



# 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.

Sofia dos Reis Amorim Ferreira

Porto, 2017



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **PRACTICUM REPORT**

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

Por Sofia dos Reis Amorim Ferreira  
Sob a orientação da Doutora Isabel Quelhas

Porto, 2017

### Resumo

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Tem como finalidade explicar o meu percurso ao longo dos diferentes contextos assistenciais evidenciando as competências adquiridas na área de especialização. O estágio incorporou dois módulos: O Módulo I – Saúde Infantil; e Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica e Neonatologia com um total de 500 horas, das quais 360 horas em contexto de prática e as restantes 140 horas de trabalho individual. Por ter os critérios necessários à creditação em contexto de assistência à criança e família com doença aguda e crónica, não realizei o contexto relativo ao módulo II – Serviço de Medicina/Cirurgia, que está refletida neste documento. Tendo em conta as competências propostas pelo plano de estudos, defini objetivos específicos para os diferentes módulos de estágio que foram concretizados através de atividades, que por sua vez se organizam de acordo com os quatro domínios de atuação do enfermeiro: Prestação de cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. As habilidades e competências, dos diferentes domínios, adquiridas na área da Enfermagem de saúde infantil e pediátrica ficaram demonstradas na assistência a recém-nascidos, criança, jovem e família, ao longo do estágio. A metodologia utilizada no documento é descritiva e crítico-reflexiva suportada por pesquisa bibliográfica.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Saúde Infantil e Pediátrica, Competências.



**Abstract**

This internship project arises in the sphere of the Curricular Unit of the Master's Degree of Nursing in Infantile and Paediatric Health, from the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University – Oporto. Its main focus is to expound my experience in different care contexts, emphasizing acquired skills in the speciality area. The internship embodied two modules: Module I – Infantile Health; and Module III – Paediatric and Neonatology Emergency Service, totalling 500 hours, of which 360 were in a practice context and the remaining 140 as individual work. Module II – Medicine / Surgery Service was not realised in a practice context as I already possessed the necessary criteria for the crediting of Child / Family with chronic and acute illness Health Care, although it is reflected in this document. Bearing in mind the skills proposed in the studies plan, I defined specific objectives for the different internship modules which were carried out through activities, which, in turn, were organised in unison with the four professional performance domains of any nurse: Care Provider, Care Management, Training and Investigation. The skills and competences of the different domains acquired in the area of Nursing in Infantile and Paediatric Health were demonstrated through care given to new-borns, children, adolescents and family, throughout the internship. The recurred methodology is descriptive and critical-reflexive, based upon bibliographical research.

**Key-words:** Nursing, Infantile and Paediatric Health, Skills.



**Siglas**

ARS: Administração Regional de Saúde

CHPVVC: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSIJ: Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

CSP: Cuidados de Saúde Primários

DGS: Direção Geral de Saúde

EB: Escola Básica

EESIP: Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediátrica

GIAA: Gabinete de Informação e Apoio aos Alunos de Crianças e Jovens

INE: Instituto Nacional de Estatística

MESIP: Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR: Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

NHCAJR: Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNV: Plano Nacional de Vacinação

PNSIJ: Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PRESSE: Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN: Recém-Nascido

SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS: Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SIP: Saúde Infantil Pediátrica

UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP: Universidade Católica Portuguesa

UCC VC: Unidade de Cuidados na Comunidade Vila do Conde

URAP: Unidade Recursos Assistenciais Partilhados

USF: Unidade de Saúde Familiar

USP: Unidade Saúde Pública

“Os que desprezam os pequenos acontecimentos  
nunca farão grandes descobertas.  
Pequenos momentos mudam grandes rotas”

Augusto Cury



## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Isabel Quelhas, pela colaboração, disponibilidade e suporte ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros tutores, pelo acompanhamento, empenho, partilha de conhecimentos e experiências e às restantes equipas pelo acolhimento.

À minha mãe, por todo o seu esforço desde sempre. Pelo apoio, ajuda, carinho e pelas palavras de força.

Ao Rui, que sempre me têm apoiado, dando-me força e incentivo para que conseguisse concluir esta etapa. Pelo companheirismo, pelo apoio incondicional, pela paciência e compreensão.

Às minhas amigas e colegas de trabalho, que desde sempre estiveram presentes, pelo incentivo e ajuda que me deram ao longo deste processo.

As colegas com que tive a sorte de me cruzar durante o curso de Mestrado.

O meu muito Obrigada!



---

**Índice**

|  |     |
|--|-----|
| <b>Nota Introdutória</b> .....   | 15  |
| <b>1. Contextualização do Estágio</b> .....  | 17  |
| 1.1    Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila do Conde .....  | 17  |
| 1.2    Unidade de Saúde Familiar Navegantes .....  | 18  |
| 1.3    Urgência Pediátrica- HSJ .....  | 18  |
| 1.4    Neonatologia ULSM- HPH .....  | 20  |
| <b>2. Competências previamente adquiridas em contexto de prática profissional</b> .....                | 21  |
| <b>3. Competências adquiridas em contexto de estágio</b> .....   | 31  |
| 3.1 - Domínio da Prestação de Cuidados:.....   | 32  |
| 3.2 - Domínio Gestão de Cuidados:.....   | 60  |
| 3.3 - Domínio da Formação: .....   | 64  |
| 3.4 - Domínio da Investigação: .....   | 67  |
| <b>Conclusão</b> .....   | 71  |
| <b>Bibliografia</b> .....  | 73  |
| APÊNDICE I – Plano de AES - “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida” .....                           | 81  |
| APÊNDICE II – Diapositivos da AES - “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida” .....                   | 87  |
| APÊNDICE III – Avaliação da AES - “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida” .....                     | 103 |
| APÊNDICE IV – Plano de AES - “O Meu Pequeno-Almoço Saudável” .....                                     | 109 |
| APÊNDICE V – Panfleto sobre - “O Meu Pequeno-Almoço Saudável” .....                                    | 115 |
| APÊNDICE VI – Excel sobre - “O Meu Pequeno-Almoço Saudável” – O que tomaram no dia da AES .....        | 119 |
| APÊNDICE VII – Avaliação da AES - “O Meu Pequeno-Almoço Saudável” .....                                | 123 |
| APÊNDICE VIII – Poster Amamentação .....   | 129 |
| APÊNDICE IX – Certificados de Formações.....   | 133 |
| APÊNDICE X – Plano de Sessão de Formação ao Grupo de Pares sobre Sistema de Retenção em Crianças ..... | 139 |
| APÊNDICE XI – Diapositivos de Formação ao Grupo de Pares sobre “SRC” .....                             | 145 |
| APÊNDICE XII – Avaliação ao Grupo de Pares sobre a Formação “SRC” .....                                | 153 |



**Nota Introdutória**

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Com este documento pretendo demonstrar o meu percurso, as experiências vivenciadas, os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas ao longo dos módulos estágio para a aquisição das competências inerentes à especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem como objetivo dar resposta a questões complexas nas distintas áreas de atuação, possui competências para antecipar e dar resposta a situações de urgência avaliando a família as suas necessidades, ajudando-a na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (O.E., 2010). Como tal, desenvolvi as competências especializadas previstas no plano de estudos do curso, empreguei os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos para dar resposta às necessidades do RN/criança/jovem e família promovendo cuidados de enfermagem de qualidade e especializados contribuindo assim para um enriquecimento pessoal e profissional.

O estágio é uma estratégia do plano de estudos para a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e cimentação de novos saberes. Visa a consolidação e aprofundamento de conhecimentos, proporcionando uma panóplia de experiências. Este foi constituído por dois módulos, com uma duração total de 500 horas, das quais 360 horas foram em contexto de prática clínica e as restantes 140 horas de trabalho individual.

Relativamente ao módulo I – Saúde Infantil, este decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila do Conde (UCC) e na Unidade de Saúde Familiar dos Navegantes (USF), de 12 de Setembro a 5 de Novembro de 2016, perfazendo um total de 250 horas, 180 horas de contacto distribuídas pelos dois contextos e 70 horas de trabalho individual. O módulo III - Serviço de Urgência Pediátrica e Neonatologia, decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar S. João e na Neonatologia da ULSM - Hospital Pedro Hispano, de 02 de Maio a 28 de Maio de 2016

e de 30 de Maio a 25 de Junho de 2016 respetivamente, perfazendo um total de 180 horas, 90 horas de contacto e 35 horas de trabalho individual em cada contexto.

No que concerne ao módulo II, foi-me concedida creditação pelo fato de ter experiência profissional a nível dos cuidados de Medicina/Cirurgia Pediátricos.

Este relatório apresenta como objetivos:

- Identificar os objetivos e atividades desenvolvidas no percurso de estágio;
- Refletir criticamente sobre o processo de aprendizagem para alcançar as competências do plano de estudos;
- Constituir instrumento de avaliação.

Para a elaboração deste documento utilizei a metodologia descritiva e crítico-reflexivo suportada por pesquisa bibliográfica.

Para uma melhor sistematização e organização do trabalho, optei por dividi-lo em dois capítulos. No capítulo I, é apresentada uma breve contextualização dos estágios, onde são caracterizados os locais de estágios e está patente o motivo da minha preferência. O capítulo II encontra-se dividido em dois subcapítulos. No primeiro abordo e exponho as competências previamente adquiridas provenientes da minha prática profissional nos diferentes domínios de atuação (prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação) e que permitiram a obtenção da creditação ao módulo II do estágio. No segundo apresento o desenvolvimento de competências visando a concretização dos objetivos anteriormente estipulados, permitindo expor as atividades realizadas e efetuar uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso de aprendizagem em contexto clínico. Finalizo com a nota final, onde é realizado uma síntese dos principais aspetos do trabalho, a aprendizagem adquirida evidenciando os principais desafios, dificuldades e os fatores que influenciaram positiva e negativamente o meu desempenho e conclusões.

## **1. Contextualização do Estágio**

O estágio de Saúde Infantil e Pediatria integrou dois módulos, com o objetivo de desenvolver as competências delineadas pelo plano de estudo nos diferentes contextos assistenciais ao RN/criança/jovem e família. Neste capítulo, para uma melhor percepção das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, procederei a uma breve caracterização dos mesmos. A escolha destes locais deveu-se: aos contextos pertencerem à área de influência do meu contexto de trabalho, ao vasto leque de experiências que me poderiam proporcionar, pelos projetos em vigor e pela equipa diferenciada das unidades.

O módulo I desenvolveu-se no ACES do grande Porto IV - PV/VC nomeadamente na USF Navegantes e UCC Vila do Conde. Engloba os centros de saúde de Vila do Conde e Póvoa de Varzim. É constituído por 14 unidades de saúde familiar, duas unidades de cuidados na comunidade, duas unidades de recurso assistencial partilhado, uma unidade de saúde pública e um centro de diagnóstico pneumológico.

### **1.1 Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila do Conde**

A UCC é constituída por uma enfermeira coordenadora, dez enfermeiros especialista, dois de saúde infantil e pediátrica, dois de saúde materna e obstétrica, uma de saúde comunitária, quatro de reabilitação e uma de saúde mental que integram a equipa de ECCI, uma assistente técnica, duas assistentes operacionais e médicos, nutricionistas, assistentes sociais que sendo de outras unidades colaboram com horas predefinidas nos projetos da UCC.

A UCCVC apresenta projetos que visam a promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade. Os projetos são:

- Inclusão escolar;
- A saúde individual e coletiva;
- Prevenir e intervir, os amigos dos doentes, rumo ao saber comer;
- Nós e a sexualidade;

- Ergonomia em meio escolar;
- Parentalidade / pré parto, promoção da amamentação;
- Mimos;
- Intervenção precoce;
- Os condezinhas;
- Massagem nas escolas.

Para além disso, a UCC tem o compromisso de garantir a todos os residentes do concelho a acessibilidade dos serviços, garantir os cuidados necessários no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação, tratamento e cuidados paliativos, cooperar e articular com os parceiros comunitários e proporcionar atendimento personalizado e de qualidade que espelhe a satisfação do utente / profissional.

### **1.2 Unidade de Saúde Familiar Navegantes**

A USF Navegantes é uma unidade de saúde de prestação de cuidados individuais e familiares, que pretende garantir a acessibilidade, a qualidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde dando resposta à população e cumprindo o Plano nacional de saúde. É constituída por seis médicos, seis enfermeiros, dos quais, um com especialidade de saúde infantil e pediátrica e outro com especialidade de saúde mental, quatro técnicos administrativos e duas assistentes operacionais com autonomia organizativa, técnica e funcional.

As consultas de enfermagem planeadas organizam-se por consultas de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, domiciliar e geral e decorrem no período das oito horas às vinte horas em dias uteis.

### **1.3 Urgência Pediátrica- HSJ**

A Urgência Pediátrica do Porto está centralizada no CHSJ e tem como objetivo tratar com qualidade e eficiência todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos de

idade, com doença aguda que ocorrem ao SUP. Tem como apoio de especialidades médicas: neurocirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia, neurologia, ortopedia, ginecologia, imunoterapia, imagiologia e cirurgia.

O SUP está organizado nas seguintes áreas: área de admissão, sala de espera exterior, área de triagem, com duas salas, área de emergência e reanimação pediátrica, duas salas de espera para o doente e respetivo acompanhante, área de trabalho da equipa de enfermagem para efetuar procedimentos, área de tratamentos de aerossolterapia, sala de obs. com ocupação de dez camas, um gabinete do chefe de equipa, seis gabinetes pediátricos, um de pequena cirurgia, um polivalente e o gabinete 1 e 9 funciona como área laranja. Para além destas áreas funcionais, existe um posto da PSP.

O circuito da criança/adolescente e família:

- Após a entrada no SUP, e após os procedimentos administrativos, deve aguardar chamada da triagem;
- Após a triagem deve aguardar na sala de espera para ser observada pelo pediatra ou poderá ser necessário a realização de tratamentos ou exames complementares de diagnóstico em outras áreas do SUP ou do Hospital;
- Após a alta e antes de abandonar o SUP o doente deve dirigir-se ao posto administrativo e ali validar todos os documentos que lhe foram entregues (receitas, credenciais, marcações de consulta, etc.). Se for internado o doente e o acompanhante serão conduzidos ao Serviço de Internamento do CHSJ ou transferido para outro Hospital.

A equipa é constituída por uma enfermeira chefe e quarenta e dois enfermeiros, distribuídos por seis equipas, sendo que cada turno é composto por sete elementos com horários rotativos e distribuídos pelos diversos setores do S.U: sala de triagem, obs., sala de emergência, pequena cirurgia e sala de tratamentos e orientados por uma chefe de equipa que circula nos diversos sectores dando apoio mediante as necessidades do serviço.

#### **1.4 Neonatologia ULSM- HPH**

O Serviço de Neonatologia pertence à ULSM – HPH e presta cuidados aos RN, que necessitam de cuidados mais especializados. A idade alvo é até aos 28 dias de idade podendo ser alargada a idade, dependendo da patologia do RN. Esta unidade tem como objetivo satisfazer as necessidades de toda a população pertencente à ULSM.

A unidade pertence ao departamento da mulher, da criança e do jovem e localiza-se no 3º piso. Está organizada por unidade de cuidados e áreas de apoio. A UC é composta por quatro unidades de cuidados intensivos (1,2,8 e 9) e por 4 unidades de cuidados intermédios (3,4,5 e 7), totalizando uma ocupação de 8 vagas efetivas. As áreas de apoio são constituídas por uma área de admissão, uma sala de espera para os pais, uma sala de reuniões, gabinete médico e de enfermagem, copa de leites, copa de funcionários, uma área de arrecadação de materiais, aprovisionamento e desinfeção, uma sala de apoio à área de trabalho, uma sala de preparação de medicação, uma área polivalente, e o cantinho da amamentação.

A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira chefe e dezoito elementos, sendo que um deles é o enfermeiro de referência, que é o elo de ligação com as ULS. Os enfermeiros estão organizados por seis equipas e são distribuídos três elementos por cada turno respetivamente com horários rotativos.

## **2. Competências previamente adquiridas em contexto de prática profissional**

A minha experiência em saúde infantil e pediátrica teve início a 23 de Junho de 2008, data onde iniciei o meu percurso profissional no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, EPE, no serviço de Pediatria e Neonatologia. O serviço de Pediatria encontra-se dividido em três salas com uma lotação de dez camas, sendo distribuídas três camas para lactentes, quatro camas para crianças e três camas para pré-adolescentes e adolescente. Abarca várias valências: pediatria médica, cirurgia, ortopedia, pedopsiquiatria, traumatologia e ginecologia e destina-se a lactentes/crianças/adolescentes e jovens com idades compreendidas entre os 29 dias e os 17 anos e 364 dias.

Os anos de experiência profissional na área pediátrica, isto é, na assistência de crianças/jovens com doenças do foro cirúrgico e médico e em contexto clínico agudo e/ou crónico, proporcionou o desenvolvimento de algumas competências que me concederam a creditação ao módulo II. Como tal, irei descrever as atividades por mim realizadas em contexto profissional nos quatro domínios de atuação: Prestação de cuidados, Gestão de cuidados, Formação e Investigação refletindo sobre os conhecimentos e habilidades anteriormente adquiridos.

---

### ***Domínio da prestação de cuidados***

---

- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*
- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*
- *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EESIP;*
- *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;*

Na minha atividade como enfermeira do serviço de Pediatria a minha atuação incide primordialmente na prestação direta de cuidados a lactentes/ crianças /jovens e respetivas famílias.

A equipa multidisciplinar com quem me coaduno é composta por enfermeiros (especialista na área de saúde infantil e reabilitação e enfermeiros generalistas), pediatras, assistentes operacionais, ortopedistas, cirurgiões, pedopsiquiatra, administrativa, assistente social, psicóloga entre outros. O método de trabalho que apoia os cuidados é o trabalho em equipa, onde há um espírito de colaboração e interajuda. No que se refere à organização e planeamento dos cuidados, identifico os focos problema, planeio as intervenções e respetiva implementação para posteriormente avaliar os resultados e ganhos para a saúde. Este plano de ação é baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e posteriormente registado em suporte informático através do aplicativo SClínic.

Do Serviço de Urgência Pediátrica e consulta externa de Pediatria provêm os lactentes/ crianças/jovens que ficam internados no serviço de Pediatria. Após tomar conhecimento de um internamento, dá-se início à admissão. Determino onde alojar a lactentes/crianças/jovens e sua família, de acordo com a idade, diagnóstico, capacitando a unidade com os equipamentos necessários. À chegada do lactente/crianças/jovens e família apresento-me, realizo o exame físico, a avaliação inicial, uma anamnese da criança admitida de modo a identificar focos de enfermagem alterados com o intuito de prevenir complicações, a colocação da pulseira eletrónica, a apresentação do espaço físico, as normas do serviço e posteriormente alojo o lactentes/crianças/jovens e famílias na sua unidade apresentando as crianças já internadas. Após o primeiro impacto, onde pais se encontram numa condição de crise, num período de desequilíbrio físico e psicológico o que, vai diminuir temporariamente a sua capacidade habitual de enfrentar os problemas. Aos olhos da criança o papel protetor dos pais desaparece pelo que, é imprescindível a disponibilidade por parte dos enfermeiros em apoiar, ouvir, orientar esta díade (pais/criança), de modo a que se reorganize no novo contexto e situação que vão vivenciar.

A hospitalização para os pais é acompanhada por sentimentos de medo de perda das crianças, impotência, falhanço ou culpa. Em contexto de família, significa separação da criança em relação ao ambiente familiar físico e afetivo, no que concerne à organização do quotidiano dá-se uma quebra no mesmo devido às deslocações, alterações de rotinas, faltas ao trabalho e despesas. Para as crianças, é de difícil aceitação devido às restrições que por si só esta exige (dieta, ambientes desconhecidos, procedimentos invasivos, sujeição a máquinas), pela interrupção das atividades habituais e afastamento do ambiente familiar, podendo este evento provocar alterações no crescimento e desenvolvimento da criança. “ *O seu ritmo de vida e crescimento, ao serem interrompidos, podem deixar marcas profundas no desenvolvimento*” (Lima, 1994, citado por Jorge, A. M. 2004).

No processo de hospitalização dos Lactentes/crianças e jovens, dos 29 dias até aos 17 anos e 364 dias que assisto é frequente apresentarem fatores de stress como angústia da separação, sentimento de perda de controlo e medo da lesão corporal e dor. Para tal, e de forma a reduzir esses fatores de stress, fomento sempre a presença dos pais, utilizo um tom de voz tranquilo quando me dirijo às crianças adequando a cada etapa do desenvolvimento, promovo o toque e contacto visual. Para atuar na perda de controlo, utilizo estratégias que promovam a liberdade de movimentos, a manutenção das suas rotinas e encorajo a sua independência. Por fim, e na tentativa de diminuir a lesão corporal e dor, num momento de cirurgia ou procedimento preparo previamente a criança/jovens dando explicações simples e adequadas ao desenvolvimento, permito ainda que a criança manipule os materiais a utilizar (adesivos, seringas, aparelhos) para reduzir o impacto da gerado pela sua utilização.

Como objetivo de desmistificar a hospitalização, desde há treze anos que o serviço dá continuidade ao projeto “**Dia da Pediatria**”, Este é dinamizado no mês de Junho, onde se realizam atividades dedicadas às crianças permitindo um intercâmbio entre o CHPVVC e a comunidade. Assim, junto da comunidade mais pequena, é dado a conhecer o que se faz no serviço de pediatria, familiarizando-a com os procedimentos, materiais e rotinas, tornando este acontecimento o menos doloroso possível na eventualidade de terem que vir a contactar com o serviço. As atividades realizadas

passam por idas às escolas, instituições com crianças como um momento lúdico e de ações de educação para saúde.

Na assistência ao lactente/criança/jovem e família em situações imprevistas, é vital identificar e antecipar as necessidades de intervenção. Num caso de emergência é importante atuar de forma ágil mas sobretudo estar atento e alerta para os sinais de agravamento, alterações fisiológicas e de comportamento. Em situações de assistência ao lactente/criança/jovem e família com doença crónica, a ajuda e apoio aos pais para ultrapassar as suas limitações e dificuldades, fomenta momentos de partilha de dúvidas, angústias, receios e momentos prazerosos. Durante o internamento da criança/jovem com doença crónica constato que os pais permanecem 24 horas acompanhando os seus filhos, tendo dificuldade em transferir algumas das suas responsabilidades/ações para os enfermeiros. Perante isto, muitas vezes o enfermeiro atua como elemento passivo (colaborando) e não como elemento ativo (executando) fomentando a parceria de cuidados e valorizando o papel dos pais /família.

As famílias destruturadas da sociedade moderna são outra situação complexa, com que nos deparamos cada vez mais. Nesta realidade o enfermeiro especialista atua de modo a gerir o bem-estar da criança, a minimizar os efeitos negativos da destruturação no desenvolvimento psicomotor e emocional.

Durante o período de internamento, torna-se fundamental a presença dos pais. Em primeiro lugar, esta presença diminui os efeitos causados pela hospitalização, proporcionando à criança a continuidade de cuidados e afetividade. Em segundo, evita que a criança sofra o efeito nefasto da separação, proporcionando segurança e atenuando a quebra com o quotidiano. Por fim, permite aos pais restabelecer a sua autoconfiança em relação à capacidade de cuidar do filho, diminuindo a sua ansiedade visto que acompanham a evolução da situação. No que se refere à equipa, a presença dos pais também traz vantagens, permitindo assim a inter-relação entre equipa/pais/criança e intercâmbio de informação, o enriquecimento pessoal e profissional através do estabelecimento de relação com os familiares e facilita o planeamento dos cuidados podendo a mãe/pai ajudar (Jorge, 2004).

Na execução dos cuidados a prestar às crianças/jovens fomento a participação dos pais, visto que a enfermagem pediátrica se baseia numa parceria negociada com a criança e família, tendo sempre por base o respeito pela perícia da mesma, os desejos, as necessidades e a história familiar.” *A assistência prestada à criança pelos pais é, a mais perfeita, a melhor, a mais satisfatória e a que lhe fornece mais segurança*” (Schmitz,1989 cit. por Jorge, A. M. 2004). Os pais participarem nos cuidados torna-se vital, para o enfermeiro é importante que assim seja, pois permite fornecer apoio aos membros da família e planear/preparar antecipadamente para o momento da alta, dando cumprimento à continuidade dos cuidados. “ *O enfermeiro deve fornecer apoio profissional à Criança/família através do envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das Famílias e pela negociação*” (Apolinário, 2012).

No decorrer da minha atividade profissional proporciono a continuidade dos mesmos através da articulação com outros serviços, tais como: instituições da comunidade; unidades de saúde familiar; outros hospitais e instituições de acolhimento. Em situações mais complexas de famílias com dificuldades no exercício das competências parentais, famílias disfuncionais, famílias com perturbações psiquiátricas, famílias com escassos recursos económicos, mães adolescentes e abandono do RN aciono a parte social, articulando com assistente social, NACJR e CPCJ.

A comunicação é fundamental em Enfermagem, esta pode ser consciente ou inconsciente e é através dos comportamentos verbais ou não verbais que se processa a transmissão da mensagem. Em Pediatria a comunicação é essencial, sendo uma aptidão essencial na abordagem e avaliação do lactente/criança/jovem e família. Para o seu sucesso é necessário utilizar técnicas de comunicação adaptadas a cada situação, idade, estádio de desenvolvimento, de acordo com o nível sociocultural, devendo ser clara e oportuna.

Neste sentido, a comunicação não-verbal revelou-se ser útil na abordagem dos lactentes, pois como são incapazes de usar as palavras, primariamente usam e entendem a comunicação não-verbal. Os lactentes sorriem quando satisfeitos e choram quando não o estão, reagem a atitudes não-verbais dos adultos, assustam-se

com sons ásperos, altos e movimentos repentinos, sendo os estranhos uma ameaça potencial. O uso do toque, de gestos, de expressões faciais, da brincadeira, de tom de voz calmo e suave foram técnicas de comunicação não-verbais eficazes, que permitiram uma proximidade para desenvolver uma relação terapêutica.

Nas etapas: primeira infância, crianças em idade escolar e adolescência, as crianças e jovens comunicam por meios de linguagem e vocalizações. Como tal e seguindo o mesmo princípio utilizado nos lactentes, em crianças que se encontram na etapa da primeira infância, concentro a comunicação na criança, informo-a do que pode fazer e como se irá sentir, preparo-a previamente para os procedimentos deixando-a manipular os materiais, utilizo uma linguagem compatível com o seu desenvolvimento, usando frases simples e curtas. Em idade escolar as crianças dependem menos do que veem e mais do que sabem quando enfrentam problemas, estas querem explicações e motivos para tudo, querendo saber para que é que o objeto existe, como funciona, para que é utilizado e qual a sua intenção, posto isto torna-se fundamental informar-lhe o que vai acontecer usando termos simples, o porquê de estar a ser feito a ela e implicá-la, deixando manipular tudo que se encontra dirigido a ela, como por exemplo: apertar o botão do aparelho das tensões, ser ela a colocar o adesivo, etc., ouvindo as suas dúvidas e deixando expressar os seus sentimentos. Por fim, com os adolescentes, visto serem um grupo completamente distinto dos restantes, tento construir uma relação com eles. É através das conversas de quebra-gelo que estabeleço a comunicação com os mesmos. A minha abordagem passa por primariamente me dirigir a eles, estimulando a expressão das suas ideias e sentimentos, respeitando sempre os seus pontos de vista, elogiando os pontos positivos, tolerando as diferenças e respeitando sempre a sua privacidade. Deste modo, desenvolvi competências no que respeita à comunicação e técnicas comunicacionais atendendo às necessidades do lactente/criança/jovem e família de acordo com o seu estádio de desenvolvimento.

---

#### ***Domínio da Gestão de cuidados***

---

- *Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;*

- *Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;*
- *Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;*

A experiência adquirida ao longo do meu percurso dotou-me de competências no âmbito da gestão, permitindo ter um papel essencial no domínio da gestão. Esse papel está relacionado com a possibilidade de por vezes ser responsável de turno.

No meu serviço, no que respeita à gestão de cuidados, no turno da manhã, as funções de gestão encontram-se centradas na Enfermeira Chefe. O plano de distribuição dos enfermeiros nos serviços nos três turnos, a averiguação das necessidades de reposição de material clínico e de fármacos entre outras atividades de gestão é de sua responsabilidade. Nos turnos da tarde e noite, é destacado um responsável de turno, sendo que o critério de seleção se baseia geralmente no mais graduado e em situações com o mesmo nível de formação, pelo critério de antiguidade, que tem como funções gerir as necessidades, os recursos humanos, materiais e situações complexas.

Na posição de responsável de turno efetuo gestão a nível dos recursos materiais, de medicação, resolução de situações burocráticas e gestão dos cuidados promovendo as capacidades individuais de cada elemento e as oportunidades de experiências e desenvolvimento. Para ter um melhor desempenho nesta função, tenho que estar desperta para a gestão que é desempenhada pelo meu líder munindo-me de estratégias a utilizar sem entrar em conflito com a dinâmica do serviço.

---

#### ***Domínio da formação***

---

- *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
- *Colaborar na integração de novos profissionais;*

A formação constante promove o desenvolvimento e a atualização dos conhecimentos pessoais e de toda uma equipa conduzindo à excelência do exercício profissional. Neste sentido, ao longo do meu percurso procuro de uma forma ativa ampliar os meus conhecimentos através da autoformação, participação nas diversas formações do serviço, nas formações promovidas pelo CHPVVC, EPE, assim como participar em eventos exteriores à instituição.

No âmbito da formação contínua, reportando-me aos três últimos anos posso salientar a minha frequência no Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico, a participação em conferências sobre a alimentação infantil, formação de massagem infantil em RN e crianças e formação de controlo de infeção.

Para além de promover o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional, tenho tido a oportunidade de realizar e colaborar na orientação de futuros profissionais pelo que a orientação dos alunos em contexto clínico acarreta uma importância vital, enquanto estratégia de desenvolvimento holístico do aluno, de construção e desenvolvimento de uma profissionalidade e na aquisição/desenvolvimento de competências. Abreu (2007, p.13) refere que a formação em contexto clínico “faculta o desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), integração de teoria e prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação de identidade profissional, através da sucessão de experiências socio clínicas e identificação de ‘modelos’ profissionais”. Também D'Espiney (2003, p. 171) afirma que “a formação em enfermagem teve desde sempre uma forte ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter essencialmente prático desta profissão”, posto isto é impossível desagregar a formação inicial dos enfermeiros do contexto de trabalho.

Contudo, a colaboração na integração de novos elementos na equipa também constitui uma prática frequente da minha atividade profissional. O enfermeiro enquanto orientador: adota um papel de formador; atua como um mentor/tutor eficaz; utiliza estratégias para ajudar o estudante na integração de conhecimentos teórico-prático; dota-os de conhecimentos de forma a inteirar-los progressivamente das suas funções, contribuindo para o seu contínuo crescimento como profissional

Durante esse processo, crio condições de trabalho favoráveis ao seu desenvolvimento, proporcionando um vasto e diversificado número de experiências em conjunto com os outros, integrando-os assim de modo progressivo, potenciando a sua autonomia e contribuindo para a aquisição de competências como futuro profissional, com vista a uma prestação de cuidados de qualidade. Segundo Abreu, 2007 os enfermeiros em integração profissional, adquirem os conhecimentos que lhe são transmitidos pelos pares mas também apreende, compreende e organiza o conhecimento através de um trabalho físico, intelectual ou através da experiência.

Os enfermeiros orientam, ensinam e supervisionam a prática, estimulando no aluno uma reflexão crítica, preparando-o para situações complexas e distintas.

---

### ***Domínio da Investigação***

---

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

A procura constante de conhecimento científico e a prática baseada na evidência tem auxiliado a minha atividade profissional, pelo que desde sempre realizei pesquisa bibliográfica de forma sistemática de modo a ampliar os meus conhecimentos, a desenvolver tomadas de decisão adequadas e conseqüentemente prestar melhores cuidados ao RN/criança/jovem e família.

A partilha de conhecimento proveniente da investigação com os profissionais, seja no momento de passagem de turno ou por meio de formações em serviço é um momento crucial para a partilha de saberes, de reflexão da prática e para crescimento pessoal.

O meu contributo na área da investigação passa pela participação e colaboração em trabalhos de investigação de outros colegas e na execução de procedimentos devidamente fundamentados, baseando a minha prática na evidência o que representem um maior benefício a nível de cuidados prestados para o lactente/criança/jovem e família.



### 3. Competências adquiridas em contexto de estágio

O plano de estudos do curso de MESIP apresenta cinco objetivos gerais a serem demonstrados, os quais me propôs a atingir. Sendo eles:

- Aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP);
- 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;
- Comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão na área de EESIP;
- Demonstrar competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida profissional, de um modo auto orientado ou autónomo.

Para além dos objetivos, o plano assenta num conjunto de vinte e nove competências que permitiram delinear o meu percurso para uma abordagem mais especializada, distinta e assertiva na área da SIP.

Contemplando a organização do plano de estudos optei por organizar este capítulo de acordo com os quatro domínios de atuação do EESIP: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação, e Investigação. De forma descritiva, em cada domínio, agrupo as competências correspondentes, os objetivos específicos, as respetivas atividades realizadas e uma análise crítico – reflexiva, refletindo deste modo o caminho realizado e o que este período de formação me facultou.

### 3.1 - Domínio da Prestação de Cuidados:

A prestação de cuidados assume um papel importante no desempenho das funções do enfermeiro. Assim as intervenções dos enfermeiros assentam em intervenções autónomas ou interdependentes. Segundo o REPE, as intervenções autónomas são *“ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade”*, as intervenções interdependentes são *“ações realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros técnicos decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.”*

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. *“Trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...); para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

---

#### ***Competências a desenvolver***

---

- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*
- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*

---

#### ***Objetivos Específicos***

---

- *Conhecer a estrutura física e funcional das diferentes unidades assistências.*
- *Conhecer e integrar a metodologia de trabalho nos diferentes contextos assistenciais.*

---

#### ***Atividades realizadas***

---

- *Identifiquei a dinâmica do serviço, os objetivos, recursos humanos e matérias nos diferentes contextos assistenciais;*

- *Consultei protocolos e normas existentes;*
- *Identifiquei a metodologia de trabalho;*
- *Observei a articulação entre os diferentes serviços com as restantes instituições da comunidade.*

---

### **Reflexão**

---

O acolhimento e integração nos diferentes contextos assistenciais iniciaram-se com uma visita guiada aos mesmos, pela Enfermeira tutora em alguns contextos e pela Enfermeira responsável do serviço noutros. Desta forma, pude conhecer a estrutura física, os recursos materiais, as normas vigentes, protocolos e os elementos da equipa multidisciplinar. O contacto com a estrutura e dinâmica dos serviços foi fundamental para a minha integração e adaptação aos diferentes contextos, influenciando positivamente o meu desempenho. Contactar com novas e diferentes dinâmicas de trabalho, é um fator enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Na UCC o método de trabalho está relacionado com o trabalho de uma equipa multidisciplinar com projetos atribuídos a cada área de atuação e a cada elemento da mesma equipa potenciando uma melhoria da saúde/doença da população. Na receção à UCC, fui esclarecida sobre os projetos que integram a unidade, sendo que todos eles se encontravam distribuídos pelas duas enfermeiras especialistas da área de SIP e pela enfermeira especialista de saúde comunitária, tendo por vezes a colaboração das enfermeiras especialistas em saúde materna, obstétrica e ginecológica em alguns projetos mais específicos e com finalidades comuns. Sempre que necessário há uma articulação da UCC com outros recursos da comunidade e vice-versa (NACJAR, CPCJ, CHPVVC, Estabelecimentos de Ensino, e USF).

Na USF, o método de trabalho baseia-se no método de enfermeiro de família, *“o enfermeiro cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde”* (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de Agosto). Neste sentido, o enfermeiro de família considera a família como unidade de receção de cuidados,

prestam cuidados nas diferentes fases da vida da família, desenvolvendo o processo de cuidados em colaboração com esta e com a participação dos seus membros. No mesmo contexto pude observar a preocupação dos gabinetes de saúde infantil e salas de espera estarem adequados à população infantil com brinquedos; livros didáticos; e decorações coloridas.

No serviço de Neonatologia a organização da prestação de cuidados rege-se pelo método individual, pelo que cada Enf<sup>a</sup> fica responsável por dois a três RN, de acordo com o diagnóstico e a especificidade de cuidados que exijam. Durante este período de estágio o meu método de trabalho para além de individual incidiu num planeamento de prioridades de cuidados e na identificação das necessidades de cada RN.

Por fim, no SUP o trabalho é realizado pelos enfermeiros apenas nas salas/áreas para o qual este está destacado em cada turno. Na sala polivalente onde se realizam os procedimentos, os enfermeiros destacados para esse local trabalham de acordo com as atividades que faltam executar e que o sistema informático vai alertando. Porém, quando os restantes membros da equipa estão mais libertos dos seus locais, estes vão dando apoio e resposta às necessidades do serviço. Contudo, no SU o trabalho em equipa é o que predomina, sendo que toda a equipa colabora entre si.

Para além disto, o relacionamento com os elementos da equipa também é fundamental para a qualidade dos cuidados, pelo que neste contexto, os enfermeiros encontram-se divididos por equipas e com horários comuns. Esta prática beneficia o estabelecimento da relação entre os membros e um conhecimento mais profundo da equipa, conhecendo as potencialidades da mesma, tornando-se assim uma mais-valia para os cuidados ao RN/criança/jovem e família. O enfermeiro presta cuidados e dá continuidade de cuidados e só o pode concretizar se os elementos da equipa multidisciplinar se conhecerem e se relacionarem no mínimo afetuosamente. O conhecer a dinâmica de trabalho também é imprescindível para um desempenho satisfatório, para além de poder obter mais-valia para a minha realidade.

Ao longo deste percurso observei uma preocupação de todas as equipas multidisciplinares em assegurar a continuidade dos cuidados. Como tal, a articulação entre os diferentes serviços da mesma instituição, com os serviços de outras instituições hospitalares e/ou com instituições da comunidade, como os cuidados de saúde primários, é primordial para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, promovendo uma transição mais segura quer para o domicílio, quer para instituições hospitalares ou da comunidade.

---

#### ***Competências a desenvolver***

---

- *Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;*
- *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;*
- *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e as suas responsabilidades sociais e éticas;*
- *Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica.*

---

#### ***Objetivos Específicos***

---

- *Desenvolver competências crítico-reflexivas no âmbito da prestação de cuidados do enfermeiro especialista ao RN/criança/jovem e família, nos diferentes contextos de assistência.*
- *Desenvolver competências na assistência ao RN/criança/jovem e família, segundo o método científico do processo de enfermagem.*
- *Desenvolver competências e habilidades nos sistemas de apoio informático, SINUS, SAPE e JONE.*

---

#### ***Atividades realizadas***

---

- *Refleti sobre o papel da enfermeira especialista na prestação de cuidados;*
- *Assisti o RN/criança/jovem e família;*
- *Promovi a adaptação da criança e família á doença crónica;*

- *Utilizei o aplicativo informático nos diferentes contextos assistências e efetuei registos de acordo com o processo de enfermagem.*

---

### Reflexão

---

A história relata que desde sempre os enfermeiros se importaram e dedicaram ao cuidado das crianças, como tal, têm sentido uma necessidade iminente o aumento de conhecimento específico. Esse facto é evidenciado através da procura contínua de formação, com o objetivo por parte do enfermeiro especialista potenciar a maximização da saúde, crescimento e desenvolvimento da criança (Quelhas, 2009 p.1 e 5). Em contexto de estágio pude verificar essa inquietação por parte dos enfermeiros especialistas por deterem um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. Estes, são capazes de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família, efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia

Segundo o regulamento de competências do EESIP da ordem dos enfermeiros, estes têm como função assistir a criança/adolescente e família, na maximização da sua saúde, cuidar da criança/adolescente e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta as necessidades do ciclo vital e desenvolvimento da criança/adolescente. (O.E, 2010, p.2).

As consultas são momentos propícios a ensinamentos e aprendizagens, a esclarecimento de dúvidas e a promoção da saúde. Sempre que adequado, incentivei os pais a partilhar os seus receios, dúvidas e angústias sobre o desenvolvimento infantil. Em contexto de consulta reforcei ensinamentos aos pais sobre temas pertinentes para o seu desempenho parental, como: o cumprimento do Programa Nacional de vacinação e reações às vacinas; prevenção de acidentes; alimentação equilibrada; segurança rodoviária; hábitos de sono; temperamento; higiene oral; controle de esfíncteres; hábitos de vida saudáveis; atividades de lazer, entre outros.

Desde que a criança entra no consultório temos de dar à criança tempo para se familiarizar com o ambiente e com a “nova enfermeira” com que se depara. Para “quebrar o gelo” e o medo que o vem acompanhando, tentei: proporcionar um

ambiente acolhedor; iluminado e aquecido; estabelecer contato visual e comunicacional adaptando a comunicação a cada faixa etária; utilizar sempre voz calma, baixa e segura e facilitar a permanência da criança no colo dos pais sempre que fosse pertinente (administração de vacinas, avaliação dos parâmetros do desenvolvimento físico, etc.). Durante o estágio da USF realizei 39 consultas de Saúde Infantil, relativas às mais diversas idades mais concretamente entre os oito dias e os quinze anos, incluindo a realização de exames globais de saúde, aos cinco/seis anos e aos onze/treze anos. Em consulta fiz a avaliação do crescimento, cujos parâmetros antropométricos foram registados no boletim de saúde infantil e juvenil e no aplicativo informático SAPE, avaliação do desenvolvimento segundo a escala de Mary Sheridan e promoção de cuidados antecipatórios. A avaliação periódica destes parâmetros permite observar a curva de crescimento (percentis) da criança, se surge oscilação e correlacionar as diferentes curvas.

De acordo com o PNSIJ, preconiza que no 1ºano de vida a atuação do enfermeiro de família está muito presente. Durante o meu percurso de estágio tive a possibilidade de assistir à evolução e desenvolvimento de alguns lactentes, tornando-se um aspeto positivo, permitindo ter a perceção de como se processa o desenvolvimento biológico, cognitivo e psicossocial ao longo das distintas etapas.

A adolescência é a etapa da vida assinalada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Relativamente aos Adolescentes, a oportunidade de consultas foi escassa, muito pelo horário das CSIJ decorrer no período escolar, no entanto nos gabinetes de informação de apoio ao aluno, pude ter contacto com estes de modo a orientá-los nas suas dúvidas. *“É essencial estabelecer um clima de confiança antes de abordar temas sensíveis, começando a entrevistas com questões informais, abordando assuntos do quotidiano (escola, amigos, lazer)”* (OE, 2010, p.23). Nos dois contactos que tive, abordei-os com questões informais para “quebrar a barreira” que se entrepunha entre nós, após termos criado uma “relação” abordei-os sobre a sua higiene reforçando rotinas, sobre hábitos alimentares e de vida saudáveis, sobre consumos de tabaco e substâncias nocivas e por fim, no momento em que se encontravam mais recetivos abordei-os sobre as questões de sexualidade, puberdade

e ato sexual, despertando-os para os riscos e consequências de não se proteger devidamente, como doenças sexualmente transmissíveis – uso de preservativos, formas de contraceção.

A vacinação foi outro marco importante na minha atuação pois cabe aos enfermeiros o cumprimento por parte da comunidade do PNV *“Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de imigrantes ou outros, com menor acesso aos serviços de saúde. (DGS, 2005, p.8) ”*. No período de aprendizagem - estágio – vacinei 24 crianças com idades compreendidas entre os 2 meses e os 12 anos de acordo com o PNV. Sempre que identificada criança com PNV em incumprimento, a sua ida à unidade era uma oportunidade para efetivar a sua atualização. Encarei estes momentos importantes para transmitir aos pais a importância da vacinação e a necessidade de vacinar as crianças, informei as doenças prevenidas por cada vacina, esclareci sobre os efeitos secundários possíveis e medidas a adotar caso surgissem. Na administração de vacinas utilizei técnicas adequadas a cada etapa do desenvolvimento como: o elogio, a distração, o relaxamento e fornecimento de informação à criança. Em todas as consultas verifiquei se o boletim estava atualizado e com as vacinas registadas no SINUS.

É ao Centro de saúde que grande parte das mães se dirige quando sente dúvidas, particularmente em relação à amamentação. Proceder à avaliação da mamada de modo a serem encontradas respostas para que esta seja um sucesso é uma responsabilidade dos enfermeiros. No *“Cantinho da Amamentação”* da USF promovi e incentivei a amamentação, esclareci mitos e medos, reforcei ensinamentos sobre como colocar à mama, a importância de uma pega eficaz, os posicionamentos corretos quer da mãe e criança para amamentar, as vantagens do aleitamento materno, extração de leite e sua conservação.

Referente ao contexto de urgência, tive a oportunidade de prestar cuidados a RN/crianças/jovens e família, nas diferentes valências que o SU possui, possibilitando-

me contactar com uma panóplia de patologias e situações diversificadas que requerem intervenções específicas e distintas.

A triagem, por si só é uma atividade difícil de executar. Embora tenha tido anteriormente experiência com o sistema de triagem de Manchester, a triagem Canadiana apresenta contornos diferentes, sendo que permite um direcionamento mais preciso para as necessidades de cuidados, facilitando a redistribuição dos doentes pelos níveis de gravidade, pelas especialidades e a relação sintoma/idade. Perante a minha dificuldade e com o apoio da tutora fui-me inteirando da dinâmica do programa e os princípios do mesmo. No total do estágio, triei 32 RN/crianças e jovens e família cujos principais motivos que os conduziram à urgência foram: febre em todas as faixas etárias, acidentes escolares, acidentes rodoviários, dificuldade respiratória e vômitos. Para além da triagem, no SU existem outros locais onde pude estar presente de modo a desenvolver as minhas competências. Porém a minha atuação recaiu na componente relacional dos cuidados, preocupando-me permanentemente com o bem-estar do RN/criança/jovem e família, atendendo às suas necessidades e tratando com humanização, prestando cuidados de qualidade. Outra da minha preocupação foi o envolvimento dos pais nos cuidados e mantê-los informados de modo a que a angústia, o medo e o stresse causado pela “situação aguda” trouxesse o menor impacto para a família. Neste contexto tive oportunidade de contactar com uma criança com Diabetes Tipo I, em fase inaugural, possibilitando uma partilha de saberes pela minha experiência profissional e perceber a reação desta família perante uma situação inicialmente aguda e que se tornaria numa situação crónica. Ante esta “nova” condição familiar é fundamental o esclarecimento, disponibilidade, ensino, instrução e treino por parte dos profissionais de enfermagem, direcionada à família, para que a adaptação a esta doença crónica seja bem-sucedida. Na criança, a doença crónica pode causar medo e limitações na funcionalidade, atividade e sociabilidade desta e família.

As reações da criança perante uma condição incapacitante dependem em larga medida da idade, nível de desenvolvimento, experiências anteriores, temperamento, mecanismos de adaptação (coping) e reações da família à doença (Hockenberry & Wilson, 2008). Os pais e família alargada terão que aceitar a condição da criança,

atender as necessidades de desenvolvimento normal da criança, atender as necessidades dos outros membros da família, estabelecer um sistema de apoio e lidar com o stress contínuo (Hockenberry & Wilson, 2011). Cabe aos enfermeiros efetuar uma avaliação adequada da situação, fornecer apoio no momento de diagnóstico, aceitar as reações emocionais da família, apoiar os métodos para enfrentar a doença, promover o desenvolvimento harmonioso, orientar sobre a enfermidade e cuidados gerais de saúde e estabelecer metas realistas para o futuro. Esta foi uma situação que me permitiu uma grande mobilidade e aquisição de conhecimentos. Neste serviço todos os registos, de enfermagem, foram efetuados através do sistema interno J one.

Por fim, no contexto neonatal assisti no total 26 RN, sendo que 12 RN de cuidados intermédios e 14 de cuidados intensivos. A assistência teve como ponto fulcral a prestação de cuidados personalizados e adaptados ao desenvolvimento de cada RN. Para tal, os cuidados foram realizados no sentido de minimizar os ruídos do meio envolvente, na diminuição da intensidade da luz, no planeamento e concentração dos cuidados a prestar, manipulando o menos vezes possível, respeitando os seus momentos de vigília/sono e a otimização de posicionamentos através da utilização de ninhos contribuindo para a estabilidade e regulação das funções fisiológicas. A presença dos pais na assistência foi deveras importante para a contínua promoção da parceria de cuidados. No entanto, e seguindo a mesma atuação do SU, mostrei disponibilidade para ouvir os pais, mantive-os informados, apaziguei sentimentos de medo, ansiedade, angústia, prestei apoio emocional e facilitei a expressão de emoções e sentimentos.

---

#### ***Objetivo Específico***

---

- *Desenvolver estratégias que minimizem o impacto do processo de hospitalização do RN/ crianças/adolescentes e família.*

---

#### ***Atividades realizadas***

---

- *Geri o impacto de hospitalização nos processos familiares de modo a minimizar os efeitos negativos da mesma;*
- *Promovi o acolhimento e o regresso a casa do RN/criança/jovem e família;*

---

### ***Reflexão***

---

Perante a hospitalização de um filho, a família passa a vivenciar uma situação de stresse, sendo confrontada com novas exigências, com a quebra na organização do quotidiano, alteração das rotinas e readaptação familiar o que vai colmatar inevitavelmente num desenvolvimento de novas competências por parte desta.

O internamento de um filho afeta a família na esfera financeira, social, comportamental, vida mental consciente ou inconsciente, sendo acompanhado por sentimentos que vão desde medo de perder a criança, impotência, falhanço ou culpa. Neste sentido competiu-me avaliar o funcionamento de todo o sistema familiar e a saúde individual de todos os seus membros, de forma a poder intervir no sentido de ajudar a manter o nível mais elevado de bem-estar da família. Segundo, (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009, cit. Por Mendes e Martins, 2012) *“A família necessita de ajuda externa para se proteger da mudança não planeada”*.

Perante isto, nos diferentes contextos assistenciais por onde passei, SUP e Neonatologia, estive atenta às situações de dificuldades de acompanhamento dos filhos durante a hospitalização, quer por questões financeiras, onde tentei articular com os recursos da comunidade garantindo assim a continuidade dos cuidados, quer por alternância dos pais, incentivando sempre a que estes se revezassem ou tivessem uma pessoa significativa que os substituísse. Também estimulei a manutenção dos laços familiares, incentivei a presença física e o envolvimento da família nos cuidados para o suporte emocional do RN/criança.

Durante a hospitalização para além dos fatores de stresse que esta causa as estratégias de coping são um fator relevante para lidar com situações de doença, ameaça e com os desafios que a família se depara. Relativamente aos fatores geradores de stresses na criança, no processo da hospitalização podemos falar da angústia da separação, do sentimento de perda de controlo e do medo da lesão corporal e dor. Para tal, e de forma a reduzir esses fatores de stresse, fomentei sempre a presença dos pais, incentivei estes a trazer o objeto de referência, tornando o ambiente mais familiar, utilizei um tom de voz tranquilo e adequando a etapa de

desenvolvimento, promovi o toque e contacto visual. Na perda de controlo, muni-me de estratégias para promover a liberdade de movimentos, mantendo as rotinas e encorajando a sua independência. Por fim, e na tentativa de minimizar a lesão corporal e dor concentrei os procedimentos, preparando previamente a criança para os mesmo através de uma linguagem e explicações simples e adequadas ao desenvolvimento, permitindo ainda que a criança manipule os materiais a utilizar (adesivos, seringas, aparelhos) para reduzir o impacto gerado pela sua utilização.

O coping é entendido como os *“esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, para lidar com exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas como desafiando ou excedendo os recursos da pessoa”* (Lazarus & Folkman, 1984, citado por Lima, 2009).

A resposta da criança à hospitalização depende das estratégias de coping e de fatores intrínsecos à criança, como a idade, o estádio de desenvolvimento, as experiências anteriores da separação da família, das características da própria doença, da compreensão desta e também dos hábitos familiares (Barros, 1998; Gabarra, 2005; Oliveira et al., 2005, citado por Moraes e Enumo, 2008).

As crianças, no contexto da hospitalização utilizam diversas estratégias para ultrapassar e encarar esta nova condição. Tais estratégias têm por objetivo manter o bem-estar da criança através da utilização de mecanismos para amenizar os efeitos stressantes da doença e da hospitalização. A criança na procura de informação depara-se com o gerador de stress, ao tentar enfrenta-lo, vai-se familiarizar com as características dos procedimentos ou situações, possibilitando o desenvolvimento de respostas mais adaptativas à hospitalização, a redução dos níveis de ansiedade, o aumento de comportamentos de cooperação com a equipa hospitalar e o aumento da tolerância à dor (Moraes e Enumo, 2008).

As estratégias de coping mais utilizadas pelas crianças são: o controle do perigo; a busca de apoio; a solução do problema e a distração, enquanto os menos frequentes envolvem agressão, autodestruição e afastamento.

Contudo denotei que o período de hospitalização torna-se um evento único e oportuno para influenciar no percurso futuro da vida de uma família, assim como uma

janela de oportunidade para a promoção da saúde, alteração de hábitos, ensinamentos e para trabalhar a relação RN/família, *“Apesar da hospitalização, em geral, representar um período estressante para a criança e para a família, também é uma oportunidade facilitadora de mudanças positivas para a criança e entre os membros da família. Para algumas famílias, o estresse da criança causado pela doença, a hospitalização ou ambos, podem levar ao fortalecimento da família pelo comportamento de enfrentamento e pelo surgimento de novas estratégias de enfrentamento”* (Hockenberry & Wilson, 2011).

---

#### **Objetivo Específico**

---

- *Desenvolver competências na promoção do processo de Parentalidade.*

---

#### **Atividades realizadas**

---

- *Avaliei a adaptação e a transição para o papel parental;*
- *Apoiei e fomentei o desempenho da parentalidade;*
- *Ensinei, instruí e treinei os pais com a finalidade de os capacitar a prestarem cuidados aos seus filhos.*

---

#### **Reflexão**

---

A parentalidade é a ação de tomar conta, que segundo a CIPE apresenta as seguintes características específicas: *“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém – nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados”*.

O nascimento de um bebê, em especial do primeiro filho, constitui um grande impacto, sendo considerado como um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos e família. O processo de transição para a parentalidade com as alterações dos papéis familiares e o aumento das responsabilidades implicam muitas vezes momentos de tensão familiar e uma fonte de ansiedade e estresse pelas exigências da prestação de cuidados, pela organização

individual, conjugal, familiar e profissional exige *“Surge uma nova e importante fase do ciclo vital da família, havendo uma sequência previsível de transformações na organização familiar”* (Relvas, 2004).

A alteração do papel parental no processo de transição para a parentalidade, resulta na necessidade de adaptações intra e interpessoais para as quais o casal necessita de orientação e apoio por parte do enfermeiro, pois é este que tem mais proximidade, com o RN e pais, e avalia a necessidade de implementar estratégias para a adaptação ao papel parental. É neste sentido que deveremos ser agentes dinamizadores de aprendizagens indo de encontro às motivações e necessidades individuais, familiares e a nível da comunidade através de programas de educação para a saúde.

Na neonatologia, constatei que a hospitalização criou nos pais sentimentos de impotência, medo, stresse, insegurança, ansiedade e inaptidão. Da mesma forma que o nascimento do primeiro filho condiciona a transição, como referido anteriormente, o nascimento do mesmo prematuro ou em situação de risco condiciona a transição e o desempenho da parentalidade no seu pleno. O nascimento prematuro é uma *“transição inoportuna” dum ambiente uterino protegido para o meio exterior, onde o bebé ainda não é capaz de elaborar uma resposta interativa eficaz*” (Camarneiro,2009).

É extremamente importante fomentar uma boa relação de confiança com os pais, de forma a instruí-los para que sejam mais autónomos. Para isso, é indispensável dotá-los de mecanismos para se adequar às situações futuras. Nesta perspetiva, tive a oportunidade de ensinar, instruir e treinar os pais como intuito de os capacitar a prestarem melhores cuidados aos seus filhos, valorizando as suas capacidades, conhecimentos e os seus progressos, e que de uma forma contínua e permanente no decorrer das etapas do desenvolvimento, adquira competências.

Pude concluir que a parentalidade não é um processo inato, mas sim um processo de vida dinâmico ao longo do qual os pais podem aprender a desenvolver-se juntamente com os filhos. Torna-se um dos mais importantes papéis a empreender

durante o percurso de vida do indivíduo mas também um dos mais desafiadores e compensadores.

---

**Objetivo Específico**

---

- *Promover a vinculação e a ligação pai/mãe- filho.*

---

**Atividades realizadas**

---

- *Incentivei os pais a colaborar na prestação de cuidados ao seu filho.*
- *Incentivei e utilizei estratégias para promover o toque;*
- *Utilizei o método canguru;*
- *Incentivei o aleitamento materno;*

---

**Reflexão**

---

O nascimento de uma nova vida é uma fase de experiências únicas e gratificantes. O nascimento prematuro de um filho é um período de vulnerabilidade e confusão para os pais causando uma “tempestade psíquica” na qual o bebé que idealizaram não corresponde ao bebé que está na incubadora. Estes sentem-se incompletos, perdidos e o medo de perder o filho torna-se de tal forma patente que tem receio em fortalecer o vínculo. Neste sentido e com o objetivo de promover, fortalecer a ligação da tríade, encorajei os pais a participarem tanto quanto possível nos cuidados, a entrar e segurar o bebé e a alimentar o seu bebe com leite materno.

Para que haja uma melhor adaptação a todo este processo do nascimento/internamento do RN, é imperativo conhecer como os pais reagem ao internamento do seu filho.

Os pais no momento de cuidar do RN prematuro têm grandes conflitos emocionais, tendo sentimentos antogónios em relação ao cuidar. Por um lado, sentem-se assustados e incapazes mas ao mesmo tempo, anseiam por esse momento. Contudo, incentivei os pais a tocarem e a segurarem no filho, mesmo que por alguns minutos, estimulei a conversarem com ele e tentei que estabelecessem contacto visual.

No internamento de Neonatologia, foi o contexto assistencial onde houve mais necessidade de promover a vinculação e a ligação pai/mãe – filho, pelo sentimento de incertezas, impotência, medo da perda e medo do meio envolvente. Contudo através de um conjunto de estratégias e intervenções promovi a vinculação.

Sempre que possível incentivei ao toque, visto este ser a ponte de comunicação e desenvolvimento entre o bebé e o seu elo afetivo. Através deste ajudei os pais a familiarizarem-se, a compreenderem melhor os seus filhos e a estreitarem os laços afetivos familiares gerando momentos de felicidade/bem-estar no seu crescimento e desenvolvimento. As formas que utilizei para a promoção do toque foram através do toque de relaxamento com transmissão de movimentos afeto/carinho na interação (acariciar, beijar, olhar, perceber e amar o bebé); do banho, da amamentação, do método canguru (contacto pele a pele) e da massagem, *“O toque proporcionado ao bebé pode ocorrer de várias formas, mas o mais importante é o carinho que o bebé recebe que vai influenciar a sua autoestima, de modo a fazê-lo sentir-se desejado, bonito e aceite, de modo a que ao longo da sua vida se relacione com os seus pares e a superar mais facilmente os problemas com que se irão deparar”* (Giannotti, 2001).

O aleitamento materno foi outra experiência fomentada durante o meu processo de aprendizagem e que poderá oferecer muitos benefícios especiais para a díade mãe/bebé, nomeadamente o reforço do vínculo afetivo mãe/bebé, favorecendo o relacionamento e “namoro” mãe / bebé e diminuindo a probabilidade de maus-tratos infantis. *“A nível afetivo, em relação à mãe tem vantagens, como a gratificação psicoafectiva, favorece a sua adaptação ao bebé-real, reforça os sentimentos de autoestima e de sucesso materno. No bebé tem as vantagens de melhorar a adaptação à espécie humana e favorece o desenvolvimento e a adaptação social”* (Galvão, 2006, citado por Barradas, 2008).

Face a isto posso concluir que é fundamental que os serviços de neonatologia sejam promotores da qualidade da interação, no sentido de favorecer a construção e a intensificação do vínculo entre pais e filhos.

---

**Objetivo Específico**

---

- *Promover a parceria de cuidados.*

---

**Atividades realizadas**

---

- *Incentivei e negocieei a participação e envolvimento dos pais na prestação dos cuidados ao RN/criança/jovem;*
- *Prestei cuidados ao RN/criança/jovem em parceria com a família;*
- *Elogiei o desempenho da criança/jovem e família.*

---

**Reflexão**

---

O reconhecimento da importância da atuação centrada na família com um envolvimento efetivo dos pais nos cuidados a criança surgiu com Casey e Mobbs (1988) ao defenderem que a criança/pais e enfermeiros em parceria devem assumir parte ativa no processo de enfermagem.

Anne Casey, em 1993, referiu que os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança. Esta autora defende, ainda, que para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspectiva ninguém melhor que os pais para os desenvolverem.

No processo de cuidar em pediatria desde há muito, determina que os enfermeiros sejam sensíveis ao envolvimento dos pais na prática dos cuidados, colocando o seu foco no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, requerendo uma integração integral com a família, de forma a proporcionar condições favoráveis ao desenvolvimento global da criança, *“Os pais, no hospital, querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os ativistas deste processo, com aceitação e integração de forma sólida, informação e orientação em tempo oportuno. A preparação dos pais para participarem nos cuidados, implica que haja uma negociação favorável e satisfatória com os enfermeiros. Negociar implica discutir, obtendo acordos e resultados, daí que a*

*comunicação se revele de importância fundamental. A negociação envolve interação, consensos e decisão”* (O.E, 2015). Segundo o guia orientador de boas práticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o enfermeiro deve: reconhecer a criança como um ser vulnerável, valorizar os pais como os principais prestadores de cuidados, preservar a segurança e bem-estar da criança e família e maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança (O.E,2010).

No contexto de internamento neonatal, os momentos de promoção da parceria de cuidados foram escassos, pelo facto dos pais não se encontrarem no serviço. Contudo, em todos os momentos de presença parental foram planeados os cuidados envolvendo os pais numa participação ativa nos cuidados a prestar ao seu filho, negociando com estes um plano de cuidado através da identificação das necessidades do RN/pais, e dando relevância aos seus conhecimentos, capacidades e habilidades. Durante a prestação dos cuidados sempre que necessário e pertinente efetuei ensinamentos e treinos e de modo a torná-los mais autónomos e capazes. Neste mesmo contexto, tive situações em que os pais eram pró-ativos nos cuidados e outros reticentes a execução, nestes últimos fomentei, estimei e encorajei-os a cuidar do RN numa tentativa de os capacitar e de fomentar a ligação com o seu filho.

Concluindo, é uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da criança e do jovem trabalhar em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, porém apesar de todo o investimento para uma assistência integral ao trinómio criança, pais, família é reconhecida também a necessidade que existe em apoiar os profissionais (Mendes e Martins, 2012).

---

#### ***Objetivo Específico***

---

- *Desenvolver competências na utilização de medidas farmacológicas e ou não farmacológicas para controlo da dor.*

---

#### ***Atividades realizadas***

---

- *Utilizei medidas farmacológicas e ou não farmacológicas para controlo da dor*

---

#### ***Reflexão***

---

Controlar a dor em pediatria mais que um desafio, é uma obrigação para os enfermeiros dado as dificuldades que as crianças têm em expressá-la e especificá-la. A dor e a ansiedade coexistem, portanto combinar técnicas farmacológicas e não farmacológicas torna-se essencial no controlo/alívio da dor na criança.

As maiores diferenças nas manifestações de dor relacionam-se com a idade, por razões temperamentais e de aprendizagem. O RN reage à dor através de movimentos corporais, expressões faciais específicas e padrões de choro característicos; as crianças/jovem indicam a localização da região dolorosa sendo acompanhada de verbalizações de dor e desconforto. Segundo (Almada, 1992, citado por Sequeira, Rosa, Hipólito, 2012) *“a dor classifica-se tendo em conta a sua origem e localização (subcutânea ou superficial, profunda, visceral, psicogénica e psicofisiológica), a sua intensidade (ligeira, moderada, intensa, agónica), o seu tipo (aguda intensa, espasmódica, intermitente, constante) e à sua duração (aguda, crónica)”*.

A avaliação, prevenção, controlo e tratamento da dor é uma prioridade na prestação de cuidados á criança e exige dos enfermeiros uma resposta personalizada e abrangente levando à excelência dos cuidados de enfermagem prestados (DGS, 2003). Os enfermeiros têm um papel relevante no reconhecimento, avaliação e controlo da dor na criança hospitalizada, contribuindo para a antecipação de respostas/intervenções aliando as técnicas farmacológicas e não farmacológicas (Musicoterapia; Distração e Massagem) para permitir o controlo efetivo e otimizado da dor em pediatria.

Perante isto, a minha atuação direcionou-se, em todos os contextos, no sentido de me munir de medidas não farmacológicas e ou farmacológicas para controlo da dor. Contudo, é no contexto neonatal que o RN está sujeito a múltiplas e, por vezes, repetidas agressões. A todas as crianças que prestei cuidados, no momento da realização de procedimentos dolorosos, utilizei escalas apropriadas à idade para a avaliação da dor, o que possibilitou a escolha de medidas farmacológicas ou não farmacológicas a adotar de acordo com a situação. Diante o desconforto e agitação do RN, utilizei medidas de conforto de maneira a reduzir o stress e de gestão dos

estímulos ambientais, como a presença dos pais, a redução da intensidade de luz, utilizando focos de intensidade regulável e coberturas para as incubadoras, a redução de ruídos, posicionamentos adequados com a utilização de ninhos, a concentração de cuidados para permitir intervalos de repouso e o respeito pelos ciclos de sono-vigília. Aliado a estas estratégias, associei o método canguru, a sucção não nutritiva, a amamentação e a sacarose a 24%.

A solução de sacarose, pelo seu efeito calmante, apresenta eficácia no alívio da dor na execução de procedimentos dolorosos como a punção venosa ou capilar em RN e lactente (Hockenberry, M.J., Wilson, D., 2014). De acordo com os mesmos autores, as evidências científicas, indicam que 2ml de solução de sacarose a 24% são eficazes na redução da dor em RN de termo e pré – termo, sendo que o maior efeito analgésico é atingindo quando administrada 2 minutos antes do procedimento seguida da sucção não - nutritiva. A evidência científica mostrou também que os RN, aquando de procedimentos dolorosos, sentem a dor aguda, o que causa o aumento da frequência cardíaca, da pressão sanguínea e os níveis de stress. Assim, foi minha prática anteriormente à realização de procedimentos dolorosos, administrar sacarose oral, associada a sucção não nutritiva para controlo da dor.

Quando estas medidas de controlo de dor não são suficientes, recorreremos às medidas farmacológicas. A sedação tem por objetivo, a redução da morbidade ligada ao stress e a melhoria das condições de segurança (diminuição das extubações acidentais, exteriorização de cateteres, desadaptação do ventilador, etc.), uma vez que também provoca diminuição da atividade motora (Rocha, G., Proença, E., et al, 2004)

---

#### ***Competências a desenvolver***

---

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

---

**Objetivo Específico**

---

- *Desenvolver competências que permitam compreender, refletir e intervir na área da saúde infantil e juvenil, de acordo com as orientações no domínio dos cuidados de Enfermagem a prestar ao RN/criança/adolescente e sua família.*

---

**Atividades realizadas**

---

- *Participei nas diversas atividades desenvolvidas pelo NACJR;*
- *Participei nos GIAA;*
- *Estive desperta para situações de risco (ex. Maus tratos, negligência e comportamentos de risco);*
- *Promovi com os enfermeiros tutores e profissionais do serviço momentos de reflexão sobre experiências e atuação em situações complexas.*

---

**Reflexão**

---

No decorrer do módulo I, participei em todas as reuniões do NACJR e NHACJR, realizei duas visitas domiciliárias e a escolas frequentadas pelas crianças sinalizadas. O NACJR, reúne-se semanalmente, estando presentes as duas enfermeiras de SIP, uma da UCC de Vila do Conde e uma da UCC da Povoia de Varzim, uma assistente social e um médico. Nestas reuniões eram feitas avaliações dos casos já sinalizados e apresentação, análise e estratégias de atuação nos novos casos, sendo discutidos um a um.

As visitas domiciliárias no âmbito do NACJR surgem após serem discutidas em equipa as situações sinalizadas e avaliada a sua gravidade, com o intuito de conhecer os casos referenciados e seus intervenientes. Dos diversos tipos de maus tratos, pude constatar que a negligência esteve na base de praticamente todas as situações em que pude intervir. Porém, nas visitas realizadas, as famílias foram cordiais, aceitando a nossa presença na sua casa, embora no final tenha tido a perceção do risco e exposição que corremos com estas intervenções, bem como a importância de manter sempre um discurso calmo e assertivo. A articulação com os parceiros e recursos presentes na comunidade é de extrema importância tornando-se fundamental para a atuação do NACJR, atendendo á procura de apoios que podemos mobilizar para estas

situações e à necessidade de pesquisa de informação sobre as mesmas. Assim, os contactos estabelecidos foram com as USFs (Enfermeiro e Médico de Família), agrupamentos das escolas e jardim-de-infância e CPCJ, permitindo-me compreender a articulação que existe entre as várias instituições.

No âmbito da implementação do decreto de Lei nº60/2009 de 6 Agosto, que obriga as escolas a implementar a educação sexual em meio escolar, nas EB 2,3 e secundários as UCC dão resposta ao decreto de lei através dos GIAA. Nestes gabinetes, a enfermeira especialista assiste a comunidade educativa no sentido da promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de doenças em contexto escolar. Os profissionais das UCCs colaboram com a gestora local do PRESSE, responsabilidade da USP, que tem formação creditada no centro de formação capacitando os professores para aplicar a educação sexual em meio escolar de acordo com o referido enquadramento legal, aos alunos. O GIAA é um espaço de atendimento individual, onde o aluno pode dialogar, esclarecer dúvidas, apresentar problemas ou dificuldades e mediar conflitos. Durante o meu percurso participei nos GIAA com o objetivo de promover a educação para a saúde; apoiar, orientar e aconselhar os jovens para a tomada de decisões conscientes e responsáveis; dar resposta às principais dúvidas dos jovens na área da sexualidade, apoiando e aconselhando nesta área; de elucidar sobre os consumo de substâncias; de educar sobre a alimentação reforçando a aquisição de hábitos saudáveis; educar para a cidadania e orientar para os serviços de saúde, promovendo a vigilância.

A minha experiência no GIAA não foi vasta, visto que o estágio coincidiu com o início do ano letivo, no entanto neste contexto atendi duas jovens, de treze e quinze anos. No primeiro contacto atuei perante um encarregado de educação de uma estudante, numa perspetiva de a ajudar no desenvolvimento e desempenho de competências parentais, levando a mudanças de atitudes e comportamentos pouco assertivos que vinha evidenciando, e à alteração dos cuidados de higiene que possuía devido a pediculose. Tratava-se de uma família carenciada e já referenciada em tempos por situações idênticas pela CPCJ. Na reunião, estive um membro dessa mesma comissão no sentido de alertar a mãe para persuadir a sua filha à mudança de

comportamentos e a adquirir hábitos de higiene e de vida saudáveis. A enfermeira disponibilizou os meios para combater a pediculose, fornecendo os produtos de tratamento e ensinos.

Uma segunda abordagem refere-se a uma jovem de quinze anos com uma família disfuncional, que apresenta sentimentos de revolta, por falta de atenção parental, com maus resultados escolares e que após o nosso contacto e com apoio tutorial conseguiu transitar de ano. Este contacto surge para reavaliação da situação e no sentido de promover a frequência escolar, a promoção de comportamentos saudáveis e a prevenção de doenças. Durante o período de conversa e depois de se encontrar mais à vontade e disponível para falar, deparei-me com uma jovem com uma autoestima diminuída e dececionada com a atitude familiar. Segundo (Rosenberg, 2003 cit. p. Weber, 2003), *“autoestima é desenvolvida através das experiências de vida de cada indivíduo”*. Também (Gecas & Schwalbe, 1986 cit. por Weber, 2003) descrevem *“a autoestima como sendo a visão que o indivíduo tem de seu valor, capacidades, significados e sucesso.”*

Este sentimento provém por não se sentir valorizada pelo empenho e ajuda que dá em casa e por outro pela atitude punitiva do pai de todos os seus comportamentos *“Os pais tendem a utilizar estratégias (como disciplina, apoio, e comportamentos interativos pais-criança) com o objetivo de suprimir ou eliminar certos comportamentos da criança considerados inadequados ou indesejáveis e as ocorrências dos comportamentos adequados são incentivados e favorecidos”* (Alvarenga, 2001 cit. p. Weber, 2003).

Concluindo, a minha atuação nesta adolescente foi no processo de mudança de comportamentos a médio e longo prazo com o intuito de atuar no seu presente, influenciando diretamente no seu futuro/projeto de vida.

---

#### ***Competência a desenvolver***

---

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

---

**Objetivo Específico**

---

- *Desenvolver competências relacionais e de comunicação eficaz com o RN/criança/adolescente e família.*

---

**Atividades realizadas**

---

- *Comuniquei com o RN/criança/adolescente e família com uma linguagem adequada ao nível socioeconómico, cultural e religioso e de acordo com o seu estádio de desenvolvimento;*
- *Utilizei diferentes estratégias de comunicação na abordagem ao RN/criança / adolescentes e família;*
- *Fomentei a comunicação expressiva de emoções da criança/adolescente e família.*

---

**Reflexão**

---

A comunicação é essencial em enfermagem infantil e pediátrica, para o seu sucesso é necessário ser apropriada à situação, adequadamente oportuna e clara.

Durante a assistência a comunicação é o elo de ligação entre o enfermeiro e a criança/jovem. Essa relação é essencial para estimular na criança o sentimento de segurança, confiança e tranquilidade. Face a isto, os enfermeiros devem utilizar comportamentos de aceitação para se estabelecer a comunicação e todas as estratégias de comunicação possíveis para que dificuldades possam ser encaradas e ocorra a construção de um relacionamento terapêutico e de confiança, com a finalidade de diminuir medos, fornecer ajuda e superar situações difíceis. *“A comunicação vai muito além da “fala” e do que pode se “ver” durante a relação enfermeiro-criança. A comunicação acontece nos movimentos mais íntimos e singulares durante o cuidado, nas pequenas expressões – verbais e não-verbais realizadas durante a interação, como também em tudo o que de alguma maneira direciona e possibilita um cuidado humanizado”.* (Martinez, Tocantins e Souza, 2010).

A comunicação só é estabelecida de forma efetiva quando respeitamos a criança como ser humano, individual e único, inserida no contexto familiar, e com necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais a serem atendidas.

A OE, refere que o enfermeiro *“Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; Relaciona - se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; facilita a comunicação expressiva de emoções.”* (O.E, 2010). Para tal, em todos os contextos assistenciais tive como princípio e preocupação realizar uma bom acolhimento de modo a estabelecer um ambiente favorável para esta ocorrer.

Em contexto de consulta, o tempo limitado desta, obriga-nos à identificação das áreas de intervenção mais pertinentes a abordar, devendo apropriar e avaliar o tipo de informação a transmitir. Na Neonatologia, a fragilidade emocional em que os pais se encontram requer do enfermeiro um forte investimento sobre as técnicas e estratégias comunicacionais a utilizar na sua abordagem, assim como em situações de urgência, esta provoca sentimentos de ansiedade nos pais o que exige a utilização de técnicas, estratégias comunicacionais e relacionais no sentido de diminuir esse estado emocional, nas crianças/jovens devemos conquistar uma relação de confiança pois o ambiente estranho e ameaçador, a dor e o medo são fatores impeditivos a comunicação.

Na comunicação com a criança é importante a utilização de estratégias capazes de facilitar a perceção da criança sobre a realidade do tratamento e sua finalidade, apoiando-a para que possa se sentir segura. Para tal, na abordagem à criança utilizei técnicas apropriadas à idade e estado de desenvolvimento adequando à sua cultura e crença, utilizando estratégias motivadoras, como: a escuta ativa; a explicação de procedimentos; linguagem simples e clara com tom afetuoso; posição de igual para igual (nível visual), falando ao mesmo nível da criança; utilização de gestos, demonstrando mediante estes as ações do cuidar e as atividades a serem desenvolvidas e o brincar. O brincar, através de: jogos; faz de conta, pinturas, desenhos e leitura, possibilita que se estabeleça a comunicação com a criança quer na hospitalização, quer em contexto de consulta, levando a uma aproximação, estabelecimento da relação e à criação de laços de confiança facilitando o

entendimento sobre o que poderá acontecer, levando a um desenvolvimento menos traumático.

Com os adolescentes, a comunicação torna-se um desafio, devendo ter sempre como base a construção de uma relação com os mesmos. Foi através da observação, do escutar, da estimulação e expressão das suas ideias e sentimentos que consegui ir ao encontro das suas necessidades, respeitando sempre os seus pontos de vista e sem transmitir qualquer tipo de julgamento. Na minha abordagem escassa com os adolescentes sempre que pertinente incitei a participação do jovem no decorrer da consulta de enfermagem, dirigi as questões para estes e não para os pais, assegurei confidencialidade e privacidade, conheci as suas expectativas reforçando e orientando os jovens para um papel ativo no comportamento de procura da saúde. No sentido de adotarem comportamentos potenciadores de saúde, reforcei as suas competências e a autoestima, demonstrando sempre a minha disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

A comunicação não-verbal utilizada no RN revelou-se ser útil na abordagem aos mesmos. Sob a forma de toque/contato físico, de gestos, de expressões faciais, da brincadeira, de tom de voz calmo e suave foram técnicas de comunicação não-verbais eficazes, que permitiram uma proximidade para desenvolver uma relação terapêutica. Durante o desenvolvimento do projeto da UCC, massagem infantil nos JI pude evidenciar o quanto é importante o toque para o bem-estar das crianças, sendo uma necessidade básica e um poderoso instrumento para o saudável e equilibrado desenvolvimento das crianças.

Concluindo, em todos os contextos assistenciais senti a necessidade de criar ambientes seguros e de confiança, utilizei uma linguagem acessível, clara, assertiva e objetiva de modo a estabelecer uma relação próxima contribuindo assim para diminuição de sentimentos angustiantes e posteriormente a colaboração nos procedimentos técnicos. Outra das estratégias utilizadas foi o encorajamento de expressão de emoções e a escuta ativa para estabelecer a comunicação com a criança/jovem e família na procura de uma relação de ajuda e empática.

---

**Competência a desenvolver**

---

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

---

**Objetivos Específicos**

---

- *Desenvolver e demonstrar competências em educação para a saúde, no âmbito da assistência à criança/adolescente e família.*
- *Desenvolver competências de educação para a saúde em contexto de saúde escolar.*

---

**Atividades realizadas**

---

- *Identifiquei as necessidades no âmbito de educação para a saúde;*
- *Realizei educação para a saúde de acordo com as necessidades identificadas;*
- *Realizei uma sessão de educação para a saúde no âmbito do projeto “MIMOS”, sobre “Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida”;*
- *Elaborei um panfleto sobre “O pequeno-almoço saudável”;*
- *sobre “O pequeno-almoço saudável”;*
- *Elaborei um poster sobre “Os mitos da amamentação”;*

---

**Reflexão**

---

Durante o período de estágio através de uma atitude crítica e reflexiva, diagnostiquei e identifiquei as necessidades formativas no âmbito de educação para a saúde dos contextos assistenciais. Em conjunto com as respetivas tutoras, procurei declinar-me sobre temas pertinentes, atuais e que me pudessem dar contributo profissional e às comunidades em geral.

Após me ter inteirado dos projetos em curso da UCC, o projeto MIMOS – Projeto no âmbito da Parentalidade, destina-se a lactentes e pais e aborda temas como: a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida; conversas desde o berço, birras e limites; alimentação e massagem Infantil. Dos acima referidos, achei pertinente abordar o tema “ A prevenção de acidentes no primeiro ano de vida” (Apêndice I).

Atendendo aos dados estatísticos do INE, em Portugal, no ano 2008, os acidentes “intencionais e não intencionais” foram considerados a sétima causa de morte, representando 4,34% do total de óbitos ocorridos. De acordo com a European Child Safety Alliance e a Eurosafe, Portugal, ocupa o 18º lugar relativamente às taxas de mortalidade por traumatismos e lesões. Os acidentes rodoviários são os que têm maior peso, no entanto, as quedas, os afogamentos, as queimaduras, as intoxicações acidentais e as asfixias, contribuem também para a mortalidade e morbilidade infantil (Gonçalves, 2011). Para além disso, e o facto de exercer funções no meio hospitalar onde nos deparamos com as situações pós-acidente, cimentou a minha escolha do tema, onde o nosso cuidar incide mais no tratar, nunca esquecendo que o ideal é sempre prevenir.

Esta promoção foi possível através de sessões de educação para a saúde, que poderão vir a provocar mudanças de comportamento nos pais (Apêndice II). Por fim, pude constatar que a sessão veio fomentar nos pais mais conhecimentos e competências a nível da segurança e prevenção dos acidentes pois, após a avaliação dos conhecimentos, pude verificar que os conhecimentos ficaram bem consolidados, tendo todos acertado nas respostas (Apêndice III). Todavia, a literatura diz-nos que as famílias que vivenciam experiências de acidentes, sem consequências graves para a criança, continuam a encarar os acidentes como um acontecimento que faz parte da aprendizagem da criança. Assim, pequenas escoriações ou lesões, não são suficientes para despertar nos pais uma atitude mais atenta e um comportamento preventivo (Lima et al., 2009).

Em contexto da realização de consultas de saúde infantil percecionei o desconhecimento parental sobre a importância do pequeno-almoço em crianças em idade escolar. Esta problemática já tinha sido detetada pela equipa de saúde escolar da UCC Vila do Conde, perante isto e dado o contexto da comemoração do dia mundial da alimentação consideramos importante intervir nas escolas EB1 – Parada, nas turmas de 2ª classe e 4ª, classe para a promoção e sensibilização da importância do pequeno-almoço e as influências no sucesso escolar. Neste sentido, as escolas devem criar cenários valorizadores de uma alimentação saudável, não só através dos

conteúdos curriculares mas também da oferta de alimentos apropriados. Atuar nas crianças é a estratégia mais adequada para chegarmos aos pais, se as crianças querem mudar hábitos e atitudes os pais acedem a essa vontade agora, quando é algo imposto em momento de consulta poderá nunca ter o efeito por nós desejado. Foi com este princípio que realizei uma sessão de educação para a saúde intitulada “O pequeno-almoço saudável” com o objetivo de sensibilizar crianças do EB1 para a importância do pequeno-almoço para as atividades de vida diária (Apêndice IV). A realização de um panfleto teve como objetivo fazer chegar a informação aos pais (Apêndice V). Concluindo, pude verificar que nestas turmas todas as crianças tomam o pequeno-almoço, este apuramento foi conseguido através de um questionário diagnóstico –“ O que comeram ao pequeno-almoço?”. No final da sessão apliquei um questionário de avaliação da mesma, onde pude verificar uma boa receptividade aos conteúdos apresentados. (Apêndice VI e VII)

Na USF, dinamizei o cantinho da amamentação, com o objetivo de o tornar mais atrativo e informativo para os pais que o frequentam. Optei pela desmistificação dos mitos ou histórias da amamentação porque estes afastam as mães da amamentação, em vez de as encorajar, muitas vezes são ideias transmitidas pelas gerações anteriores ou por um amigo próximo. A OMS, em associação com a UNICEF, tem vindo a empenhar-se mundialmente no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. As recomendações da Organização Mundial de Saúde relativas à amamentação são: as crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade; a partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno e as crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade. Neste sentido o meu foco com esta dinâmica, é uma tentativa de mudar comportamentos, instruir os pais sobre o tema e fazer da amamentação um processo simples e um sucesso, deste modo decidi fazer um poster (Apêndice VIII).

### **3.2 - Domínio Gestão de Cuidados:**

O domínio da gestão de cuidados não se encontra dissociado da prestação de cuidados, visto que para uma prestação de cuidados de nível avançado têm que haver uma adequada e eficiente gestão dos recursos. Os enfermeiros *“gerem 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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, Regulamento n.º 122/2011).

Os conhecimentos adquiridos e o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão são fulcrais na área da saúde, visto que, o papel da gestão se encontra bem patente nas instituições, assumindo um lugar primordial. Cabe ao Enfermeiro Especialista realizar a gestão dos cuidados, liderar a equipa de prestação de cuidados, otimizar e adequar os recursos às necessidades de cuidados garantindo a segurança e qualidade dos mesmos promovendo boas práticas na equipa.

---

#### ***Competências a desenvolver***

---

- *Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;*
- *Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;*
- *Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;*
- *Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;*

---

#### ***Objetivos Específicos***

---

- *Refletir sobre a gestão de cuidados do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.*
- *Desenvolver competências na gestão de cuidados nos diferentes contextos assistenciais.*

---

#### ***Atividades realizadas***

---

- *Identifiquei as funções do enfermeiro especialista na gestão de cuidados;*

- *Observei as estratégias do enfermeiro especialista na gestão de cuidados e dos recursos nos diferentes contextos assistenciais;*
- *Compartilhei ideias e dúvidas com os enfermeiros tutores sobre aspetos do domínio da gestão de cuidados.*

---

### **Reflexão**

---

Segundo o REPE, os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão de cuidados, investigação, docência, formação e assessoria, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da prestação dos cuidados (O.E, 2015).

Os enfermeiros gestores tem que ser ativos na gestão das equipas de saúde, com competências que lhes permitam efetuar uma gestão eficaz e eficiente dos recursos (materiais e humanos) disponíveis, garantindo cada vez mais uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, aos utentes e comunidade que cuidam. A qualidade em saúde é uma exigência constante, sendo essencial que os enfermeiros invistam na sua auto formação e que os responsáveis pela gestão tenham um papel ativo neste processo, facilitando e estimulando a formação em serviço e motivando a sua equipa para que se envolvam no processo formativo (Ribeiro,2012).

No início do meu percurso, procurei identificar as funções da enfermeira chefe e do enfermeiro especialista no exercício das suas atividades como gestor. Pude constatar que existe uma delegação e partilha de tarefas entre o Enfermeiro Chefe e os Enfermeiros Especialista, pelo que estes últimos ficam responsáveis: pela resolução de “incidentes” imprevistos; gestão e supervisão dos cuidados e gestão dos recursos humanos e materiais.

A nível da gestão de materiais, o enfermeiro especialista tem como função a adequação dos stocks de material e medicação às necessidades do serviço e respetivo controlo. No que se refere a gestão de recursos humanos, observei a metodologia e os critérios para a elaboração do plano de trabalho. Para a sua elaboração, este deve cumprir aspetos fulcrais e específicos de cada equipa, como as competências de cada elemento, o grau de especificidade e complexidade da situação clínica de cada criança

com o intuito de promover uma maximização dos cuidados prestados e satisfação das necessidades do RN/criança/ jovem e família.

Durante a minha prática nos diferentes contextos assistenciais tive como princípio adequar os cuidados ao RN/criança/jovem e família de forma individualizada e idónea tendo sempre presente a prioridade dos cuidados em função das necessidades e dos recursos existentes.

Na UCC, todos os profissionais têm um papel ativo no domínio da gestão. Os EESIP coordenam e integram os programas de saúde, articulam-se com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar no processo do cuidar, gerindo os recursos comunitários no sentido de proporcionar ao RN/criança e jovem um desenvolvimento e crescimento adequado, promovendo o bem – estar e a segurança. Neste contexto foi essencial a observação e participação na gestão da Saúde Escolar e nos diversos projetos que integram a unidade.

No âmbito da USF, a otimização da prestação de cuidados permitiu desenvolver estratégias de gestão relativamente a adequação dos ensinos a realizar à criança/jovem e família de acordo com o tempo e a situação, na execução do PNV com as vacinas extra plano e na gestão da periodicidade de consultas de acordo com as necessidades de vigilância de saúde do RN/criança/jovem e família, fomentando a promoção da saúde e prevenindo a doença. No sentido de gerir as atividades a desenvolver no período das consultas, semanalmente fiz um levantamento de todas as consultas de vigilância de saúde infantil programadas direcionando a minha ação no assegurar do cumprimento do PNSIJ.

No SUP, a gestão de cuidados é fulcral. Neste contexto deparamo-nos com situações emergentes, de risco de vida, como tal é necessário por parte do enfermeiro especialista a gestão dos cuidados a prestar

No contexto de Neonatologia, a assistência prestada assenta no respeito dos períodos de sono/vigília do RN, na manipulação mínima e no planeamento dos cuidados a prestar incluindo os pais como participantes ativos (Parceria de Cuidados). A gestão de cuidados é realizada através da distribuição de RN pelo número de enfermeiros efetivos no turno.

A adoção do método de trabalho de uma instituição ou unidade de saúde retrata a filosofia do cuidar, a elaboração e a organização dos cuidados. Segundo Frederico e Leitão, 1999, a sua utilização torna o trabalho dos enfermeiros mais fácil e seguro, rentabiliza o tempo e os recursos, elimina a duplicação de pessoal e de esforços, melhorando qualidade dos cuidados prestados.

A observação da dinâmica e método de trabalho das equipas nos três contextos assistenciais permitiu-me compreender que é fundamental a otimização do trabalho da mesma para uma melhor qualidade e segurança da assistência. Assim, são vários os métodos de trabalho que servem de suporte à prática dos cuidados.

Na UCC/USF, os enfermeiros optam pela utilização do método de trabalho primário ou de responsável. Este proporciona uma prestação de cuidados com maior nível de personalização, permitindo a continuidade de cuidados e conferindo maior autonomia, segurança e empenhamento por parte do enfermeiro.

Na Urgência Pediátrica, observei que os enfermeiros utilizam o método de trabalho de equipa, embora cada enfermeiro seja responsável por uma área de atuação. Em todos os turnos existe um elemento que assume a posição de responsável de turno/ chefe de equipa, sendo este que define as prioridades das necessidades do doente, as áreas de atuação, que se responsabilizam pelas questões de coordenação, supervisão, avaliação dos cuidados de enfermagem e resolução de conflitos. A restante equipa está dividida pelas diferentes áreas de atuação de modo a gerir os cuidados eficazmente e com qualidade. Neste método existe uma descentralização da responsabilidade e a promoção da discussão sobre os cuidados prestados. No entanto, foi perceptível a dinâmica da equipa, visto que este método exige um grande espírito de equipa embora tenha alguma tendência em cair no método funcional/Tarefa.

Relativamente ao contexto de Neonatologia, o método de trabalho utilizado para a prestação de cuidados é o método individual. Os RN são distribuídos pelo número de enfermeiros efetivos no turno, sendo este responsável pela prestação dos cuidados. Com este método pude constatar que há uma individualização dos cuidados mas por outro lado há um estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro, RN e família de maior proximidade, a continuidade dos cuidados, o aumento da

responsabilidade do enfermeiro e a sua capacidade de decisão (Parreira, 2005 Cit.por Duarte, 2014).

Contudo, quando inicialmente contatei com estas dinâmicas senti que iria ter algumas dificuldades mas, após consulta de protocolos, normas e procedimentos, e a partilha de dúvidas e ideias com as tutoras permitiram-me ultrapassar os obstáculos, estimulando-me à reflexão e à mudança dos cuidados a prestar.

O contacto com os diferentes contextos assistências permitiu a aquisição de diversos conhecimentos no âmbito da gestão de cuidados, munindo-me de competências e estratégias, que no futuro poderão contribuir no exercício de funções enquanto gestora.

### **3.3 - Domínio da Formação:**

A atualização de conhecimentos através da formação contínua deve estar patente e incutida em todos os enfermeiros de modo a desenvolver uma prática profissional mais complexa, especializada e exigente, pois é na procura incessante da excelência no exercício profissional, que o enfermeiro contribui para a máxima eficiência na organização dos cuidados de enfermagem.

A O.E, 2001, menciona que um elemento importante face à organização dos cuidados de enfermagem é a *“a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”*. O Código Deontológico do Enfermeiro corrobora com a ideia acima citada, como se pode constatar na alínea e), artigo 100.º (2015) dos deveres deontológicos, em geral, o enfermeiro assume o dever de *“Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional.”*

---

#### **Competências a desenvolver**

- *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;*

- 
- *Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;*
  - *Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;*
  - *Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;*
  - *Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;*
  - *Promover a formação em serviço na área de EESIP;*
  - *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
  - *Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;*
  - *Colaborar na integração de novos profissionais;*

---

#### ***Objetivos Específicos***

---

- *Promover o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais.*
- *Desenvolver competências no âmbito da formação ao grupo de pares.*

---

#### ***Atividades realizadas***

---

- *Participei no fórum das especialidades de Enfermagem “As pessoas, a violência e os cuidados de saúde”;*
- *Participei na conferência “Primeiros 1000 dias do bebé, uma janela de oportunidade única”;*
- *Participei na ação de formação “O funcionamento de ventilador”;*
- *Participei na ação de formação “Tipologia dos maus tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde”;*
- *Participei na formação “Controlo de infeção”;*
- *Identifiquei áreas de necessidade formativa;*
- *Realizei formação ao grupo de pares sobre “Sistemas de Retenção Infantil”;*

---

#### ***Reflexão***

---

Em Enfermagem a contínua atualização de conhecimentos é imperatória. O que aprendemos no início do percurso é a base de todo o nosso saber, não podendo,

contudo, ficar estancos nesse conhecimento. Devemos investigar, aprofundar, aprimorar e manter atualizados os conhecimentos. Cada vez mais nos deparamos com a evolução científica e tecnológica obrigando-nos a um acompanhamento contínuo destes progressos.

Ao longo do estágio, assumi uma postura ativa na procura de oportunidades de conhecimento, promovendo o desenvolvimento das competências e investindo no meu crescimento profissional. Neste sentido, no contexto neonatal, assisti à apresentação/formação do funcionamento de ventilador. No decorrer do percurso académico participei no fórum das especialidades de enfermagem “As pessoas, a violência e os cuidados de saúde” da UCP. Paralelamente e fora do contexto de estágio participei na conferência “Primeiros 1000 dias do bebé, uma janela de oportunidade única” patrocinada pela Nestlé, que teve como princípio a transmissão de conhecimentos sobre nutrição nos primeiros 3 anos de vida. No âmbito dos cuidados primários, através do NACJR da UCC participei na formação tipologia dos maus tratos em Crianças e Jovens da UCCVC, com o intuito de sensibilizar os professores para a temática dos maus tratos em crianças e sua referenciação. E na formação “Controlo de infeção” do HPH. Contudo, todas as oportunidades de formações contribuíram para o meu crescimento e formação pessoal, ampliando os meus conhecimentos e potenciando o meu processo formativo. (Apêndice IX)

O enfermeiro especialista, procura desenvolver o seu auto conhecimento, mantendo de forma continua o seu progresso. Este deve atuar como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnosticando as necessidades formativas e favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos outros enfermeiros. O enfermeiro especialista *“responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”* segundo o regulamento n.º 122/2011 das competências comuns do enfermeiro especialista.

Face a isto, através de uma atitude crítico reflexiva, diagnostiquei as necessidades formativas do serviço. Contudo, em conjunto com a equipa, procurei identificar a necessidade de realizar formação e as temáticas que pudessem trazer

maior contributo à mesma e conseqüentemente à melhoria da sua prática profissional. Neste âmbito planeei, realizei e avaliei a ação de formação com o tema “Bebés, Crianças e Jovens em segurança”, inserido no projeto Crescer seguro, destinada aos Enfermeiros da UCCVC (Apêndice X). Com esta ação de educação para a saúde pretendi: abordar os aspetos mais atuais da temática; desenvolver competências como formadora; dar resposta às lacunas do conhecimento do grupo de pares e sensibilizar para a importância da atuação do enfermeiro na promoção da segurança e prevenção de acidentes não intencionais. Como metodologia de ensino, utilizei o método expositivo, interrogativo e participação ativa, o que se mostrou apropriado dado que no final da sessão consegui atingir os objetivos inicialmente propostos (Apêndice XI). Todos os colegas que participaram na ação de educação para a saúde, avaliaram positivamente a pertinência do tema, a sessão, os meios utilizados para a transmissão de conhecimentos e dinamização da mesma (Apêndice XII).

A avaliação da formação referente ao conteúdo realizou-se através da aplicação prévia de uma avaliação diagnóstica (Apêndice IX), a qual voltou a ser aplicado no final da sessão, revelando 65,8% de respostas corretas no primeiro e 84,6% no segundo. No final da sessão, pude inferir que os conteúdos foram assimilados na sua generalidade, promovendo a evolução pessoal e profissional da equipa, de modo a que os contributos para a prestação de cuidados sejam significativos.

### **3.4 - Domínio da Investigação:**

A investigação em enfermagem é imprescindível para o desenvolvimento, a avaliação e a transferência do conhecimento. É essencial gerar novos conhecimentos, para avaliar a prática e fornecer evidência que posteriormente irá servir de suporte à prática, à investigação e gestão em enfermagem. Esta é fundamental para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a encontrar melhores formas de promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados a toda a comunidade em diferentes contextos. Neste sentido, o conhecimento adquirido pela

investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Segundo o REPE 2015, artigo 9º, nº 5, *“os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.”* Nesta linha de pensamento, é de extrema importância produzir investigação, que num futuro próximo se irá refletir numa melhor prestação de cuidados e no avanço da disciplina.

---

#### ***Competências a desenvolver***

---

- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;*
- *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*
- *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*
- *Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;*

---

#### ***Objetivos Específicos***

---

- *Atualizar os conhecimentos através de pesquisa bibliográfica*
- *Utilizar na prática assistencial ao RN/criança/adolescente e família.*

---

#### ***Atividades realizadas***

---

- *Efetuei pesquisa bibliográfica para fundamentar o meu desempenho;*
- *Utilizei o conhecimento proveniente da investigação na área da especialidade no desempenho das minhas funções na prestação de cuidados ao RN/criança/adolescente e família;*
- *Refleti na prática clínica a aplicação dos resultados da investigação científica;*
- *Identifiquei áreas de interesse e oportunidade relevantes de investigação.*

---

#### ***Reflexão***

---

A investigação é essencial para a renovação do conhecimento em enfermagem. O conhecimento proveniente da investigação só tem valor quando usado para aperfeiçoar a qualidade dos cuidados. *“Reconhece-se a importância da investigação*

*para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social.” (Martins, 2008).*

Ao longo do meu percurso, procurei desenvolver as competências neste domínio através de pesquisas bibliográficas, em base de dados científicas e credíveis, de modo a utilizar o conhecimento mais atual como fundamentação da prática assistencial, contribuindo para a segurança dos cuidados, a excelência dos mesmos e a otimização de resultados de enfermagem conduzindo a um crescimento profissional.

A área da Saúde Infantil e Pediátrica abrange uma ampla faixa etária, onde ocorrem muitas alterações a nível físico, psíquico e emocional, exigindo do profissional de enfermagem o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a resolução dos problemas da prática.

Foram várias as situações que no decorrer do estágio suscitaram a pesquisa e procura de conhecimento. Todo este processo, de adquirir, analisar e integrar os dados científicos torna-se fundamental para a organização e interpretação dos resultados. O apoderamento de conhecimentos sobre as áreas investigadas, desde a nutrição em RN/crianças, os cuidados ao prematuro, a gestão da termorregulação do micronato e prematuro, medidas de conforto e toque, o acondicionamento de medicação e a vacinação, permitiu a melhoria da qualidade da prestação de cuidados ao RN/criança/jovem e família, a uniformização dos cuidados e a aplicar os resultados provenientes da investigação nas experiências vivenciadas. Visto que durante o meu percurso os momentos de partilha com as tutoras e restante equipa, foram no intuito de transmitir conhecimento de novos dados fomentando uma prática baseada na evidência, proporcionando a discussão, contribuindo assim para a mudança e para a prestação de melhores cuidados.

No entanto, durante a pesquisa e com o intuito de adquirir competências no domínio da investigação, identifiquei áreas passíveis de serem investigadas, nomeadamente a avaliação da eficácia do planeamento da alta ou a avaliação e gestão

da dor na criança, cujos condicionalismos temporais do estágio não permitiram o investimento.

Contudo, foi meu objetivo nos diferentes contextos assistenciais a promoção e reflexão sobre a prática com base na evidência científica, permitir momentos de partilha e divulgação de conhecimentos entre a equipa, bem como potenciar a qualidade da prática clínica e o progresso da profissão que se traduzem em ganhos para a saúde na área da SIP.

**Conclusão**

Terminado este percurso, estou convicta da constante necessidade de desenvolvimento e motivada para aprofundar novos conhecimentos. Este documento é o retrato de uma reflexão contínua sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos assistenciais, as dificuldades sentidas ao longo do percurso, as estratégias utilizadas para fazer face às adversidades e a minha evolução quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

Esta caminhada foi pautada por um enriquecimento a nível dos quatro domínios sendo que, o domínio da gestão foi o mais marcante para mim. Isto porque, considero ser uma área que para ser eficiente e eficaz é essencial ter conhecimentos dos outros domínios. A formação, mune-nos de estratégias e conhecimentos de modo a reagir adequadamente as diferentes situações; a prestação de cuidados, permite contactar com as atividades do serviço tendo uma perceção dos recursos e custos para uma prestação de cuidados com qualidade e a investigação promove um contínuo desafio na atualização de conhecimentos e competências baseados na evidência científica. Estando estes três níveis desenvolvidos e consolidados o domínio da gestão será exercida visando a otimização da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Após a passagem pelos diferentes contextos assistenciais confirmo a necessidade emergente de investirmos no saber mais. O facto de exercer a profissão, na área Pediátrica diferenciada, facilitou o meu desempenho ao realizar o estágio no serviço de Neonatologia e SUP por estar familiarizada com vários procedimentos contudo, nos CSP senti algumas dificuldades devido ao desconhecimento de várias atividades que aí se realizam. Nesta realidade uma das competências que me possibilitou desenvolver foi a área da comunicação que é fundamental para lidar com a RN/ criança /jovem e família. Concluo que os locais de estágio se adequaram as minhas expectativas sendo fundamental para tal todo o enquadramento teórico da especialidade.

Na procura de mais saber e de dar resposta as minhas inquietudes elaborei objetivos específicos e atividades que direcionaram o meu percurso. No âmbito dos

diferentes contextos aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem levando a uma aquisição de competências nas diferentes áreas de exercício profissional, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, que se refletem ao longo deste documento alcançando os objetivos inicialmente delineados. Neste sentido, tentei descrever de forma clara, objetiva e sucinta as atividades e reflexões desenvolvidas.

Ao longo deste percurso deparei-me com momentos de grande satisfação e com momentos de inquietação que se prenderam com a gestão de tempo (trabalho, faculdade e família), cansaço, exigências pessoais, profissionais e académicas. Apesar das dificuldades que tive que ultrapassar sinto que cumpro com dedicação e zelo o meu objetivo e que cresci pessoalmente e profissionalmente. A aquisição de saberes que me foi permitido trará grandes contributos para a minha prática permitindo-me afirmar como Enfermeira Especialista.

---

**Bibliografia**

- Abreu, W. (2007). Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau, p. 1 – 295 ISBN 978-972-8485-87-0.
- Apolinário, M. I. (Julho de 2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 7, p. 83-92;
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL] (2010). Referencial de Competências do Enfermeiro Gestor. Acedido a 8 de Fevereiro de 2017 em <http://www.apegel.org/documentos.aspx>.
- Barradas, A.M.C.R. (2008). Parentalidade na relação com o recém – nascidos Prematuro: Vivencias, Necessidades e Estratégias de Intervenção. Tese de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, p.1-247.
- Camarneiro, A. P. F; Alves, C. A; Ferreira, A. P; Gomes, A. I. (2009). "Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais", Ata Pediátrica Portuguesa 40, 2, p. 53 - 57.
- Carneiro, S.G. (2010). As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, Porto, p.1-140.
- Charepe, Z. (2014). Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, p.1-161.
- CIPE, (2003). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão beta 2 (3ª edição).Lisboa: Conselho Nacional de Enfermagem.
- Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).
- D’Espiney, L. (2003). – Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho. In Formação e Situações de Trabalho. (2.ª ed.). Porto: Porto Editora, p. 169-188 ISBN 972-0-01115-7.

- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de Agosto.
- Decreto-Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto.
- DGS. A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 09. DGS/DGCG. Lisboa, 14/06/2003.
- DGS. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa, 14/12/2010.
- DGS. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação n.º 024/2012. Lisboa, 18/12/2012.
- DGS. Programa Nacional de Vacinação 2006 (Orientações técnicas; 10). Nova ed. revista. – Lisboa: DGS, 2005.
- DGS. Programa Nacional de Promoção da Saúde Escolar. Circular normativa n.º 015/2015. Lisboa, 12/8/2015.
- DGS. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa de n.º 01/DSE. Lisboa, 1/06/2013.
- DGS. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular normativa n.º 010/2013. Lisboa, 31/05/2013.
- DGS. Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. Circular normativa n.º 001/2010. Lisboa, 16/09/2010.
- Domenico, E.B.L., Ide, C.A.C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev. Latino-am Enfermagem janeiro-fevereiro; 11(1), p. 115-118.
- Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015
- França, M.I.R. (2013). Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, p. 1-130.
- Frederico, M., Leitão, M. (1999). Princípios de Administração para Enfermeiros. Coimbra: Formasau, p. 1-185. ISBN 972-8485-09-3.
- Giannotti, M. A. A. (2001). Toque da borboleta: massagem para bebés e crianças. Edições Loyola: Brasil.

- Gonçalves, A.S.B.M. (2011). Promoção da Segurança Infantil. Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, p. 1- 71.
- Guião PRESSE. Formação para Professores. [Www.presse.com.pt](http://www.presse.com.pt)
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2008). Wong Fundamentos de enfermagem Pediátrica (8ªed.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2011). Wong Fundamentos de enfermagem Pediátrica (8ªed.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2014). Wong Fundamentos de enfermagem Pediátrica (9ªed.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- <http://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/medicacao#tipos-de-insulina>
- <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>
- [http://www.ema.europa.eu/docs/pt\\_PT/document\\_library/EPAR\\_Product\\_Information/human/000424/WC500021658.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_Product_Information/human/000424/WC500021658.pdf)
- <https://www.inspiration-healthcare.com/products/neonatal-intensive-care/positioning-aids-and-developmental-care/procedural-devices/algopedol-sucrose-24-percent-solution>
- <http://www.leitematerno.org/oms.htm>
- Jorge, A.M. (2004). Família e Hospitalização da Criança, Lusociência, p 1 – 191.
- Lambert, V. Long, T. & Kelleher, D. (2012), Communication skills for children`s Nurses. Glasgow: McGraw Hill.
- Lima, A.S.S. (2009). Avaliação de Estratégias de *coping* em crianças com cancro: Estudo Exploratório, Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa, p. 1 -64.
- Lima, R. [et al.]. (2009). Acidentes na Infância: local de ocorrência e condutas dos familiares no âmbito domiciliar. *Revista eletrónica cuatrimestral de enfermaria*. Nº 15 (Fev. 2009), p. 1-13.
- Lopes, N.M.Q. (2012). Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos Enfermeiros. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, p. 1-125.

- 
- Martinez, E.A., Tocantins, F.R e Souza, S.R. (2010). Comunicação e assistência de enfermagem a criança. Revista pesquisa: cuidado fundamentado. Online 2010. Out/dez. 2(Ed. Supl.), p. 12-14.
  - Martinez, E.A., Tocantins, F.R e Souza, S.R. (2013). As Especificidades da Comunicação na assistência de enfermagem à criança. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 34, nº1, p. 37-44.
  - Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética Pensar Enfermagem Vol. 12 N.º 2 2º Semestre, p.62-66.
  - Mendes, M.G.S.M e Martins, M.M.F.P.S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referencia. III serie- nº6, p. 113-121.
  - Moraes, E.O., Enumo, S.R.F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, PsicoUSF v.13 n.2, Brasil.
  - Ordem dos Enfermeiros. (Abril de 2006). Tomada de Posição - Investigação em Enfermagem. Em conjunto pela saúde, n.º 21, pp. 34-35;
  - Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Vol.1. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, p. 1 – 134.
  - Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, n.º 35 - 2.ª Série;
  - Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento n.º 123/2011. Diário da República, n.º 35 - 2.ª Série;
  - Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos da OE, Série 1 número 8.
  - Quelhas, Isabel. (2009). O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. 1 Jornadas do Instituto da CUF - [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3779/1/Comunicacao-nac\\_2009\\_ICS\\_1526\\_Quelhas\\_Isabel\\_01.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3779/1/Comunicacao-nac_2009_ICS_1526_Quelhas_Isabel_01.pdf)

- Relvas, A. P. (2004). O Ciclo Vital da Família, 3ªed. Porto: Edições Afrontamento, p. 1-238.
- Ribeiro, Sandra. (2012). Gestão de cuidados de Enfermagem: A implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, p. 1-90.
- Rocha, G., Proença, E., et al. (2004). Analgesia e Sedação. Consensos em Neonatologia. Secção de Neonatologia, Sociedade Portuguesa de Pediatria, Coimbra, p. 45-51.
- Sequeira, L. A. C, Rosa, A.L.O; Hipólito, A.M. C.C. (2012). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor à criança. Sinais Vitais, Enfermagem em revista, p. 1-51.
- Serrano, M.T. (2008). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho, Aveiro: Universidade de Aveiro, p. 1-385.
- Weber, L.N.D., Stasiack, G.R. & Brandenburg, O.J. (2003). Percepção da Interação Familiar e Autoestima de Adolescentes. Aletheia, 17/18, p. 95-105.



# APÊNDICES



## APÊNDICE I – Plano de AES - “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida”



| <p><b>Formadora:</b> Sofia ferreira<br/> <b>Tema:</b> Prevenção de acidente no primeiro ano de vida<br/> <b>População alvo:</b> Pais de crianças até ao 1ºano de vida e futuros pais<br/> <b>Data e hora:</b> 04/10/2016 14 horas<br/> <b>Local:</b> UCC Vila do Conde<br/> <b>Duração:</b> 1h30 m<br/> <b>Objetivo geral:</b> Sensibilizar para a importância da manutenção de um ambiente seguro<br/> <b>Objetivo específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para os principais acidentes no primeiro ano de vida</li> <li>• Identificar fatores de risco para acidentes</li> <li>• Identificar locais frequentes de acidentes</li> <li>• Propor medidas promotoras da segurança da criança</li> </ul> |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Fases/ Tempo   | Conteúdo  | Metodologia   | Avaliação   |
| Introdução<br>15 Minutos   | -Acolher a população-alvo;<br>-Apresentação pessoal da formadora e tema;<br>-Avaliação diagnóstica; Apresentar os objetivos da sessão;<br>-Apresentar as atividades a desenvolver durante a sessão.   | Expositivo e ativo com auxílio da técnica de exposição e demonstração (Power Point) | Avaliar a comunicação da população-alvo ao longo da sessão  |
| Desenvolvimento<br>30 Minutos  | -Com recurso a power point apresentar a temática a abordar na sessão<br><br><b>Conteúdos:</b><br>-Tipo de acidentes;<br>-Importância da prevenção de acidentes;<br>-Perigos existentes na casa;<br>-Prevenção dos acidentes mais comuns: quedas, asfixia/ aspiração, queimaduras, intoxicações, acidentes rodoviários;<br>-Refletir sobre os diferentes perigos que o ambiente doméstico apresenta e sobre a importância da prevenção de acidentes;<br>-Visualização de um filme “Acidentes domésticos” da <a href="http://criançassegura.org.br">criançassegura.org.br</a> | Expositivo e ativo com auxílio da técnica de exposição e demonstração (Power Point) | Avaliar a comunicação da população-alvo ao longo da sessão<br><br>Avaliar a sessão com recurso a um questionário de opinião |



---

|                         |  |   |   |
|-------------------------|--|---|---|
| Conclusão<br>15 Minutos | -Resumir os conteúdos abordados na sessão;<br>-Esclarecer dúvidas;<br>-Solicitar a opinião da população-alvo acerca da importância e contributo desta sessão;<br>-Solicitar uma avaliação escrita da sessão e apresentação de sugestões;<br>-Finalizar a sessão. | Expositivo e ativo com auxílio da técnica de exposição e demonstração (Power Point) | Avaliar a comunicação da população-alvo ao longo da sessão<br><br>Avaliar a sessão com recurso a um questionário de opinião |
|-------------------------|--|---|---|



## APÊNDICE II – Diapositivos da AES - “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida”





## Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida

- Os acidentes são a maior ameaça à saúde e bem estar do seu bebé;
- 1ª causa de morte nos primeiros anos de vida;
- Traumatismos e ferimentos acidentais são a maior causa de morte e deficiência em crianças;

## Tipos de acidentes

- Quedas
- Asfixia / Aspiração
- Queimaduras
- Intoxicações
- Acidentes rodoviários



## Quedas

- Descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições;
- Todos os anos, cerca de 47 000 crianças são vítimas de quedas fatais, outras centenas de milhares sofrem traumatismos e lesões menos graves (UNICEF, 2008);
- Responsáveis pela maioria das quedas: agitação das brincadeiras, tentativa de descoberta, cama dos pais, sofás, escadas e cadeira/espreguiçadeira com cinto aberto;

## Quedas - Como evitar?

- Nunca deixar o bebé sozinho em superfícies altas (mesas, sofá...);
- Manter sempre uma mão em cima do bebé quando mudar a fralda;





- Pousar sempre a baby coque e alcofã no chão, nunca em cima de superfícies altas e com os cintos apertados;
- Evitar o uso de cadeiras de alimentação até que a criança consiga sentar-se corretamente;








- A cadeira deve ser estável e estar sempre encostada a uma parede;
- Colocar **SEMPRE** o cinto do bebê quando o sentar na cadeira das refeições e nunca o deixar sozinho;
- Cadeiras de encaixar na mesa, devem ser bem fixas, numa mesa estável, pesada e sem tampo de vidro e nunca colocar uma cadeira por baixo;



- Deixar sempre as grades do berço levantadas;
- **Nunca** utilize **andarilhos** (aranhas / voadores) – Atraso no desenvolvimento;
- Não deixe outra criança pegar no bebê, a não ser quando acompanhada por um adulto;



- Manter sempre os cintos apertados das cadeirinhas, cadeiras do automóvel e carrinhos de passeio;
- Travar o carrinho de passeio quando estiver parado e com os cintos apertados;
- Não pendurar sacos nas pegas do carrinho;



- Não descer escadas com carrinhos, usar os elevadores ou rampas;
- Escadas, protegidas com "barreiras de segurança" no primeiro e no último degrau;
- Para arejar a casa, bloquear as janelas com um limitador de abertura, para que não abram mais que 10cm;

- **Atenção** a janelas, portas de acesso a varandas ou terraços (protegidas com redes, cancelas, fechos de segurança);
- **Varandas**
  - Altura no mínimo de 110cm
  - Distâncias entre prumos não deve ser superior a 10cm
  - Não haver hipótese de escada
  - Não possibilitar a passagem da criança por baixo

## Asfixia/Aspiração

- Sufocação
- Afogamento
- Aspiração de objetos







### Sufocação - Como evitar?

- Para dormir colocar o bebê de costas, pés encostados à base do berço e em cama própria;
- A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebê – cabeça **sempre** descoberta - , não deve ultrapassar os ombros e usar cobertores leves;
- Não deve usar almofada, fralda, gorros, babetes ou outras peças que possam tapar-lhe a cabeça;
- Temperatura do quarto deverá estar entre os 18 e 21°C;



- Cama estável e sólida; grades com mínimo de altura de 60cm e máximo de largura entre elas de 6cm;
- Colchão firme e adaptado ao tamanho da cama;
- Caso as grades sejam de subir ou descer devem ter um travão;



- Nunca deixar o bebê a dormir com a corrente da chupeta, fios ao pescoço, laços ou fitas;
- Não alimentar o lactente ou criança deitada;
- Os brinquedos devem : ser macios, sem arestas, laváveis e grandes;



- Manter objetos pequenos, como moedas, tampas de caneta e partes de brinquedos fora do alcance da criança;
- Manter sacos plásticos fora do alcance da criança;
- Manter balões ou pedaços deles fora do alcance;



- Nunca deixar um bebê num puff;
- Controlar sempre a alimentação das crianças pequenas - risco de engasgamento;



### Afogamento

- Os afogamentos matam mais de 175 mil crianças por ano;
- Quase 3 milhões/ano de crianças sobrevivem a um afogamento = danos cerebrais = sequelas graves;



## Afogamento - Como evitar?

- Nunca deixe o bebé ou criança sozinha na banheira, **meio palmo de água basta para ocorrer o afogamento**;
- Não utilizar cadeiras de banho;
- Despejar toda a água de baldes, alguidares ou banheiras após a sua utilização;



- Escolher praias e piscinas vigiadas e cumprir a sinalização;
- Estar sempre atenta, sem perder de vista nem por um segundo uma criança perto da água;
- Colocar vedações e coberturas adequadas para evitar o acesso das crianças a locais como piscinas, lagos e tanques;

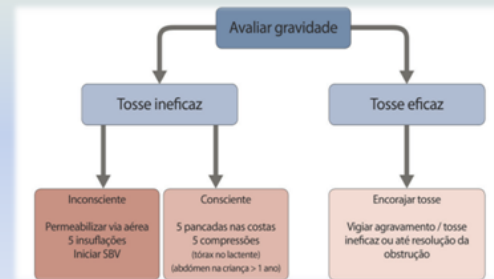


## Aspiração de objetos

Sinais de aspiração de objetos:

- Respiração ruidosa e tosse
- Palidez
- Agitação
- Cianose na face e extremidades
- Dilatação das pupilas

## Aspiração de objetos – Como evitar?



European Resuscitation Council - Guidelines for Resuscitation 2010/51

### Passo 1

- Avaliar a gravidade

### Passo 2

- Incentivar a tossir eficazmente
- Vigiar se resolve

### Passo 3

Se tosse ineficaz

- Aplicar até 5 pancadas nas costas (inter-escapulares);
- Vigiar se a situação resolve;

• Se Obstrução não resolvida:

- Compressões torácicas (idade <1 ano);
- Compressões abdominais „Manobra de Heimlich (idade >1 ano);

**P.S. Não realizar manobra a lactentes**



## Queimaduras

- Ferida Traumática que resulta na rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas;
- Ocorrem principalmente em casa e podem ser causadas por fogo ou calor, causas químicas, eléctricas ou por irradiação;
- 96 mil crianças morrem por ano devido a queimaduras provocadas pelo fogo;

## Queimaduras – Como evitar?

### No Banho :

- Colocar primeiro na banheira a água fria e só depois a água quente
- Verificar a temperatura da água do banho com o cotovelo ou termómetro (37°C)



### Na Cozinha :

- Cozinhar de preferência nas bocas de trás do fogão e manter as panelas e frigideiras com os cabos para dentro;
- Atenção á porta do fogão – risco de queimar-se;
- Manter os líquidos quentes afastados da criança;



- Nunca cozinhar com uma criança ao colo;
- Evitar o uso de chaleiras ou panelas eléctricas com fios longos. Desligar da tomada eléctrica após a utilização e proceder à sua arrumação;
- Não usar toalhas compridas na mesa para evitar derrubar utensílios/líquidos quentes;



### Em Casa :

- Proteger as tomadas eléctricas com protetores específicos;
- As tomadas eléctricas deverão estar a mais de 1,50m de altura e longe da cama ou cómoda sobre a qual muda o bebê;
- Não usar extensões eléctricas desadequadas e acessíveis às crianças;



- Manter fora do alcance das crianças fósforos e isqueiros;
- Não cobrir os aquecedores ou os candeeiros;
- As lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento devem estar devidamente protegidas;
- Não deixe o ferro elétrico ligado ou enquanto estiver quente, sem vigilância;





**Outros :**

- Verificar a temperatura do leite do biberão antes de dar à criança;
- Se aquecer alimentos no micro-ondas, mexer até tornar a temperatura homogênea confirmar antes de dar à criança;
- Manter os líquidos quentes (chá, café, sopa e outros) afastados do bebê;
- Não ingerir líquidos quentes com o bebê ao colo;



**Intoxicações**

- Quando há exposição a uma substância exógena levando a uma lesão por absorção: Por via oral, inalatória, cutânea, endovenosa, ocular;
- Principais causas: Medicamentos, produtos doméstico, cosméticos;

**Intoxicações – Como evitar?**

**Substâncias tóxicas:**

- Colocar substâncias tóxicas, produtos químicos e medicamentos em prateleiras altas ou locais trancados;
- Sempre que comprar produtos tóxicos ou corrosivos, escolher os que têm tampa de segurança;
- Nunca mudar produtos tóxicos para outras embalagens e muito menos para garrafas de bebidas;



**Medicamentos:**

- Armazena-los nos frascos de origem rotulados;
- Deitar fora quando prazo expirado;
- Evitar toma-los à frente da criança;
- Não referi-los como sendo doces;
- Armazenar num armário elevado e fechado;



**Acidentes rodoviários**

- Quando saírem de carro transportem sempre o bebê numa cadeira de segurança;
- **A cadeira deve ser :**
  - Adequada ao peso, tamanho e idade do bebê;
  - Usada voltada para trás pelo menos até aos 18 meses mas estudos confirmam que as crianças devem viajar voltadas para trás até aos 4 anos;
  - Aprovado com a etiqueta E;
  - Confortável e segura e bem adaptada ao automóvel;

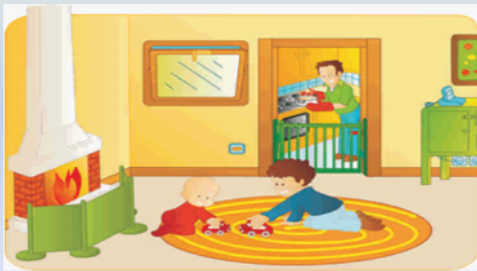


- Se o carro tiver airbag frontal não pode instalar a cadeira no banco da frente;
- Nunca deixar o bebê sozinho dentro do carro;
- Não deixar objetos à solta dentro do carro;





Um ambiente seguro não é fechar o bebé “a sete chaves” ou mantê-lo numa redoma, mas aumentar a segurança do meio e eliminar os riscos.





## APÊNDICE III – Avaliação da AES - “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida”



## Sessão: Prevenção de acidentes no 1ºano de vida

Este questionário pretende avaliar a opinião dos participantes sobre os diversos aspetos da sessão, sendo de carácter anónimo. Agradecemos a sua disponibilidade e o preenchimento do questionário.

Escala de satisfação

| 1                   | 2        | 3           | 4        | 5                   |
|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Indiferente | Concordo | Concordo totalmente |

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| A temática da sessão foi adequada   |   |   |   |   |   |
| Os objetivos da sessão foram cumpridos  |   |   |   |   |   |
| Os conteúdos programáticos estavam organizados de forma clara   |   |   |   |   |   |
| Os meios didáticos utilizados para a dinamização da sessão foram os adequados                                   |   |   |   |   |   |
| A documentação fornecida foi apropriada   |   |   |   |   |   |
| Após a sessão sente-se mais confiante para promover um ambiente seguro para o meu bebé                          |   |   |   |   |   |
| Globalmente, esta sessão contribuiu para adquirir conhecimentos sobre a prevenção de acidentes no 1ºano de vida |   |   |   |   |   |

Observações/Sugestões:



## Sessão: Prevenção de acidentes no 1ºano de vida

Responda Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes questões.

|  | V | F |
|--|---|---|
| Os acidentes no 1ºano de vida são a principal causa de morte em crianças   |   |   |
| As cadeiras de alimentação de encaixe devem ser usadas com a cadeira por baixo para evitar quedas                    |   |   |
| Os bebés devem utilizar andarilhos /voadores para aprender a andar   |   |   |
| Recomenda-se dar o biberão com o bebé deitado  |   |   |
| A campainha toca, está a dar banho ao seu bebé, pode deixá-lo a brincar na banheira e ir atender a porta             |   |   |
| Deve cozinhar com um bebé/criança ao colo  |   |   |
| As tomadas elétricas não devem ser protegidas  |   |   |
| Os sinais de aspersão são: palidez, agitação, alteração da coloração da face, mãos e pés, respiração ruidosa e tosse |   |   |
| Medicamentos e detergentes devem ser armazenados em armários devidamente fechados ou locais altos                    |   |   |
| Até aos 3 / 4 anos é recomendado as crianças viajem no carro com a cadeira voltada para a frente                     |   |   |



## APÊNDICE IV – Plano de AES - “O Meu Pequeno-Almoço Saudável”



| <p><b>Formadora:</b> Sofia Ferreira<br/> <b>Tema:</b> Pequeno-almoço saudável – Dia Mundial da Alimentação<br/> <b>População alvo</b> Crianças do Eb1<br/> <b>Data e hora:</b> 14/10/2016 10:30 horas<br/> <b>Local:</b> Eb1 Parada<br/> <b>Duração:</b> 01h30m<br/> <b>Objetivo geral:</b> Sensibilizar crianças do EB1 para a importância do pequeno-almoço para as atividades de vida diária.</p> <p><b>Objetivo específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as dificuldades na elaboração de um pequeno-almoço saudável</li> <li>• Identificar os tipos de pequeno-almoço corretos</li> <li>• Sensibilizar os pais e crianças para a importância do pequeno-almoço</li> <li>• Avaliar os conhecimentos das crianças sobre alimentação saudável</li> </ul> |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Fases/ Tempo  | Conteúdo  | Metodologia  | Avaliação  |
| Introdução<br>15 Minutos  | -Acolher a população-alvo;<br>-Apresentação pessoal da formadora e tema;<br>-Avaliação diagnóstica; Apresentar os objetivos da sessão;<br>-Apresentar as atividades a desenvolver durante a sessão. | Expositivo   | Avaliar a comunicação da população-alvo ao longo da sessão                 |
| Desenvolvimento<br>60Minutos  | <b>Conteúdos:</b><br>- Constituição de um pequeno-almoço saudável<br>- Vários tipos de pequenos-almoços saudáveis<br>- Importância do pequeno-almoço saudável                                       | Divisão da população alvo em grupos de 4 elementos.<br>Fornecer imagens sobre alimentos que podem integrar o pequeno – almoço.<br><br>Solicitar ao grupo a composição de um pequeno-almoço saudável. | Avaliar se as crianças são capazes de construir pequenos-almoços saudáveis |



---

|                             |   |            |  |
|-----------------------------|---|------------|--|
| Conclusão<br><br>15 Minutos | -Esclarecer dúvidas;<br>-Solicitar uma avaliação escrita da sessão;<br>-Finalizar a sessão. | Expositivo | Avaliar a sessão com recurso a um questionário de opinião<br><br>Avaliar se a criança foi capaz de selecionar corretamente os alimentos e formar um pequeno-almoço saudável, incluindo até um alimento não saudável. |
|-----------------------------|---|------------|--|



APÊNDICE V – Panfleto sobre - “O Meu  
Pequeno-Almoço Saudável”



# Pequeno-almoço Saudável

Dia Mundial da Alimentação

Pequeno-almoço

=

Sucesso Escolar



## Melhora:

- As notas (+ concentração / + raciocínio)
- A atenção
- A criatividade
- A assiduidade
- O estado físico (músculos fortes, + resistência)

Pequeno-almoço deve ser de Rei, o almoço de Príncipe e o jantar de Pobre!



APÊNDICE VI – Excel sobre - “O Meu Pequeno-  
Almoço Saudável” – O que tomaram no dia da  
AES



| <b>Tipos de pequenos - almoço</b>  | <b>Nº de Crianças</b> |
|--|-----------------------|
| <b>Croissant + leite</b> , uma delas refere que toma leite com chocolate | 2                     |
|  |                       |
| <b>Leite</b>   | 2                     |
|  |                       |
| <b>Bolachas + leite</b> , uma delas refere comer 1 bolacha de chocolate  | 2                     |
|  |                       |
| <b>Pão com manteiga + leite com chocolate</b>                            | 4                     |
|  |                       |
| <b>Pão com fiambre + leite</b>   | 1                     |
|  |                       |
| <b>Torradas + leite</b>  | 2                     |
|  |                       |
| <b>Pão + leite</b>   | 2                     |
|  |                       |
| <b>Pão com manteiga + chá</b>  | 1                     |
|  |                       |
| <b>Pão com manteiga + leite</b>  | 4                     |
|  |                       |
| <b>16 comem cereais :</b>  |                       |
| Estrelitas   | 1                     |
| Chocapic   | 12                    |
| Cereais com mel  | 1                     |
| Nestum   | 2                     |



## APÊNDICE VII – Avaliação da AES - “O Meu Pequeno-Almoço Saudável”



## Sessão: “O meu Pequeno-almoço saudável”

Gostaríamos de saber a tua opinião tua opinião sobre a atividade “ O meu pequeno- almoço saudável”.  
Agradecemos a tua disponibilidade e o preenchimento do questionário.

### Escala de satisfação



|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Gostaste da temática da sessão                              |   |   |   |   |   |
| A atividade “O meu pequeno-almoço saudável” foi clara       |   |   |   |   |   |
| A elaboração da atividade através de colagens foi engraçada |   |   |   |   |   |
| As imagens dadas foram uteis                                |   |   |   |   |   |
| Globalmente, gostaste da atividade                          |   |   |   |   |   |



## Sessão: “O meu Pequeno-almoço saudável”

Gostaríamos de saber a tua opinião tua opinião sobre a atividade “ O meu pequeno- almoço saudável”.  
Agradecemos a tua disponibilidade e o preenchimento do questionário.

|   | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Com as imagens dadas foi fácil elaborar um pequeno-almoço     |     |     |
| Um pequeno-almoço saudável não precisa de ter fruta           |     |     |
| Achas que o pequeno-almoço é importante para teres boas notas |     |     |
| Costumas de tomar o pequeno-almoço em casa                    |     |     |



## APÊNDICE VIII – Poster Amamentação



## Mitos da Amamentação



Com mamilos planos ou invertidos não vou conseguir amamentar

Leite aquoso não alimenta

O meu leite não é suficiente

Mamas pequenas não têm leite

Leite artificiais são iguais ao leite materno

Com uma mastite deve-se suspender a amamentação

Se a mãe estiver constipada, febre deve para de amamentar

Se a mãe tomar medicamentos deve parar a amamentação

Amamentando não posso comer certos alimentos

Em dias quentes e com aleitamento materno exclusivo, o bebé necessita de água

**Amamente o seu filho, não deixe que os mitos interfiram no sucesso da amamentação**



## APÊNDICE IX – Certificados de Formações





## EVENTO COMEÇAR SAUDÁVEL VIVER SAUDÁVEL CERTIFICADO DE PRESENÇA

A Nestlé Nutrition certifica que a Exma. Senhora Enfermeira Sofia Ferreira esteve presente no referido Evento que decorreu no dia 04 de junho de 2016, no Espaço Espelho de Água - Belém. Este Evento teve a duração de 5h.



**Primeiros 1000 dias do bebé,  
uma janela de oportunidade única.**



Fernando Carvalho  
Nestlé Nutrition





Participou na Formação “TIPOLOGIA DOS MAUS TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO—Intervenção da Saúde, organizada pelo Núcleo de Crianças e Jovens em Risco do Agrupamento de Centros de Saúde de Vila do Conde, que decorreu no dia 26 de Outubro de 2016, com duração de duas horas, no Agrupamento de Escola D. Pedro IV de Vila do Conde.



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, e. p.

*Enf. Natércia Reis*  
ACES/GRANDE PORTO IV  
Póvoa de Varzim/Vila do Conde  
NACJR Póvoa de Varzim  
Coordenadora do NACJR do ACeS PVVC



APÊNDICE X – Plano de Sessão de Formação ao  
Grupo de Pares sobre Sistema de Retenção em  
Crianças



**Formadora:** Sofia Ferreira

**Tema:** Bebés, Crianças e jovens em segurança - Projeto “ Crescer Seguro”

**População alvo:** Profissionais da UCC Vila do Conde

**Data e hora:** 04/11/2016 13 horas

**Local:** UCC Vila do Conde

**Duração:** 01:00h

**Objetivo geral:**

- Promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais;
- Contribuir para a redução da mortalidade e morbilidade infantil por acidentes de automóvel.

**Objetivo específicos:**

- Desenvolver competências nos profissionais de saúde da UCCVC de modo a que sejam capazes de educar a população na prevenção de acidentes em bebés, crianças e jovens.
- Melhorar o nível de literacia em segurança rodoviária infantil, nomeadamente SRC, da população da nossa área de abrangência.

| Fases/ Tempo            | Conteúdo  | Metodologia  | Avaliação  |
|-------------------------|---|--|--|
| Introdução<br>10Minutos | -Acolher a população-alvo;<br>-Apresentação pessoal da formadora e tema;<br>-Avaliação diagnostica; Apresentar os objetivos da sessão;<br>-Apresentar as atividades a desenvolver durante a sessão. | Expositivo e participativo com auxilio de técnica de exposição e demonstração (PowerPoint) | Avaliar o interesse da população-alvo ao longo da sessão |



|                              |  |   |   |
|------------------------------|--|---|---|
| Desenvolvimento<br>40Minutos | <p><b>Conteúdos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocação do cinto na grávida</li> <li>- Transporte do RN desde a 1ª viagem</li> <li>- Transporte dos 12 Meses até aos 3/4 anos</li> <li>- Transporte dos 4 aos 12 anos</li> <li>- Classificação dos sistemas de retenção</li> </ul> | <p>Expositivo e ativo – PowerPoint</p> <p>Divisão da população alvo em grupos de 4 elementos para a realização da dinâmica “Carta de condução”</p> <p>Parte prática – Treino no banco simulatório do automóvel de colocação dos SRC</p> | <p>Avaliar a população alvo antes da sessão sobre o tema através de ficha de avaliação de conhecimentos</p> <p>Avaliação dos conhecimentos: Duas respostas erradas – não obtêm a carta de condução</p> <p>Avaliar se a população alvo distingue os diferentes SRC e como adapta-los ao automóvel.</p> |
| Conclusão<br>10Minutos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Esclarecer dúvidas;</li> <li>-Solicitar uma avaliação escrita dos conhecimentos da sessão;</li> <li>-Finalizar a sessão.</li> </ul>  | Expositivo e ativo  | Avaliar a sessão com recurso a uma ficha de questões de conhecimentos   |



## APÊNDICE XI – Diapositivos de Formação ao Grupo de Pares sobre “SRC”



## Bebés, Crianças e Jovens em Segurança

### CRESCER SEGURO

## PROJETO “CRESCER SEGURO”: Objetivos

- Desenvolver competências nos profissionais de saúde da UCCVC de modo a que sejam capazes de educar a população na prevenção de acidentes em bebés, crianças e jovens.
- Melhorar o nível de literacia em segurança rodoviária infantil, nomeadamente SRC, da população da nossa área de abrangência.

04/11/2016

Sofia Ferreira

## Sabia que...

- Os acidentes de automóvel são a principal causa de morte e incapacidades nas crianças em Portugal?
- Num acidente a 45Km/h os passageiros á solta são projetados com um peso 20 vezes maior (Bebé de 5 kg = 100 kg)
- A utilização do cinto de segurança ou de cadeirinha corretamente colocados permite reduzir as lesões e traumatismo graves em 60% a 90% dos casos

04/11/2016

Sofia Ferreira

## Sabia que...

Em Portugal o número de crianças e jovens que morrem na sequência de um acidente rodoviário têm vindo a diminuir:

- No triénio, 1998-2000 morreram 420 crianças e jovens
- Entre 2007-2009 morreram 115 crianças e jovens
- Em 2010 e 2011, morreram 21 crianças e jovens(média anual)

04/11/2016

Sofia Ferreira

## Grávida

- O cinto deve ser colocado:  
Faixa subabdominal assente nos ossos da bacia e não sobre a barriga, e a faixa diagonal sobre o ombro, passando pelo esterno, e nunca por baixo do braço.
- Se viajar no lugar do passageiro, recue o banco de forma a ficar o mais afastada possível do airbag.
- Grávida condutora, distância mínima de 20cm entre corpo e volante.

04/11/2016

Sofia Ferreira

## Classificação dos sistemas de retenção:

- Os sistemas de retenção para crianças são classificados em cinco grupos de peso: 0, 0+, I, II e III – Norma ECE R44/04. A cada grupo corresponde um intervalo de peso.
- Atualmente, as cadeiras para crianças também podem ser homologadas segundo a nova norma: ECE R129, geralmente conhecida como norma “i-Size”.

04/11/2016

Sofia Ferreira



### Classificação dos sistemas de retenção:

- Norma ECE R129 - cada SRC indicará a altura (estatura) e o peso máximo das crianças que poderão utilizá-lo.
- No caso da norma ECE R129 todas as cadeiras serão “universais” e poderão utilizar-se em todos os automóveis equipados com lugares “i-Size”.
- A utilização dos sistemas de retenção é obrigatória no transporte em automóvel e também no transporte coletivo de crianças.

04/11/2016

Sofia Ferreira

### Recém - nascido

- Transportado numa cadeirinha voltada para trás (VT) desde a 1ª viagem.
- SRC preso ao automóvel, com cinto de segurança ou através de sistema isofix, num lugar sem airbag frontal ativo.
- Modelo homologado segundo o regulamento ECE R44 ou ECE R129.
- Cadeirinha do grupo 0+, homologada até aos 13kg.

04/11/2016

Sofia Ferreira

### Recém - nascido

- “Etiqueta E” número de aprovação começa por 03 ou 04 (mais recentes).
- Nunca colocar mantas ou fraldas por baixo do bebé, nem entre a cadeira e o banco do automóvel
- Instalar a cadeira com inclinação de 45 graus
- Alcofa desaconselhada

04/11/2016

Sofia Ferreira

### Grupos de cadeiras adequadas

| Grupo     | Peso                    | Idade (aprox.)    | Posição |
|-----------|-------------------------|-------------------|---------|
| 0-Alcofa  | Só para casos especiais |                   | De lado |
| 0+        | Até 13 kg               | Até 12-18 meses   | VT      |
| 0+/I ou I | Até 18 kg               | 12 meses-3/4 anos | VT      |
| 0+/I ou I | Até 18 kg               | 18 meses-3/4 anos | VF / VT |
| II/III    | 15-36 kg                | 4/6 anos-12 anos  | VF      |
| III       | 22-36 kg                | 8/9-12 anos       | VF      |

### 12 meses até aos 3 ou 4 anos

- Devem viajar em cadeirinhas voltadas para trás até o mais tarde possível (3/4 anos).
- Quando não for possível transportar a criança virada para trás, utilizar uma cadeira com almofada frontal e a mesma presa com cinto do carro.

04/11/2016

Sofia Ferreira

### 4 aos 12 anos

- = ou > 15 Kg, passa para banco elevatório com costas, não tem arnês e é preso com o cinto do carro, mais adequadas até aos 8/9 anos.
- Costas do banco retirar o mais tarde possível, maior protecção para a criança.
- Uso de banco elevatório enquanto não atingir 1,35cm e 12 anos.

04/11/2016

Sofia Ferreira



## Lembre-se.....

Crianças transportadas no banco de trás:

- Com sistema de retenção homologado ao peso e tamanho.
- Voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3/4 anos.
- Só a partir dos 18 meses é que é permitido que viaje virada para a frente.

04/11/2018

Sofia Ferreira

## Lembre-se.....

- Quando com menos de 12 anos e menos de 1,35cm.
- Não pode ser transportado no banco da frente com airbag ligado.
- Expressamente proibido transportar crianças com menos de 3 anos em veículos sem cinto de segurança.

04/11/2018

Sofia Ferreira

## Bibliografia

- [www.Segurançarodoviariainfantil.org.pt](http://www.Segurançarodoviariainfantil.org.pt)
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Segurança no Trânsito.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Segurança Rodoviária.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. Secção de Neonatologia.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. Segurança Rodoviária.
- [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- [Decreto-Lei n.º 72/2013 de 03 de Setembro](#) – artigo 55

04/11/2018

Sofia Ferreira





## APÊNDICE XII – Avaliação ao Grupo de Pares sobre a Formação “SRC”



## Sessão: Projeto Crescer Seguro

As seguintes questões pretendem avaliar os conhecimentos dos participantes sobre o tema abordado – promoção da segurança de bebés, crianças e jovens. Agradecemos a sua disponibilidade e o preenchimento da mesma.

Das seguintes questões, responda verdadeiro (V) ou Falso (F).

|  | Verdadeiro | Falso |
|--|------------|-------|
| A cadeira tem que ter etiqueta de homologação  |            |       |
| Cadeira do grupo 0+ está homologada até aos 13kg                                       |            |       |
| A cadeira estando envolvida num acidente deve de ser destruída                         |            |       |
| Cadeiras homologadas pela versão 02 do regulamento R/44 não podem ser utilizadas       |            |       |
| A cadeira poder ser usada até ao máximo por três crianças                              |            |       |
| A cadeira deverá ser presa ao carro com cinto de seguranças de 2 pontos de fixação     |            |       |
| A cadeira não pode ser instalada num lugar com airbag frontal ativo                    |            |       |
| O arnês deverá estar colocado á altura do ombro ou ligeiramente a cima                 |            |       |
| Manter a criança voltado para trás até aos 3 / 4 anos                                  |            |       |
| Colocar mantas ou fraldas por baixo do bebé para o amparar                             |            |       |
| O banco elevatório é obrigatório usar até aos 12 anos e 1,50m altura                   |            |       |
| Grupo I - crianças de peso compreendido entre 9 kg e 18 kg                             |            |       |
| Num acidente a 45Km/h os passageiros á solta são projetados com um peso 20 vezes maior |            |       |



## Sessão: Projeto “ Crescer Seguro”

Este questionário pretende avaliar a opinião dos participantes sobre os diversos aspetos da sessão.

É de carácter anónimo e agradecemos a sua disponibilidade e o preenchimento do questionário.

### Escala de Satisfação

| 1                   | 2        | 3           | 4        | 5                   |
|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo | Indiferente | Concordo | Concordo totalmente |

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| A temática da sessão foi apropriada   |   |   |   |   |   |
| Os objetivos da sessão foram cumpridos  |   |   |   |   |   |
| Os conteúdos programáticos estavam organizados de forma sucinta e clara                             |   |   |   |   |   |
| Os conteúdos teóricos foram elucidativos  |   |   |   |   |   |
| Os meios didáticos utilizados para a dinamização da sessão foram os adequados                       |   |   |   |   |   |
| As dinâmicas utilizadas, “Carta de condução” e treino prático nos diferentes SRC foram informativas |   |   |   |   |   |
| Globalmente, esta sessão contribuiu para adquirir conhecimentos sobre SRC                           |   |   |   |   |   |

Observações/Sugestões:

