse aumento chegou mesmo aos 66,6%. Após observação dos resultados, posso inferir com segurança que houve um nítido aumento no número de respostas corretas após a formação.

Assim sendo posso concluir, que a sessão cumpriu com os objetivos a que se propunha, tendo contribuído para a literacia das formandas nos temas abordados.

Após análise dos resultados todos os formandos classificaram a formação e a formadora maioritariamente com muito adequada.

Anexo I

Inquérito sobre adolescência e sexualidade

Inquérito sobre adolescência e sexualidade

Escola: _____

Idade: _____ anos

Turma: _____

Sexo: Feminino Masculino

Assinala uma opção para cada uma das seguintes afirmações relativas às transformações que ocorrem na adolescência:

	Rapazes	Raparigas	Ambos os sexos	Não acontece nos adolescentes	Não sei
4.1. Há aparecimento de pelo debaixo dos braços.					
4.2. Há aparecimento de pelo nos genitais.					
4.3. A voz torna-se mais grossa.					
4.4. Surge borbulhas.					
4.5. Há aumento do tamanho das mamas.					

Assinala uma opção para cada uma das seguintes afirmações sobre adolescência:

	Verdadeiro	Falso	Não sei
5.1. A puberdade consiste nas mudanças físicas de maturidade sexual.			
5.2. Nas raparigas aparece a primeira menstruação (menarca).			
5.3. Os adolescentes desenvolvem-se todos ao mesmo ritmo.			
5.4. Nos rapazes acontece a primeira ejaculação (espermarca).			
5.5. É normal que os períodos sejam irregulares nos primeiros 2 anos após a primeira menstruação.			

Assinala por favor uma opção para cada uma das seguintes afirmações:

	Verdadeiro	Falso	Não sei
6.1. A sexualidade diz respeito apenas às relações sexuais.			
6.2. A sexualidade inicia-se apenas na adolescência.			
6.3. Se um(a) adolescente não quiser ter relações sexuais com o seu (sua) namorado(a) é porque não gosta dele(a).			
6.4. Uma bofetada ou um insulto de um namorado(a) é violência.			
6.5. Se todos os amigos de um adolescente já tiveram relações sexuais então significa que esse adolescente já está preparado para ter relações também.			
6.6. Não existe idade certa para iniciar a atividade sexual.			
6.7. As raparigas também se masturbam.			
6.8. A masturbação provoca borbulhas.			
6.9. A orientação sexual vai sendo formada ao longo da adolescência.			
6.10. A homossexualidade não é uma doença.			
6.11. Num relação, se eu disser 'não' ao outro, ele vai deixar de gostar de mim.			
6.12. Tenho o direito de tratar mal as pessoas com quem não simpatizo.			

Assinala uma opção para cada uma das seguintes afirmações:

	Verdadeiro	Falso	Não sei
7.1. A pilula previne as doenças sexualmente transmissíveis			
7.2. Se não houver ejaculação não há risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis.			
7.3. Apenas os homossexuais, as prostitutas e os toxicodependentes podem ser infetados pelo vírus do HIV/SIDA.			
7.4. O preservativo é o único método que evita as doenças sexualmente transmissíveis			
7.5. A infeção por HIV/SIDA não se transmite através de abraços e convivência social			
7.6. Só são infetadas por doenças sexualmente transmissíveis as pessoas que têm muitos parceiros sexuais			
7.7. O vírus VIH/SIDA transmite-se através de partilha de objetos cortantes com sangue como lâminas de barbear, agulhas de tatuagens, escovas de dentes...			
7.8. O preservativo deve ser colocado antes do contacto dos dois sexos.			
7.9. São só as raparigas que se devem preocupar com a utilização de métodos contraceptivos.			

Bom trabalho!

