



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Tânia Sofia Pascoal dos Santos

LISBOA, Abril de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Tânia Sofia Pascoal dos Santos

Sob orientação da Professora Elisabete Nunes

LISBOA, Abril de 2013

“Os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida (...)”

Marie-Françoise Collière

RESUMO

O Desenvolvimento Infantil inicia-se na vida intrauterina e envolve múltiplas aquisições, tais como, crescimento físico, maturação neurológica e a construção de habilidades comportamentais, cognitivas, sociais e afetivas.

É um tema bastante abrangente e complexo e de extrema importância para a prática de enfermagem em contexto pediátrico, essencialmente nos primeiros anos de vida da criança, pois é nesta fase que esta apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

O presente relatório tem como principal objetivo descrever e refletir de forma crítica sobre o percurso desenvolvido no decorrer da Unidade Curricular Estágio.

Este percurso iniciou-se nos recursos da comunidade, sendo a promoção do desenvolvimento infantil através de cuidados antecipatórios o elemento fundamental. Posteriormente a minha atuação foi desenvolvida no Hospital de Santa Maria, mais especificamente no Serviço de Urgência Pediátrica, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e na Unidade de Cirurgia Pediátrica, onde a promoção do desenvolvimento infantil se torna mais desafiador, pois apesar dos esforços desenvolvidos no sentido de promover o desenvolvimento infantil, muitas intervenções estão centradas na patologia. Em todo o caminho houve oportunidade para a aquisição de competências na área da prestação de cuidados à criança/família nos diversos contextos, da gestão de cuidados, da formação e da comunicação.

As atividades desenvolvidas neste percurso centraram-se em formações sustentadas pelo Modelo de “Touchpoints” de Brazelton e direcionadas aos pais e/ou enfermeiros, referentes à importância de se investir nesta temática. A partilha de experiências e dúvidas possibilitou a solidificação da informação e a aquisição de competências na área do desenvolvimento infantil.

Através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva pretendo apresentar o caminho percorrido ao longo da Unidade Curricular Estágio, tendo como tema transversal a Promoção do Desenvolvimento Infantil.

Torna-se fundamental que o EESIP trabalhe esta temática para ajudar a criança, em parceria com a família, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade.

Palavras-chave: Criança/Família, Desenvolvimento Infantil, Enfermeiro.

ABSTRACT

Child Development begins inside the mother's womb and it involves multiple achievements, such as physical growth, neurological maturation and the improvement of behavioral, cognitive, social and emotional skills.

Due to its complexity and depth, Child Development is a very important theme in pediatrics nursing, especially when dealing with infants, for it is at this stage that the child presents the highest degree of plasticity and resilience when responding to stimuli that might influence her development.

This report's main goal is to describe the experiences that took place during this Internship's Curricular Unit, and share the critical reflections I made about it.

The events in this report start within the community, where the promotion of child development is essentially based on previous healthcare procedures. Later, my study was conducted in Santa Maria Hospital, in Neonatal Intensive Care and in Pediatric Surgery Units. These are the medical fields where the promotion of child development is more challenging for, most of the time, medical intervention is more focused on pathology rather than on enhancing child development. Along this study, there were many opportunities to develop skills on child/family care in various contexts: care management and communication.

My intervention was supported by Brazelton's "Touchpoints" Model. This Model was presented to parents and nurses, during training courses that valued this approach to evaluate and promote child development. All involved shared experiences and doubts, which contributed gain knowledge and develop skills in this area.

Using a descriptive, analytical and reflexive methodology, this report presents a chain of events that took place during a period of an Internship's Curricular Unit dedicated to Child Development Enhancement.

In partnership with the family, it is fundamental that the NSPIH use this methodology to help the child to develop according to the patterns expected for her age.

Keywords: Child/Family, Child Development, Nurse.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio incondicional, pelo carinho e por acreditarem sempre em mim.

Ao Tiago pelo amor, paciência, apoio e compreensão pela minha ausência em diversas situações.

À minha família e amigos pela ajuda e incentivo nos momentos difíceis desta caminhada.

Às minhas colegas de serviço pelo apoio e facilidade na troca de turnos.

Às Professoras Elisabete Nunes, Zaida Charepe e Margarida Lourenço pela disponibilidade, conselhos e preciosa ajuda ao longo do curso.

A todas as crianças e pais que acompanhei durante o decorrer dos estágios e que me receberam com carinho e se mostraram disponíveis para partilhar as suas experiências, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos que de alguma forma contribuíram para o sucesso desta caminhada.

A todos o meu obrigado!

Tânia Santos

LISTA DE ABREVIATURAS

Consult. - Consultado

ed. – Edição

n.º - Número

p. – Página

Vol. – Volume

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

EPE – Entidade Pública Empresarial

FLACC - The Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

HSM – Hospital de Santa Maria

IPI – Intervenção Precoce na Infância

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SACEP – Sociedade Anónima de Capitais Exclusivamente Públicos

SOPed – Serviço de Observação Pediátrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

WHO – World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação.....	27
Quadro 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão.....	27
Quadro 3 – Revisão Sistemática da Literatura.....	29

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 – IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	21
1.2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
1.3 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	26
CAPÍTULO 2 – REFLEXÃO E ANÁLISE DO PERCURSO REALIZADO	39
2.1 – MÓDULO I: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	39
2.1.1 – Consulta Externa e de Desenvolvimento do HSFX	39
2.1.2 – UCC Cacém-Care.....	42
2.2 – MÓDULO III: SERVIÇO DE URGÊNCIA E NEONATOLOGIA DO HSM	50
2.2.1 – Serviço de Urgência Pediátrica do HSM	51
2.2.2 – Serviço de Neonatologia do HSM	57
2.3 – MÓDULO II: UNIDADE DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HSM.....	61
2.4 – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	66
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	79
ANEXO I – Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida	80
ANEXO II – Importância da Alimentação na Idade Pré-Escolar	106
ANEXO III – Relatório da Visita Domiciliária	119
ANEXO IV – Impacto da Hospitalização nas Fases Toddler e Pré-Escolar	125
ANEXO V – Desenvolvimento Infantil no Primeiro Ano de Vida	141
ANEXO VI – Reflexão Sobre a Criança Submetida a Cirurgia	157
ANEXO VII – A História do Leo	162
ANEXO VIII – Impacto da Hospitalização nas Fases Pré-Escolar e Escolar	178
ANEXO IX – Folheto: Impacto da Hospitalização nas Fases Pré-Escolar e Escolar	191

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa (UCP), no Instituto de Ciências da Saúde (ICS), foi proposto a realização de um Relatório de Estágio, que tem como principal objetivo descrever o percurso percorrido ao longo dos três módulos de estágio, de forma crítica e reflexiva, tendo em conta as competências específicas do EESIP. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o EESIP “(...) *trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível*” (OE, 2010:1).

A procura de saberes e a aquisição de competências na área de Saúde Infantil e Pediátrica, para adequar e aperfeiçoar a minha prática profissional às necessidades da criança/família, foram os principais motores de motivação para a realização deste Curso de Mestrado. Identifiquei nesta área uma mais-valia a nível pessoal e profissional e ainda um desafio de grande importância na procura de conhecimentos incrementadores à minha prática profissional.

Devido à ausência de experiência profissional nesta área específica, escolhi uma temática mais abrangente e que me despertasse interesse e curiosidade trabalhar, pelo que optei pelo Desenvolvimento Infantil, do qual surgiu o tema: **“Promoção do Desenvolvimento Infantil – A Vida por Etapas”** e tracei como objetivo geral, transversal a todos os módulos de estágio, **contribuir para a promoção do desenvolvimento da criança/jovem e família, de acordo com as funções do EESIP nos diferentes contextos.**

Trabalhar esta temática torna-se de extrema importância para o EESIP, pois este possui aptidões que lhe permitem avaliar minuciosamente as capacidades e competências de cada criança, identificando precocemente situações de risco de atraso de desenvolvimento e encontrando estratégias de intervenção apropriadas (OE, 2010).

Pela mesma razão anteriormente descrita, foi necessário frequentar os três módulos de estágio, incluídos no plano de estudos do Curso de Mestrado, com vista à aquisição de competências neste âmbito Assim e por ordem cronológica frequentei o Módulo I, referente aos Cuidados de Saúde Primários, que se dividiu em dois momentos distintos, o primeiro foi referente aos Recursos da Comunidade e realizou-se na Consulta Externa e de Desenvolvimento do HSFx nos dias 23, 24 e 26 de Abril de 2012. O segundo

momento realizou-se na UCC Cacém-Care entre 30 de Abril e 22 de Junho de 2012. O Módulo III ocorreu no HSM e dividiu-se em duas oportunidades de aprendizagem, Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de 12 de Novembro até 7 de Dezembro de 2012 e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de 10 de Dezembro 2012 até 18 de Janeiro de 2013. Por último o Módulo II que diz respeito a um serviço de internamento de Medicina/Cirurgia Pediátrica foi realizado na Unidade de Cirurgia Pediátrica também do HSM, no período compreendido entre 23 de Janeiro e 15 de Março de 2013. Todos estes campos de estágio foram contributos extremamente ricos e importantes para o meu crescimento enquanto EESIP.

A elaboração deste Relatório de Estágio tem como principais objetivos: expor de forma crítico-reflexiva e sucinta o meu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do curso; descrever de forma crítico-reflexiva os objetivos, respetivas atividades e competências adquiridas ao longo dos módulos de estágio; refletir sobre todo o trabalho desenvolvido e sobre as necessidades e dificuldades com as quais me deparei.

Foi utilizada uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva pois permite, através de um carácter narrativo, de uma forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização da Unidade Curricular Estágio.

O presente relatório encontra-se estruturado de forma simples, lógica e sistematizada para melhor compreensão e leitura do mesmo. Está dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico e divide-se em três subcapítulos: identificação da problemática, referencial teórico e revisão sistemática da literatura, subjacente ao Método PICOS e direcionada para a seguinte questão: **Que intervenções se podem adotar para diminuir a ansiedade pré-operatória nas crianças em idade escolar?** No segundo capítulo faço uma reflexão e análise do percurso realizado. Este divide-se em três subcapítulos, dois dos quais separados em subtemas. Em todos, realizo uma breve caracterização do contexto, explico a forma como efetuei o diagnóstico de situação e descrevo e analiso de forma crítica e reflexiva os objetivos delineados, as atividades e as competências adquiridas ao longo deste percurso. Após estes dois capítulos encontra-se a conclusão, que contém uma síntese reflexiva deste relatório e do trabalho desenvolvido ao longo dos módulos de estágio.

Por último, encontram-se as referências bibliográficas, segundo a norma portuguesa 405, que deram suporte teórico a todo o trabalho desenvolvido e os anexos com todas as atividades realizadas nos diversos campos de estágio.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo apresentar a temática e o referencial teórico que sustentou a minha prática clínica. Inclui também a revisão sistemática da literatura, que disponibiliza um conjunto de evidências científicas, que levam a uma reflexão e comparação com a prática.

1.1 – IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O Desenvolvimento Infantil é um tema bastante abrangente e complexo e de extrema importância para a prática de enfermagem em contexto pediátrico. Segundo a Ordem dos Enfermeiros *"a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem"* é uma área particular de atuação do EESIP (OE, 2010:1).

O desenvolvimento da criança inicia-se na vida intrauterina e envolve múltiplas aquisições, tais como o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades comportamentais, cognitivas, sociais e afetivas. Este surge de forma ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos de vida da criança, pois é nesta etapa que se estabelecem as bases para o seu desenvolvimento, uma vez que esta apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento (BRAZELTON, 2002). Assim sendo, a criança necessita de um acompanhamento constante, para que se possam evitar possíveis danos no seu desenvolvimento, provenientes de fatores ambientais ou biológicos, promovendo-se assim um crescimento e desenvolvimento saudáveis (WHALEY E WONG, 1999).

O Enfermeiro Especialista é aquele que possui conhecimentos aprofundados num domínio específico de enfermagem, tendo em conta respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas: instrumentais, interpessoais e sistémicas, relativas a um campo de intervenção (OE, 2010). Assim, o EESIP tem o dever de adequar a sua intervenção à faixa etária em que a criança se encontra, de forma a potenciar o crescimento e o desenvolvimento harmonioso, observando juntamente com os pais e outros profissionais, a evolução de cada criança e estando atentos a potenciais ameaças ou fatores prejudiciais, potenciando os fatores positivos e valorizando as capacidades de cada criança e a sua família (BRAZELTON E SPARROW, 2003).

Ao longo da gravidez os pais idealizam e sonham com o filho imaginado, vivem as emoções entre si e o seu bebé. Após o nascimento tudo se modifica, há um confronto com um bebé que é real e que muitas vezes não é o que os pais idealizaram, no sentido em que tudo deixa de ser tão perfeito. O bebé come, dorme e chora... e inicialmente não se expressa de forma perceptível para os pais. Por outro lado, à medida que vai crescendo vai passando por outras crises típicas do desenvolvimento, por exemplo as birras frequentes em crianças entre os dois e os três anos de idade, com as quais, muitas vezes os pais não conseguem lidar. Por esta razão, sentem-se “perdidos” por não conseguirem identificar as necessidades da criança e não saberem agir de acordo com a situação. Logo, a promoção, a avaliação e o rastreio de possíveis alterações no desenvolvimento infantil, com intervenções direcionadas para a família para que esta possa ficar dotada de competências para interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial, deve ser o centro de atuação do EESIP (BELLMAN et al, 2003).

Hoje em dia, ao falar-se em enfermagem pediátrica está inerente o envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança – parceria de cuidados, a qual requer uma interação integral entre o EESIP e a família de forma a proporcionar as condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança. A família surge como uma referência sendo o seu enquadramento assumido como um fator que viabiliza o cuidado humanizado. A criança não sendo um elemento independente, quer pela sua condição humana quer pelas suas características incontornáveis é um ser vulnerável, pertencendo à família a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento (MENDES e MARTINS, 2012).

Anne Casey (1988) criou um modelo de parceria nos cuidados, a ser implementado aquando da prestação de cuidados pediátricos, que defende que a criança, pais e enfermeiros em parceria devem assumir parte ativa no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, sob a forma de proteção, estímulo e amor (MANO, 2002).

Casey sustenta a ideia de ser fundamental centrar os cuidados em dois princípios. O primeiro corresponde à atribuição de poder parental, o *empowerment*, através da criação de oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento de competências, em direção à capacitação dos pais para a tomada de decisão no processo de cuidados. O segundo princípio refere-se à relação de parceria, construída na confiança e respeito mútuos para a negociação diária da participação dos pais nos cuidados à criança, de acordo com a habilitação e desejo dos pais (CASEY, 1993).

O seu modelo engloba cinco conceitos principais: a criança, a família, a saúde, o ambiente e o enfermeiro pediátrico (FARRELL, 1994).

A criança adapta-se de modo diferente ao meio que a rodeia, de acordo com a fase de desenvolvimento em que se encontra, das experiências vivenciadas anteriormente e do apoio que recebe das pessoas de referência, no sentido de mobilizar estratégias moderadoras (RODRIGUES E RODRIGUES, 2009).

Quando ocorre a hospitalização da criança, estão implícitas a separação nomeadamente das rotinas diárias e do ambiente físico e afetivo e as restrições que vão condicionar os estímulos que são essenciais para o desenvolvimento da criança, podendo levar a algumas regressões, devido às perturbações psicológicas e afetivas (ansiedade, oposição, dificuldades de adaptação) que a criança sofre com o internamento (BORTOLOTE e BRÊTAS, 2008).

O facto de procurar estratégias pode ser vista como um momento de aprendizagem e desenvolvimento, pois pode possibilitar o estabelecimento de relações positivas e apoiantes com elementos da equipa de saúde e de uma relação mais próxima com os familiares. Permite, também, que a criança aprenda o que é capaz de fazer face à dor, a estar num lugar estranho e longe de casa, a desembaraçar-se, a solicitar ajuda e apoio de diferentes adultos e a diminuir o medo, a ansiedade e a dor (BARROS, 2003).

Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo está presente nos cuidados que são prestados à criança, ou seja a figura central na vida da criança hospitalizada, consegue estar mais desperto para uma avaliação contínua do seu desenvolvimento, bem como da evolução clínica (MORÃO, 2009). Logo o papel do EESIP é prestar cuidados especializados à criança, sempre que o seu estado de saúde assim o exija, permitindo que a família desempenhe as atividades de cuidados familiares. No entanto, os cuidados à criança devem ser flexíveis, ou seja, o enfermeiro poderá desempenhar atividades familiares e família poderá prestar cuidados especializados desde que o enfermeiro efetue supervisão e ensinamentos apropriados, de modo a que a família consiga responder adequadamente às necessidades dos seus filhos, tanto no meio hospitalar como em casa após a alta (PINTO e FIGUEIREDO, 1995).

Assim, no elenco de competências específicas do EESIP, o trabalho de cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

1.2 – REFERENCIAL TEÓRICO

O Modelo “Touchpoints” de Brazelton, afigura-se como um modelo de referência, no sentido em que apela ao conhecimento do desenvolvimento infantil, ao respeito pelas diferenças de cada família e ao trabalho com os pais, dando ênfase aos seus conhecimentos. Ou seja, é um modelo que deve ser adotado como uma filosofia que se segue, mas adaptado ao contexto de cada família. Este modelo foca-se em diversas dimensões: emocional, comportamental, motora e linguagem, que embora ocorram todas ao seu próprio ritmo também interferem umas com as outras (BRAZELTON, 2006). É caracterizado como um instrumento recente, inovador e útil para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.

A abordagem ao Modelo “Touchpoints” pode ser caracterizada como sendo a interação entre dois modelos da prática: o modelo de desenvolvimento e o modelo relacional. O primeiro modelo descreve o desenvolvimento da criança no contexto familiar como um processo descontínuo com acontecimentos súbitos previsíveis e regressões no desenvolvimento, por exemplo, perturbações no ritmo de sono da criança. Por outro lado, o segundo modelo enfatiza a importância de conhecer como as famílias são constituídas e mantidas, permitindo que a compreensão do desenvolvimento possa ser apropriada à criança e família. Realça ainda a aliança que os profissionais estabelecem com os pais, salientando a noção de alicerce, isto é, o suporte provisório aos pais e família (BRAZELTON e SPARROW, 2003).

Pode então referir-se, que é um modelo sobre o desenvolvimento infantil perspectivado em torno de momentos chave (“touchpoints”), que enfatiza a prevenção através de cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais, pois *“Os pais são os especialistas no comportamento de seus filhos”* (BRAZELTON e SPARROW, 2003:2).

No entanto, para que se consiga criar este tipo de relação torna-se necessário adequar a nossa intervenção às diferenças étnicas, religiosas e de estilos vida, valorizando-as. Quando os profissionais de saúde conseguem oferecer o suporte e o exemplo necessário para que os pais entendam o desenvolvimento dos seus filhos, consegue-se atingir o sucesso do sistema familiar (BRAZELTON e SPARROW, 2003).

Em suma, este modelo foca-se na intervenção precoce, dirigida à família, mas centrada na criança, baseada na partilha com os pais e em algumas descobertas relativas às diferenças individuais. O conhecimento prévio destes pontos-chave e as estratégias para

lidar com os mesmos podem ajudar a reduzir o stress, o medo e a ansiedade dos pais relativos ao desenvolvimento dos seus filhos, logo encaram os períodos de desorganização como oportunidades de aprendizagem, o que os torna mais seguros e confiantes (BRAZELTON e SPARROW, 2003). Os pais procuram recursos para lidar com as situações tanto dentro de si, como na comunidade ou cultura.

O EESIP deve possuir competências específicas para proporcionar este ponto de equilíbrio entre os conhecimentos adquiridos pelos pais e o stress: *“Presta cuidados específico em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* e *“providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010:4 e 5).

Os “touchpoints” são períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil, principalmente durante os primeiros anos de vida da criança, uma vez que é na infância que se verifica um crescimento e desenvolvimento mais acentuado, que se vai tornando progressivamente mais constante (WHALEY E WONG, 1999). Para Brazelton é nos primeiros anos de vida da criança que se constroem todos os alicerces e para que estes alicerces sejam sólidos é fundamental o papel dos pais. No entanto, cada criança tem um ritmo próprio de crescimento e desenvolvimento, pelo que cada ponto-chave pode ocorrer em momentos diferentes ou apresentarem características diferentes, de criança para criança. Muitas vezes estes períodos de desorganização e organização em etapas diferentes do desenvolvimento são notórios em crianças prematuras.

O Modelo “Touchpoints” é construído sobre os pressupostos da exigência e dificuldade de educar uma criança, pois o desenvolvimento da criança não ocorre de forma linear. Assim quando existem momentos de retrocesso ou desorganização numa determinada área, os pais sentem-se frustrados e duvidam das suas capacidades parentais.

Sendo assim, os EESIP têm o dever de potenciar o crescimento e o desenvolvimento harmonioso de todas as crianças observando, juntamente com os pais e outros profissionais, a evolução de cada uma e estando atentos a potenciais ameaças ou fatores prejudiciais, potenciando os fatores positivos e valorizando as capacidades de cada criança e a sua família (BRAZELTON, 2003).

Ou seja, o EESIP ao unir-se aos pais e ao prestar cuidados antecipatórios, fornecendo informação nos mais variados temas, incluindo a relação pais-filho, como lidar com o choro, os distúrbios do sono e a privação de sono, as questões de segurança e a promoção do desenvolvimento motor e da linguagem, está a aumentar as habilidades

parentais e a melhor a capacidade de aplicarem essas habilidades no cuidado diário dos seus filhos – Promoção da Saúde.

“A promoção de saúde é o processo de capacitar as pessoas sobre, e para melhorar, a sua saúde. (...)” e *“pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1986).

O objetivo fundamental dos “Touchpoints” é fornecer um modelo que ajude a modificar as práticas sociais para que fiquem mais aptas a ajudar no desenvolvimento quer da criança quer da família. Cada fase de desenvolvimento é uma transição que pode exercer pressão na criança e em todo o sistema familiar. Estas mudanças surgem como uma oportunidade para o EESIP ajudar a família a compreender, adaptar-se, realçar e promover as aquisições da criança, ou seja, *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* (OE, 2010:3). Sendo a Criança/família o alvo do cuidar do EESIP, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde e da parentalidade.

1.3 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Uma revisão sistemática da literatura consiste em realizar um *“exame crítico a um conjunto de publicações pertinentes para o domínio da investigação”* (FORTIN, 1999:74). Esta representa uma mais-valia para a investigação em enfermagem, visando melhorar a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da prática clínica baseada na evidência (RAMALHO, 2005). Pois, segundo o REPE (1996:5) *“Os enfermeiros concebem, realizam e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular da saúde em geral”*.

Os estudos têm de responder a uma questão bem definida, pois *“sem uma questão de investigação precisa, que defina os conceitos em estudo e especifique a população visada, será em vão formular um problema de investigação”* (FORTIN, 1999:61).

Deste modo, a revisão seguidamente apresentada tem como objetivo disponibilizar um conjunto de evidências científicas referentes às intervenções que diminuem a ansiedade pré-operatória nas crianças em idade escolar e nos pais, de modo a refletir sobre elas e a compará-las com a prática clínica dos EESIP.

Protocolo de Pesquisa e Seleção de Artigos

Este subcapítulo tem como principal objetivo responder à seguinte pergunta de investigação: **Que intervenções se podem adotar para diminuir a ansiedade pré-operatória nas crianças em idade escolar?**, através da análise de estudos realizados entre Janeiro 2008 e Fevereiro 2013, não tendo sido feita nenhuma restrição relativamente aos métodos utilizados, ao tipo de apresentação ou publicação.

Quer a elaboração da questão de investigação, quer a definição dos critérios de inclusão e exclusão, com efeitos na constituição da amostra, foi utilizado o método PI[C]OS (Quadro 1), aplicado ao tema do trabalho.

Quadro 1: Critérios para a formulação da questão de investigação

PI[C]OS			Descritores
Participantes	Sobre quem incide o estudo?	Crianças em idade escolar	Children/Pediatric Preoperative Preparation/Surgery Role of nurse/Nursing
Intervenções	Tipo de intervenção que se pretende estudar?	Papel do enfermeiro na preparação pré-operatória	
Comparações	Pode existir ou não?	—————	
Outcomes (Resultados)	Resultados/ consequências obtidas.	Diminuir a ansiedade Pré-operatória	
Study (Tipo de Estudo)	Como é que a evidência foi recolhida?	Estudos de natureza Qualitativa ou Quantitativa	

De modo a dar resposta a esta pergunta foram efetuadas pesquisas, segundo critérios de inclusão e exclusão definidos, que estão explicitados no seguinte quadro (Quadro 2).

Quadro 2: Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
1. Estudos com evidência científica de natureza qualitativa ou quantitativa;	1. Ser uma revisão da literatura (meta-síntese/meta-análise);
2. Estudos primários que incidiram sobre as intervenções adotadas para diminuir a ansiedade pré-operatória;	2. Ser uma dissertação ou tese;
3. Estudos em que os participantes sejam criança em idade escolar;	3. Publicações de artigos em outros idiomas que não o português, inglês, francês ou espanhol;
4. Estudos publicados nos últimos 5 anos (Janeiro de 2008 a Fevereiro de 2013);	4. Todos os artigos que não tenham os pressupostos definidos nos critérios de inclusão.
5. Possibilidade de acesso a artigos com texto completo.	

Com o objetivo de selecionar estudos pertinentes que respondam à pergunta de investigação e, deste modo, relevantes para incluir na revisão da literatura, foi realizada uma pesquisa entre o dia 25 e 27 de Março, partindo do descritor MeSH Browser e utilizando como descritores: Children/Pediatric, Preoperative Preparation/Surgery, Role of Nurse, na plataforma de pesquisa B-ON e EBSCO envolvendo as bases de dados CINAHL Plus, Cochrane Collection (Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects) e MEDLINE. Para complementar a pesquisa foram consultadas ainda as bases de dados do centro de documentação da Universidade Católica Portuguesa e o motor de busca Google.

Foram utilizados os operadores booleanos and e or e os descritores children/pediatric, preoperative preparation/surgery e role of nurse/nursing.

Como resultado das interações dos descritores, obteve-se 843 artigos, sendo 795 artigos da base de dados B-ON e 48 artigos da base de dados EBSCO. Após a leitura do título excluíram-se 650 e depois de ler o resumo foram eliminados 153. Não foram incluídos 20 devido à inacessibilidade dos mesmos, ou seja, estavam escritos noutros idiomas para além do português, inglês e espanhol e estava presente somente o resumo do artigo, não existindo o texto integral. Dos estudos selecionados 8 estavam repetidos. Foram colocados 12 artigos em apreciação, que após a leitura integral, obteve-se um total de 5 artigos que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão e consideraram-se relevantes para responder à questão formulada.

Assim, da interação dos descritores pediatric surgery and nursing foi selecionado o artigo "Use of preoperative dialogues with children undergoing day surgery". Da conjugação de children and preoperative preparative, foram utilizados nesta revisão sistemática os artigos "The effect of performing preoperative preparation program on school age children's anxiety" e "A experiência da criança no peri-operatório de cirurgia programada. O artigo "Pre-operative preparation can ease children's and parent's anxieties" surge da junção dos descritores preoperative preparation or surgery and role of nurse. Por último o artigo "The effectiveness of asatndardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomized controlled trial" surgiu através da conjugação de pediatric and preoperative preparation or surgery.

Tratamento e Apresentação dos Resultados

Com a finalidade de apresentar de forma clara, objetiva e sucinta os dados relevantes retirados dos 5 artigos selecionados, que respondem à pergunta de investigação, apresenta-se seguidamente um quadro que faz referência à fonte do estudo (título, autor, ano de publicação e país), tipo de estudo, participantes, intervenções e resultados encontrados (Quadro 3).

Posteriormente realiza-se uma análise crítica dos resultados, comparando os artigos em questão e fazendo referência a outros autores e estudos que fundamentam o tema – Intervenções que se podem adotar para diminuir a ansiedade pré-operatória nas crianças em idade escolar.

Quadro 3: Revisão Sistemática da Literatura

Título	Autor (es), Ano, País	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
<p>Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery</p>	<p>B. Wennstrom, L. R. M. Hallberg, I. Bergh; 2008; Sweden</p>	<p>Estudo Qualitativo</p>	<p>20 crianças, sendo que 15 são do sexo masculino e 5 do sexo feminino, entre os 6 e os 9 anos de idade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semi-estruturada e gravada. É realizada uma entrevista pré-operatória 1 a 6 semanas antes da cirurgia, outra no dia da cirurgia e mais uma no pós operatório, por telefone, geralmente dentro de 2 semanas após a operação. - Observação participada. - Realização de desenhos, pelas crianças, de modo a expressarem os seus sentimentos. - Registos escritos, pelos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança na fase pré-operatória tinha de encarar uma realidade desconhecida no hospital, quebra das rotinas diárias e ultrapassar situações imprevisíveis e angustiantes. - No intraoperatório a criança perde o controlo mas simultaneamente coopera com os profissionais de saúde, apesar do medo, da incerteza e da dor. - No pós-operatório as crianças respiram de alívio quando a operação acaba e quando a cirurgia os ajuda a ficar melhor, resultando no regresso à sua vida normal. - Tanto no pré como no pós operatório as crianças tentam ganhar controlo sobre a situação através de pesquisas sobre o que existe na cirurgia. - No pós-operatório as crianças estavam aliviadas porque tinham fixado o que lhes tinha sido explicado e também expressaram ideias positivas sobre o valor da existência da cirurgia, o que provavelmente as ajudou a sentirem-se melhores. - O uso do diálogo pré-operatório na prática clínica tem o poder de minimizar a angústia e preparar a criança para o desconhecido stressor que os cuidados hospitalares podem oferecer, como é o caso da cirurgia.

Título	Autor (es), Ano, País	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
<p>A experiência da criança no peri-operatório de cirurgia programada</p>	<p>Esmeralda Teixeira e Maria do Céu Figueiredo; 2009; Portugal</p>	<p>Estudo fenomenológico guiado pelo paradigma construtivista</p>	<p>30 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos</p>	<p>- Foram criados 2 grupos (grupo A e grupo B). O grupo A seguiu os procedimentos habituais da instituição e o grupo B foi submetido a uma intervenção de enfermagem no pré-operatório realizada na véspera da cirurgia.</p> <p>- A intervenção de enfermagem pré-operatória compreendeu uma brochura e explicação da mesma, o acolhimento da criança, apresentação pessoal com roupa do bloco, esclarecimento do objetivo do programa de preparação pré-operatória, visualização do bloco através de imagens inseridas na brochura, demonstração e explicação, através de um boneco, de alguns procedimentos do bloco operatório, manipulação do material por parte da criança e no momento final está incluído perguntar à criança se já teve experiências cirúrgicas e se tem dúvidas.</p> <p>- Realização de uma entrevista-semi-estruturada.</p>	<p>- Na categoria: experiência de aprendizagem, não existe diferença entre os dois grupos. Todas as crianças relevaram interesse para descobrir e experimentar tudo o que viram ao seu redor (vestuário, equipamento).</p> <p>- Na categoria: experiência cirúrgica, as crianças submetidas ao programa pré-operatório de intervenção de enfermagem referiram que a informação transmitida foi entendida, apropriada e clara e aceitaram melhor as restrições (por exemplo, o jejum).</p> <p>- Na categoria: sensações, as crianças evidenciaram ansiedade, medo e dor. Os dois grupos não apresentam grande variabilidade com exceção para o medo, que tem uma expressão maior nas crianças que não foram alvo do programa.</p> <p>- Na categoria: experiência no bloco operatório, no grupo B a relação de ajuda está mais desenvolvida, pelo que a criança esteve mais tranquila, capaz de enfrentar a situação e sem sofrimento tão marcado.</p> <p>- Na categoria: resultados da experiência, a intervenção de enfermagem no pré-operatório, revelou-se particularmente positiva para as subcategorias saúde, amizade.</p> <p>- Na categoria: papel do enfermeiro, em ambos os grupos as crianças dão maior importância às vertentes relacionais e instrumentais. No entanto no grupo B as crianças aceitam melhor a necessidade de procedimentos decorrentes da hospitalização e cirurgia.</p> <p>- Na categoria: Hospital pediátrico, as crianças relatam momentos de prazer (por exemplo, a sala de atividades) mas também alguns aspetos que as marcam negativamente (por exemplo o ruído).</p>

Título	Autor (es), Ano, País	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
<p>The effect of performing preoperative preparation program on school age children’s anxiety</p>	<p>Nazanin Vaezzade, Zahra Esmaeeli Douki, Abbas Hadipour; 2011; Mazandaran</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>122 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, admitidas para cirurgia eletiva nos últimos 15 meses, acompanhadas pela mãe no dia da avaliação pré-operatória e no dia da cirurgia.</p>	<p>- Foram criados 2 grupos de forma aleatória (grupo experimental e grupo controlo). - As crianças e mães do grupo experimental foram submetidas às habituais rotinas pré operatórias e ao jogo terapêutico 1 dia antes da cirurgia. O jogo terapêutico incluía um conjunto de atividades estruturadas com o objetivo de preparar psicologicamente as crianças para a cirurgia de acordo com o seu nível de desenvolvimento. Visitaram a receção, o bloco operatório e a enfermaria onde existia um simulador para as crianças manipularem. - As crianças e mães do grupo de controlo receberam informação sobre a rotina pré-operatória 1 dia antes da cirurgia, que consistia numa breve explicação sobre os cuidados pré e pós-operatórios (tempo de jejum, controlo dos sinais vitais, observação das peças dentárias e da pele, apresentação do serviço, uso de analgesia no pós-operatório). - Preenchimento de um questionário sobre o contexto e da escala de ansiedade de Spielberger, no dia da avaliação pré-operatória e no dia da cirurgia durante a admissão.</p>	<p>- Foi constatado, através da avaliação do questionário e das escalas de ansiedade, que as crianças do grupo experimental relataram níveis de ansiedade significativamente mais baixos, logo a utilização do jogo terapêutico é eficaz para diminuir a ansiedade da criança, para a preparar para a cirurgia e melhorar o seu controlo pessoal.</p>

Título	Autor (es), Ano, País	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
<p>Pre-operative preparation can ease children’s and parents’ anxieties</p>	<p>Fincher W. et al; 2012; Austrália</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>73 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos, sem doença crónica ou cirurgia nos últimos 12 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Foram criados 2 grupos de forma aleatória (grupo experimental e grupo controlo). - As crianças do grupo experimental visitaram o hospital 1 a 10 dias antes da cirurgia e receberam a informação pré-operatória através de fotografias do serviço e da equipa multidisciplinar, da demonstração do equipamento/material hospitalar, da visita ao serviço de cirurgia, da explicação da sequência dos procedimentos a que iam ser submetidas na admissão e da transmissão de outras informações pertinentes. - As crianças do grupo controlo não receberam qualquer tipo de educação pré-operatória. Foram somente sujeitas a avaliação clínica e anestésica habitual. - Preenchimento de um questionário, pelos pais, para avaliar o sucesso da intervenção, desde a visita pré-operatória até 2 semanas após a cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Através da observação realizada pelos profissionais, constatou-se que no geral, a ansiedade era menor nas crianças que foram submetidas à visita pré-operatória. - Menores níveis de ansiedade pré-operatória levaram a uma diminuição da dor no pós-operatório. - A ansiedade dos pais também foi significativamente menor no grupo experimental.

Título	Autor (es), Ano, País	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
<p>The effectiveness of a standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomized controlled trial</p>	<p>Wendy Fincher, Jane Shaw, Anne-Sylvie Ramelet; 2012; Western Australia</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>72 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos de idade, sem cirurgias nas últimos 12 meses e que residem na área metropolitana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Foram criados 2 grupos (grupo experimental e grupo de controlo). - As crianças do grupo de controlo não receberam educação pré-operatória e na admissão ao hospital, no dia da cirurgia, a informação fornecida era limitada. - As crianças do grupo experimental receberem informação pré-operatória e demonstração do equipamento. - Foram utilizadas escalas de avaliação do nível de ansiedade: State Trait Anxiety Inventory (para os pais) e Yale Preoperative Anxiety Scale (para as crianças). - Foram utilizadas escalas para avaliação da dor da criança: FLACC (crianças com idade inferior a 5 anos) e Faces Pain Scale Revised (crianças com idade superior a 5 anos). - Para acederem às respostas comportamentais e às regressões de desenvolvimento depois da hospitalização foi aplicado, aos pais, um questionário (Post Hospital Behaviour Questionnaire). - Para avaliar o temperamento da criança (emoções, atividade, socialização e impulsividade) foi utilizada a escala EASI Temperament Survey. - Foi também aplicado um questionário para avaliar a satisfação dos pais. 	<ul style="list-style-type: none"> - No geral, as crianças demonstraram diminuição da ansiedade depois da cirurgia. - Nos pais a ansiedade é mais diminuída no grupo experimental. - Na maioria as crianças experienciam algumas mudanças comportamentais negativas 2 semanas após a cirurgia. - Ambos os grupos experienciam aumento da ansiedade à chegada à unidade de cuidados pós anestésicos, seguida por uma diminuição dos níveis de ansiedade 24h após a cirurgia e após 2 semanas em casa. - A dor máxima sentida e a ansiedade é significativamente menor no grupo experimental.

Análise e Discussão dos Resultados

Todos os estudos encontrados foram realizados com crianças que abrangiam a fase escolar e onde foi adotada como estratégia de intervenção, criar dois grupos (o grupo controlo e o grupo experimental), exceto no estudo realizado por WENNSTROM, HALLBERG e BERGH (2008), que utilizaram um grupo único de 20 crianças. Nas crianças do grupo experimental foi notório que a preparação pré-operatória facilitava a interação com os profissionais de saúde, a sua colaboração nos cuidados e a diminuição da ansiedade. Esta forma da criança se comportar, deve-se ao facto de ser nesta faixa etária, que há um crescente sentimento de independência, logo numa situação de hospitalização a enfermeira deve permitir que esta participe nos seus próprios cuidados, dando-lhe poder de decisão (por exemplo perguntar qual o pijama que quer vestir). Por outro lado, geralmente, estas crianças são bastante colaborantes, uma vez que estão habituadas a seguir regras e indicações (OPPERMAN, 2001). Numa situação de cirurgia se for utilizado o diálogo pré-operatório, a criança apesar de se encontrar numa realidade desconhecida, onde existe quebra das suas rotinas diárias e situações imprevisíveis que lhe causam medo, angústia, incerteza e dor, que a leva a perder o controlo consegue cooperar com os profissionais de saúde. Este diálogo pré-operatório traz benefícios também para o pós-operatório, pois na idade escolar as crianças têm a capacidade de absorver toda a informação que lhes é fornecida (OPPERMAN, 2001), conseguindo assim expressar ideias positivas sobre o valor da existência da cirurgia, o que provavelmente contribui para se sentirem melhores. Sendo assim, o uso do diálogo pré-operatório na prática clínica tem o poder de minimizar a angústia e preparar a criança para o desconhecido stressor que os cuidados hospitalares podem oferecer, como é o caso da cirurgia (WENNSTROM; HALLBERG e BERGH, 2008).

FINCHER et al (2012) submeteu as crianças do grupo experimental a uma visita ao hospital, num intervalo de tempo de um a dez dias antes da intervenção cirúrgica, onde receberam a informação pré-operatória através de fotografias do serviço e da equipa multidisciplinar, da demonstração do equipamento/material hospitalar, da visita ao serviço de cirurgia, da explicação da sequência de procedimentos a que iam ser submetidas na admissão e da transmissão de outras informações pertinentes. Por outro lado, as crianças do grupo controlo não receberam qualquer tipo de educação pré-operatória, foram somente sujeitas à avaliação clínica e anestésica habitual. Os pais acompanharam os seus filhos tendo em conta o grupo a que pertenciam e todos foram

sujeitos a um questionário para avaliar o sucesso da intervenção desde a visita pré-operatória até duas semanas após a cirurgia. Com estas intervenções, o autor chegou à conclusão que, no geral, a ansiedade era menor nas crianças e pais que foram submetidos à visita pré-operatória e que a dor no pós-operatório também diminua.

Apesar da demonstração do equipamento/material hospitalar reduzir a ansiedade das crianças, só através do jogo terapêutico, adequado ao nível de desenvolvimento da criança, se obteve uma preparação psicológica e autocontrolo mais favorável para a cirurgia, sendo os níveis de ansiedade significativamente mais baixos. O jogo terapêutico consistia num simulador para as crianças manipularem, tendo contato com a rotina operatória (colocação da pulseira de identificação, avaliação dos sinais vitais, colheita de sangue, entre outros). As mães foram ainda submetidas a um questionário sobre o contexto e à escala de Spielberger no dia da avaliação pré-operatória e no dia da cirurgia durante a admissão (VAEZZADE, DOUKI e HADIPOUR, 2011).

FINCHER, SHAW e RAMELET (2012) submeteram as crianças de ambos os grupos, praticamente ao mesmo tipo de intervenções, apesar de umas pequenas variações. No entanto, foram mais minuciosos na forma como colheram a informação, conseguindo alcançar, para além das conclusões enumeradas pelo autor anterior, novos resultados. Foram aplicadas escalas de avaliação da ansiedade: a State Trait Anxiety Inventory (para avaliar a ansiedade dos pais) e a Yale Preoperative Anxiety Scale (para avaliar a ansiedade das crianças) e escalas de avaliação da dor: a FLACC (para crianças com idade inferior a cinco anos) e a Faces Pain Scale Revised (para crianças com idade superior a cinco anos) e a EASI Temperament Survey, que é uma escala de avaliação do temperamento da criança (emoções, atividade, socialização e impulsividade). Concluíram então, que ambos os grupos experienciam aumento da ansiedade à chegada à unidade de cuidados pós-anestésicos, seguida por uma diminuição dos níveis de ansiedade 24h após a cirurgia e após duas semanas em casa. Para além do questionário de satisfação aplicado aos pais, foi também aplicado o Post Hospital Behaviour Questionnaire que pretendia aceder às respostas comportamentais e às regressões de desenvolvimento da criança depois da hospitalização, que possibilitou afirmar que na maioria as crianças experienciam algumas mudanças comportamentais negativas duas semanas após a cirurgia. Tal facto deve-se às perturbações psicológicas e afetivas (ansiedade, oposição, dificuldades de adaptação) que a criança sofre com o internamento (BORTOLOTE e BRÊTAS, 2008). Esta evidência também é descrita por BARROS (2003) que afirma que as consequências do internamento no desenvolvimento

da criança, muitas vezes, só são observadas após a alta. Quando a criança regressa a casa e são retomadas as rotinas familiares diárias, é frequente ocorrerem algumas alterações de comportamento. A criança exige maior atenção parental, retrocede em alguns hábitos que realizava de forma autónoma (tomar banho, comer), mostra-se mais mimada e sensível e as birras são mais frequentes.

RICE et al (2008) utilizaram também no seu estudo escalas de avaliação do nível de ansiedade nos pais (Escala Visual Analógica 100mm) e nas crianças (Yale Preoperative Anxiety Scale), que foram aplicadas em três momentos distintos: no dia da visita pré-operatória, no dia da cirurgia na sala de espera e no dia da cirurgia na sala de anestesia na indução anestésica. Para além dos procedimentos habituais de admissão pré-operatória e da administração de pré-medicação anestésica no dia da cirurgia a todas as crianças, as crianças do grupo experimental foram ainda submetidas ao programa pré-operatório, que continha atividades já anteriormente referidas nos outros estudos. Chegaram então à conclusão que o nível de ansiedade dos pais não foi significativamente diferente nos dois grupos, mas nas crianças do grupo experimental a ansiedade era menor, observando-se uma diferença mais significativa na sala de espera.

TEIXEIRA e FIGUEIREDO (2009) incluíram no seu programa pré-operatório, para além das intervenções anteriormente descritas, a apresentação da equipa vestida com roupa do bloco e no momento final da entrevista está incluído perguntar à criança se já teve experiências cirúrgicas e se tem dúvidas, verificando que a informação transmitida foi entendida, apropriada e clara e que as crianças sujeitas ao programa pré-operatório aceitam melhor as restrições, como por exemplo o jejum.

As crianças dos dois grupos evidenciaram ansiedade, medo e dor, não apresentando grande variabilidade com exceção para o medo, que tem uma expressão maior nas crianças que não foram sujeitas ao programa. Deste modo, no bloco operatório, notou-se nas crianças do grupo que participou no programa pré-operatório, que a relação de ajuda estava mais desenvolvida, logo esta esteve mais tranquila e capaz de enfrentar a situação sem um sofrimento tão marcado, aceitando melhor os procedimentos decorrentes da hospitalização e da cirurgia.

De acordo com os autores supracitados existem várias estratégias que podem ser adotadas para diminuir a ansiedade pré-operatória da criança, e consequentemente dos seus pais. A realização de um programa pré-operatório que inclua conhecer a equipa multidisciplinar, a visita ao serviço de cirurgia pediátrica (sala de espera, enfermaria, bloco operatório), a forma como estão equipados, manipular os materiais e

equipamentos com os quais as crianças vão contatar, bem como fornecer informação pertinente tanto para os pais como para as crianças através de um diálogo claro e individualizado, tendo em conta o nível de desenvolvimento da criança, faz com que a ansiedade diminua, logo a criança colabora mais facilmente com os cuidados e a recuperação pós-operatória torna-se mais rápida e eficaz. O facto de se permitir o acompanhamento constante das crianças por parte dos pais, também é um fator essencial para diminuir os níveis de ansiedade da criança. Assim sendo, a ansiedade e o stress excessivos podem afetar a saúde física e psicológica da criança, retardar as suas habilidades para lidar com a cirurgia, originar comportamentos negativos face aos cuidados de saúde e inibir a recuperação pós-operatória (LI, LOPEZ e LEE, 2007).

Algumas das limitações encontradas nestes estudos, referem-se ao facto das famílias muitas vezes, recusarem uma "viagem extra ao hospital" para realizarem a preparação pré-operatória e ao facto de não ser possível realizar a preparação pré-operatória a todas as crianças no período de tempo considerado ideal para a sua idade: nas crianças dos três aos cinco anos, a preparação pré-operatória deveria ser realizada um a dois dias antes da cirurgia e nas crianças com idade superior a seis anos deveria ser efetuada cinco a sete dias antes da cirurgia. Posto isto, os profissionais de saúde necessitam refletir em diferentes maneiras e a baixo custo de fornecer a informação, a educação e a preparação-pré-operatória (FINCHER, 2012).

Considerações Finais

A experiência da criança submetida a cirurgia programada é sempre uma vivência individual, que perturba a dinâmica familiar e de todos os seus membros (JORGE, 2004). Torna-se então crucial humanizar e personalizar os cuidados, bem como envolver a família no processo de tratamento e cura (CASEY, 1988). Deste modo, é da responsabilidade do EESIP, prestar cuidados focados na criança e direcionados para os cuidados holísticos na família (FRISCH, 2010). O EESIP deve ter conhecimentos específicos sobre o desenvolvimento infantil de modo a adequar a sua intervenção a cada criança. Tanto o suporte e a preparação para a hospitalização/cirurgia que os pais transmitem aos seus filhos como a qualidade da pré-admissão e da informação dispensada, são essenciais para ajudar as crianças e os pais a ultrapassar o stress, a ansiedade e a angústia provocadas pela situação bem como para ajudá-los a encontrar estratégias para ultrapassá-la (LI, LOPEZ e LEE, 2007).

CAPÍTULO 2 – REFLEXÃO E ANÁLISE DO PERCURSO REALIZADO

Neste capítulo elaboro uma apresentação sucinta dos contextos onde realizei estágio, por ordem cronológica de realização dos mesmos, com o objetivo de dar a conhecer a estrutura dos serviços por onde passei.

Posteriormente clarifico o diagnóstico de situação que realizei em cada contexto de estágio e descrevo os objetivos que delinee e as atividades implementadas que deram respostas às necessidades encontradas, tendo em conta uma análise critico-reflexiva.

Como objetivo geral e transversal a todos os módulos de estágio tracei o seguinte:

Contribuir para a promoção do desenvolvimento da criança/jovem e família, de acordo com as funções do EESIP nos diferentes contextos.

Por último, abordo as competências específicas de EESIP que adquiri e consolidei ao longo dos três módulos de estágio.

2.1 – MÓDULO I: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Este Módulo de estágio, tal como referido na introdução, abrange dois momentos distintos. O primeiro refere-se aos Recursos da Comunidade, onde realizei um estágio de observação, com duração de 20h, na Consulta Externa e de Desenvolvimento do Hospital de São Francisco Xavier. O segundo momento foi realizado na UCC Cacém-Care, onde prestei cuidados à criança/família inseridos na comunidade, com duração de 160h.

2.1.1 – Consulta Externa e de Desenvolvimento do HSFX

Este estágio foi de observação e compreendeu um período de três dias (23, 24 e 26 de Abril de 2012).

Breve Caracterização do Contexto

O edifício que veio dar origem ao Hospital de São Francisco Xavier foi criado no início dos anos 70, por uma entidade privada, com o nome de “Clínica do Restelo”, sendo vendido posteriormente à CUF sem nunca ter sido inaugurado.

A afluência catastrófica às urgências hospitalares do Hospital de São José e do Hospital de Santa Maria, as únicas da cidade durante muitos anos, a acumulação de doentes para

internamento à espera de vagas em enfermarias e a degradação dos edifícios onde os hospitais se encontravam instalados, forçaram a criação de uma terceira zona.

O Ministério da Saúde comprou então a “Clínica do Restelo, para instalar um novo hospital. Inaugurada a 24 de Abril de 1987, esta nova instituição hospitalar tinha como objetivo prestar assistência médico-hospitalar à área Ocidental de Lisboa.

O Hospital São Francisco Xavier é um hospital geral e central, onde estão sediadas a Urgência Geral de grau 4, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes.

Em 9 de Dezembro de 2002 foi criado o Hospital de São Francisco Xavier, S.A., isto é, passa-se de um organismo da administração direta central do Estado para uma Empresa de Capitais Exclusivamente Públicos, sob a forma de sociedade anónima, (SACEP) sendo os seus acionistas os Ministérios da Saúde e das Finanças.

Em 29 de Dezembro de 2005, o hospital foi integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., juntamente com os Hospitais de Egas Moniz e de Santa Cruz.

A Consulta Externa e de Desenvolvimento foi inaugurada 21 de Maio de 1987, cujo objetivo é estabelecer um sistema de atendimento aos utentes e familiares. Atende crianças dos 0 aos 15/16 anos de idade, das mais variadas classes sociais e de diferentes regiões do país, incluindo as ilhas. Estas são marcadas de acordo com a patologia da criança, sendo algumas vezes referenciadas pelo Serviço de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica, Médico de Família, Escola/Educadores. As consultas de especialidade foram sendo integradas ao longo dos anos, sendo que atualmente estão em funcionamento 19 especialidades. A pré-consulta de enfermagem só é realizada em crianças com patologia renal ou em recém-nascidos com baixo peso à nascença.

Existe ainda uma linha telefónica que funciona das 8h30 às 15h30, para que os pais não necessitem de se deslocar ao hospital para tirar dúvidas ou pedir receitas de medicamentos para crianças com patologia crónica, seguidas na consulta.

O espaço físico encontra-se dividido em seis áreas: sala de espera, onde se encontra o balcão de secretariado e duas casas-de-banho; sala de atividades com educadora; seis gabinetes médicos; sala de tratamentos, para realização de colheitas (sangue, urina...), vacinação e avaliação do peso da criança; gabinete de enfermagem e armazém e zona de sujos. Existe também uma copa e duas casas de banho para os profissionais.

O serviço é decorado com temas infantis de forma a tornar o ambiente mais acolhedor e adequado à criança e, deste modo, reduzir o medo, a angústia e o sofrimento.

Análise e Reflexão do Percurso Realizado

A escolha deste campo de estágio deveu-se ao facto de ir de encontro ao tema que escolhi para desenvolver ao longo do meu percurso na Unidade Curricular – Estágio. Então, fez-me todo o sentido iniciar o meu trajeto a perceber como funcionam os recursos da comunidade neste âmbito e como se realiza o encaminhamento e seguimento das crianças antes e após o internamento, refletindo sobre o seu funcionamento e pertinência numa perspetiva de EESIP. Assim defini como objetivo a atingir:

- Compreender a intervenção do EESIP na Consulta Externa e de Desenvolvimento do HSFX.

A equipa de enfermagem neste contexto é constituída por três elementos, estando a filosofia dos cuidados de enfermagem da Consulta Externa e de Desenvolvimento centrada na criança e família, tal vem descrito no regulamento de competências do EESIP *"O EESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados"* (OE, 2010:1), a distribuição das crianças é efetuada de acordo com o acompanhamento da criança e família em consulta ou atendimentos telefónicos anteriores (enfermeiro de referência), o que permite um seguimento mais individualizado e personalizado e um conhecimento mais pormenorizado da história da criança, da sua evolução clínica e do contexto e dinâmica familiar. Com a prestação de cuidados competentes e autónomos é possível minimizar a angústia/receios que possam surgir, tanto às crianças como aos pais durante o processo de recuperação e bem-estar da criança, sendo esta a missão de enfermagem nesta consulta.

Estes três dias de observação fizeram com que eu ficasse desperta para esta situação, a parceria de cuidados, que deve ser implementada em qualquer contexto que a criança se encontre com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde possível da mesma. Deste modo, desenvolvi a competência: *"Assiste a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde"* (OE, 2010:3).

Apesar da pré-consulta de enfermagem só ser realizada em crianças com patologia renal ou em recém-nascidos com baixo peso à nascença, foi notório o papel do EESIP como promotor da saúde da criança/família, bem como da sua orientação e aconselhamento, pois os pais eram sempre inseridos nos cuidados, eram focados aspetos promotores de

saúde de acordo com a idade da criança (alimentação, desenvolvimento físico, cognitivo, social, vacinação, entre outros) e as dúvidas eram esclarecidas.

No entanto, no meu ponto de vista, deveriam existir pré-consultas de enfermagem em todas as especialidades, pois o enfermeiro possui um papel essencial na promoção da saúde, e sendo especialista, possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades mais aprofundadas que mobiliza na prática clínica de modo a refletir sobre as necessidades de intervenção no grupo-alvo e atuar em todos os contextos da vida das pessoas, de acordo com as prioridades (OE, 2010).

Segundo MARSHALL e LUFFINGHAM (1999), o EESIP deve ser o incentivador da modificação de comportamentos, satisfazendo as necessidades das famílias, da comunidade, desenvolvendo as suas capacidades de coordenação, clínicas, educadoras e de investigação.

No decorrer destes três dias de observação, foi evidente a intervenção de toda a equipa multidisciplinar de modo a dar resposta às diferentes necessidades da criança/família, utilizando estratégias de inter-relação e comunicação.

Mensalmente são realizadas reuniões entre a toda a equipa, principalmente para discutir casos de crianças seguidas em consulta de desenvolvimento infantil, neurologia e pedopsiquiatria.

Com esta prática consegui aperceber-me quais os casos que são importantes referenciar, atingindo a competência *"Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente"* (UCP, 2012:4).

Estes três dias possibilitaram-me adquirir outras competências específicas do EESIP: *"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"*, *"Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização"*, *"Refletir na e sobre a prática clínica de forma crítica"* e *"Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização"* (UCP, 2012:4).

2.1.2 – UCC Cacém-Care

Este estágio abrangeu o período de 30 de Abril a 22 de Junho de 2012.

Breve Caracterização do Contexto

A UCC Cacém-Care pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa X – Cacém-Queluz (ACES X) e está a exercer funções desde o início do ano 2011. A sua estrutura física situa-se no Centro de Saúde do Olival – Cacém, que é um edifício recente com 3 pisos. Dispõe de um balcão de atendimento administrativo, três salas para profissionais, uma sala multifunções (para pequenas reuniões e de movimento), um local de armazenamento de material e de ajudas técnicas, bem como um banco de medicamentos. Em conjunto com o restante edifício partilha a sala de reuniões, a copa, o serviço de esterilização e o espaço de armazenamento do material contaminado.

Esta UCC abrange a área geográfica de quatro freguesias: Aigualva, Cacém, São Marcos e Mira-Sintra. Resultante da forte explosão demográfica destas freguesias, o Centro de Saúde não conseguiu acompanhar o crescimento, designadamente ao nível dos recursos humanos, verificando-se a oferta de cuidados de saúde desajustada das necessidades da população, na medida em que existem utentes sem médico de família atribuído e aumento dos utentes com inscrição esporádica, a maior parte deles com situação ilegal no país, com problemas socioeconómicos adjacentes, de exclusão social, entre outros.

Deste modo, a população alvo a que se destinam os cuidados engloba pessoas, famílias e grupos com maior risco ou vulnerabilidade social e de saúde, estando sujeitas a fatores de exclusão sociocultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, integrados na Rede Social, no âmbito dos diferentes níveis de intervenção em cuidados de saúde primários, onde vivem, trabalham e socializam, ou seja, de base geográfica e domiciliária.

Os âmbitos da intervenção da UCC Cacém-Care são três: saúde infanto-juvenil, saúde materna e os cuidados continuados. Em termos da Saúde Infanto-juvenil os projetos de intervenção são: Intervenção Precoce Integrada em crianças/famílias vulneráveis ou em risco; Prevenção da Obesidade nas Crianças e Intervenção na Comunidade Escolar, cujo objetivo principal é melhorar a qualidade dos cuidados prestados na comunidade aos grupos de risco e de maior vulnerabilidade, através da promoção da saúde e prevenção da doença e adoção de estilos de vida saudáveis.

Análise e Reflexão do Percorso Realizado

O início de uma nova etapa, o facto de ir ao encontro de algo desconhecido, fez-me sentir algo ansiosa e nervosa, mas ao mesmo tempo estava expetante com o seu começo,

pois tinha a certeza iria contribuir de forma bastante enriquecedora para a minha aprendizagem e crescimento pessoal e profissional.

Inicialmente foi-me apresentada a estrutura física da UCC bem como do Centro de Saúde onde esta unidade está inserida e dos profissionais de enfermagem que a integram. Apresentaram-me também os dados da população abrangida pela UCC e o trabalho que desenvolve, mais especificamente no âmbito da saúde infantil.

A UCC Cacém-Care tendo iniciado funções há cerca de um ano, já tinha começado a atuar no sentido de efetuar o diagnóstico de situação da população infantil da sua área de intervenção, levantando as necessidades nos diversos recursos da comunidade onde esta população se insere (creches, escolas, entre outras). O EESIP *“proporciona benefícios importantes para a saúde da população, no acesso a cuidados de saúde eficazes, interligados e coordenados”* (OE, 2010).

Posto isto e tendo em conta o tema que pretendia desenvolver, optei por dar resposta a uma das solicitações efetuada à UCC, incidindo a minha intervenção na Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida da Criança, uma vez que a alimentação desde o nascimento influencia a forma como a criança se desenvolve.

“O crescimento e desenvolvimento de uma criança é influenciado por uma combinação de fatores, incluindo a hereditariedade, a alimentação e o ambiente” (OPPERMAN, 2001:51). *“A alimentação desde o nascimento e sobretudo nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida. (...) uma dieta realizada de forma correta constitui a base para uma bom crescimento, desenvolvimento e maturação, bem como para a promoção de um futuro saudável”* (MOREIRA, 2005:1).

Sendo assim, defini como objetivos específicos:

- Promover uma alimentação saudável na criança no primeiro ano de vida na creche “Amor-Perfeito” no Cacém.

Para dar resposta a este objetivo, realizei uma sessão de educação para a saúde para os cuidadores formais e informais das crianças da creche “Amor-Perfeito”, subordinada ao tema – Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida da Criança (ANEXO I).

A educação para a saúde é realizada tendo em conta todo um processo de diagnóstico de situação, seguida de uma intervenção que permita capacitar as pessoas a melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde e seus determinantes, sobretudo comportamentais, psicossociais e ambientais. (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Ao ser fornecida informação que vá de encontro às necessidades e interesse pessoal, conseguimos aumentar o sentimento de competência e segurança nos cuidadores.

“A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que

habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde" (CARTA DE OTTAWA, 1986:2).

Os pais das crianças foram convocados através de um convite onde constava toda a informação pertinente para que pudessem comparecer na sessão (tema da sessão, data, hora e local da apresentação) (ANEXO I). Todos estes pormenores foram previamente discutidos e acordados com a diretora da creche quer por via telefónica quer pessoalmente. O plano da sessão foi também debatido com a diretora da creche (ANEXO I).

No final da sessão foi fornecido aos pais um folheto, que continha as ideias chave que tinham sido abordadas e debatidas durante a sessão, e um guia de receitas que continha sugestões de receitas equilibradas para a criança desde os quatro meses (altura em que a maior parte das crianças inicia a diversificação alimentar) até um ano de idade. O EESIP assume um papel bastante relevante na orientação e aconselhamento dos pais, referente à alimentação nos primeiros anos de vida da criança, pois uma cuidadosa introdução dos alimentos e uma acertada integração da criança nas rotinas alimentares da família contribuem para o seu desenvolvimento global (FREITAS, 2013). À creche facultei um poster com continha a informação resumida de acordo com o tema apresentado, para que pudesse ser afixado e acessível a todos os cuidadores. Optei por esta estratégia uma vez que o uso da informação escrita permite que a capacidade de retenção seja maior (REDMAN, 2003) e pode ser consultada em qualquer momento que surja uma dúvida (ANEXO I).

Os conhecimentos apreendidos foram validados, abrindo um espaço para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências. Este espaço é bastante pertinente uma vez que, foi através deste diálogo que consegui perceber o que ficou retido da sessão de educação para a saúde e se a informação que transmiti tinha sido interpretada de forma correta pelo público a que se destinava. Por outro lado, através da partilha de experiências também se promove o desenvolvimento de competências e de novas aprendizagens e esclarecem-se outras dúvidas que possam surgir. Para perceber de forma mais concreta se a sessão tinha sido pertinente, facultei no final, um questionário aos cuidadores que tinham assistido à sessão (ANEXO I). Nesta sessão estiveram presentes 10 cuidadores, que avaliaram a sessão como importante, útil e favorecedora da aquisição e consolidação de conhecimentos.

A educação para a saúde está presente em todas as intervenções, valorizando-se os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença. Em pediatria, todas as intervenções são implementadas e geridas em parceria com os pais/cuidadores e a equipa multidisciplinar. A parceria de Cuidados sugere um modelo de cuidar em enfermagem pediátrica assente no pressuposto de que a família é alvo dos cuidados, pois os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança. (MANO, 2002). Deste modo, o EESIP tem um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais, sendo da sua competência promover hábitos de saúde saudáveis que permitam um crescimento e desenvolvimento adequado à idade da criança.

Segundo a OE (2010:5) uma das competências do EESIP é *“Promove o crescimento e desenvolvimento infantil”*, através da transmissão de *“orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.”*. Foi esta competência que desenvolvi neste estágio, com a apresentação da educação para a saúde, anteriormente mencionada.

Continuei também a sedimentar as competências que adquiri nos três dias de observação do HAFX e alcancei outras competências, que fui aperfeiçoando ao longo do meu percurso no módulo estágio, tais como:

“Promover a formação em serviço na sua área de especialização”, “Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros quanto ao público em geral” “Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização” e “Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional” (UCP, 2012:4-5).

- Identificar necessidades de intervenção na comunidade no que diz respeito à promoção do desenvolvimento infantil.

Como atividade para dar resposta a este objetivo, realizei alguns contatos, quer telefónicos quer pessoalmente, com os distintos recursos da comunidade para levantamento das suas necessidades de intervenção.

Foi neste sentido que fui a um jardim-de-infância, que recebia crianças em idade pré-escolar, perceber onde poderia atuar de modo a promover a maximização do desenvolvimento daquelas crianças.

Durante a conversa com a diretora do colégio, esta referiu que a alimentação destas crianças em casa não era a mais adequada para a sua idade, indo muitas vezes para o colégio sem pequeno-almoço e o *fast food* e a comida pré-cozinhada era consumida de forma repetida durante a semana.

Segundo CARMO (2008), em Portugal a obesidade em crianças em idade pré-escolar e escolar ronda os 30% o que coloca o nosso país, comparativamente a outros países europeus, numa das mais preocupantes posições face a esta problemática. A obesidade infantil está relacionada com muitos fatores, entre os quais, os estilos de vida familiar, as crenças, as práticas e as atitudes parentais face à alimentação, nomeadamente na pressão e controlo exercidos sobre os alimentos ingeridos pelos filhos.

Posto isto, realizei uma sessão de educação para a saúde para os pais e elaborei um folheto para lhes ser fornecido, sobre a Importância da Alimentação na Idade Pré-Escolar. No entanto, não foi possível fazer a apresentação da sessão no período de tempo determinado para a execução deste estágio, pelo que facultei em suporte informático o trabalho, incluindo a apresentação e os folhetos, para ser posteriormente apresentado no colégio, aos pais (ANEXO II).

Com a realização desta atividade consegui continuar a desenvolver as competências adquiridas anteriormente e alcançar a competência "*Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*" e "*Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*" (UCP, 2012:4).

- Colaborar nas atividades desenvolvidas pelo EESIP, no âmbito da prestação de cuidados especializados à criança e cuidadores, ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença e na adoção de estilos de vida saudáveis.

Para conseguir prestar cuidados que deem resposta às necessidades da população abrangida pela UCC Cacém-Care tive primeiramente de identificá-la e deslocar-me até ela para conhecer de perto a sua realidade. Deste modo, para além do levantamento de necessidades nas creches e jardins-de-infância, tive também a oportunidade de realizar visitas domiciliárias juntamente com as enfermeiras da unidade (ANEXO III).

A visita domiciliária em saúde infantil e pediátrica é "*elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco*" (DGS, 2013:7). Esta permite ao enfermeiro aproximar-se do domicílio da criança/família, de modo a conhecer o seu meio físico e psicossocial, conseguindo assim detetar precocemente problemas de saúde e/ou necessidades e encontrar estratégias adequadas para os solucionar. Deste modo, os cuidados de enfermagem no domicílio envolvem mais que a realização de técnicas e

procedimentos, englobam aspetos como a empatia, a preocupação, o interesse e o apoio nas dificuldades, ou seja, envolvem uma abordagem holística que promova o bem-estar da criança e família. Só estabelecendo uma relação empática e adequando a nossa intervenção aos costumes, rotinas e recursos da família, conseguimos atingir os objetivos previamente delineados para a visita domiciliária.

Nas duas visitas domiciliárias que realizei foi fundamental a transmissão de conhecimentos, a capacitação da família para promover o desenvolvimento da criança e a articulação com um dos recursos da comunidade - a assistente social, de modo a que a família, progressivamente, se tornasse autónoma e independente do sistema de saúde. Torna-se então fundamental *“a deteção e o apoio às crianças (...) em situação de risco ou especialmente vulneráveis (...) assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados”* (DGS, 2013:5-6).

Com estas intervenções consegui atingir a competência *“Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas crenças e pela sua cultura”* (UCP, 2012:4).

Durante o meu percurso na UCC tive ainda a oportunidade de assistir à reunião semanal da Equipa Local de Intervenção (ELI), onde se discutem casos de crianças em risco ou que necessitam de cuidados especiais e se fala da integração de novos casos na rede.

A ELI da UCC Cacém-Care é constituída por uma equipa pluridisciplinar com base em parcerias institucionais envolvendo vários profissionais, EESIP, assistente social, psicóloga, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, educadores de infância e professoras do ensino especial, sendo as suas funções assegurar a vigilância às crianças e famílias que requeiram avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidade de evolução; encaminhar as crianças e famílias carenciadas de apoio social; elaborar e executar um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico de situação; identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social; articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens, com núcleos da saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil; assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos e articular com os

docentes das creches e jardins-de-infância que se encontrem colocadas as crianças integradas em Intervenção Precoce na Infância (IPI) (DGS, 2009).

Esta reunião fez-me ficar mais desperta para os sinais de alerta, que exigem uma intervenção rápida e eficaz, no sentido de diminuir as consequências negativas no desenvolvimento e crescimento da criança e possibilitou-me desenvolver a competência “*Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização*” (UCP, 2012:4).

A avaliação do desenvolvimento da criança na Intervenção Precoce deve ser considerada como um processo global, tendo em conta a idade da criança, a sua funcionalidade, a natureza do problema e as circunstâncias do contexto familiar e comunitário em que esta está inserida (DGS, 2009).

A UCC não abrange as consultas de saúde infantil, estas fazem parte das funções das enfermeiras do Centro de Saúde onde a UCC se insere. No entanto, por ser uma área bastante enriquecedora para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto EESIP e tendo em conta as aprendizagens que poderiam daí advir relativamente ao tema que pretendia desenvolver ao longo de todos os módulos de estágio – Desenvolvimento Infantil, mostrei interesse em assistir de forma reflexiva às consultas, sendo então permitida a minha presença num dos dias de consulta.

As consultas médicas da criança/jovem, no Centro de Saúde do Cacém, são sempre antecedidas por uma consulta de enfermagem, onde são avaliados os parâmetros antropométricos da criança e o desenvolvimento psicomotor. É também um espaço para serem fornecidos cuidados antecipatórios adequados à idade da criança e às necessidades de cada criança/família e onde é possível o esclarecimento de dúvidas. São realizadas nos primeiros 15 dias de vida, no 1º, 2º, 4º, 6º, 12º, 15º, 18º e 24º mês, entre os 5 e os 6 anos de idade, antes da entrada na escola e entre os 11 e 13 anos, no início da puberdade.

Segundo a OE (2011) o EESIP deve “*fornecer informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigido às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.*”.

Os cuidados antecipatórios, dirigidos à família, mas centrados na criança, são baseados na partilha com os pais e em algumas descobertas relativas às diferenças individuais. Este conhecimento prévio dos pontos-chave referentes ao desenvolvimento infantil e das estratégias para lidar com os mesmos, podem ajudar a reduzir o stress, o medo e a

ansiedade dos pais, encarando os períodos de desorganização como oportunidades de aprendizagem, o que os torna mais seguros e confiantes (BRAZELTON E SPARROW, 2003).

Em cuidados de saúde primários, o EESIP deve possuir um vasto leque de competências e conhecimentos, pois a sua área de atuação envolve crianças nas várias etapas do desenvolvimento infantil, cada uma com distintas especificidades.

Este dia de observação nas consultas de saúde infantil, possibilitou-me continuar a aperfeiçoar as competências de EESIP, anteriormente descritas e a estar desperta para os pontos-chave que devem ser abordados em cada consulta de enfermagem, de acordo com a idade da criança.

Este módulo de estágio permitiu-me pôr em prática alguns dos conhecimentos adquiridos em sala de aula e obter muitos mais conhecimentos relativos à promoção de saúde da criança/jovem.

Todas as atividades desenvolvidas foram bastante importantes para o meu crescimento pessoal e profissional, nomeadamente para adquirir e aperfeiçoar competências de EESIP.

O facto de trabalhar em meio hospitalar e num serviço de adultos fez com que todos os momentos na UCC fossem pontos fortes para a aprendizagem. O estudo individual através de pesquisas bibliográficas e toda a minha iniciativa na prestação de cuidados, na procura de informação e esclarecimento de dúvidas durante o estágio, ajudou-me a construir um corpo de conhecimentos mais sólido na área de saúde infantil, nomeadamente na área de cuidados de saúde primários, que me ajudaram a traçar intervenções adequadas à criança/família.

Estagiar numa UCC fez-me adequar a minha intervenção ao grupo a que se destinavam os meus cuidados, uma vez que era eu, que me deslocava ao meio onde a criança se inseria. Esta forma de atuar fez-me refletir de forma crítica na prática, enquanto futura EESIP e prestar cuidados mais individualizados e adequados à criança/família.

2.2 – MÓDULO III: SERVIÇO DE URGÊNCIA E NEONATOLOGIA DO HSM

Este módulo de estágio, tal como foi referi anteriormente, encontra-se estruturado em duas partes explícitas: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), onde prestei cuidados diretos à criança em situação de

urgência e à criança prematura, respetivamente. Ambos os ensinamentos clínicos foram efetuados no HSM, num total de 180 horas (90 horas no SUP e 90h na UCIN).

2.2.1 – Serviço de Urgência Pediátrica do HSM

Este estágio abrangeu o período de 12 de Novembro a 07 de Dezembro de 2012.

Breve Caracterização do Contexto

Considerado como uma das maiores realizações de sempre do estado Português, o HSM, foi oficialmente inaugurado em 1953, vindo a abrir portas no seguinte ano. O fator determinante para a sua construção foi o aumento da população neste conselho e a saturação dos Hospitais Civis de Lisboa. Ao longo destes anos, muitas foram as adaptações tanto a nível de estrutura, bem como de organização, variando significativamente a capacidade de resposta assistencial, com crescentes níveis de complexidade e subespecialização.

A grande preocupação deste hospital continua, e continuará a ser, a pessoa do doente, fragilizada pela doença, ameaçada na sua integridade e destino, despida de preconceitos e sofisticação, enormemente carenciada de ajuda e compreensão. Esta é a principal razão de ser dos trabalhadores deste hospital, que numa luta constante e sem tréguas, dedicam o melhor do seu saber, em prol da vida, da saúde, do conforto e do bem-estar dos seus utentes. Atualmente possui mais de 1300 camas e emprega mais de 5000 funcionários.

O HSM tem um papel relevante no Sistema Nacional de Saúde, tendo agregado a si a Faculdade de Medicina de Lisboa, está conotado como Hospital Central Universitário e diferenciado, e tem contribuído para o aprofundamento do conhecimento médico, sendo hoje em dia o maior centro de investigação clínica a nível nacional. Assim, é definido como uma grande instituição de prestação de cuidado, de formação de profissionais e investigação científica.

A 31 de Dezembro de 2005, o HSM transitou para EPE.

O HSM é o único do Grupo 1 da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que possui todas as valências médicas, cirúrgicas e de especialidade, com sofisticados meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O HSM está inserido no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) EPE, juntamente com o Hospital Pulido Valente, desde 2007. É no HSM que está integrado todo o

Departamento de Pediatria. Inaugurado em Dezembro de 1954, constitui o maior serviço do hospital.

Atualmente, o departamento de pediatria assiste crianças e jovens até aos 18 anos menos um dia de idade e tem lotação de 145 camas, distribuídas por todas as unidades de internamento.

O SUP do Hospital de Santa Maria iniciou funções no ano de 1961, em instalações provisórias. Apenas desde 1979 utiliza o atual espaço físico. Situado no Piso 2 do HSM, admite crianças até aos 18 anos, provenientes do domicílio ou de outra instituição de saúde, qualquer que seja a patologia médica ou cirúrgica (ex. febre, vómitos, dificuldade respiratória, traumatismos...), sendo classificada, somente, de urgente ou não urgente.

Serve a Unidade de Saúde A, abrangendo as freguesias do Lumiar, Alvalade, Bucelas, Caneças, Famões, Fanhões, Frielas, Loures, Lousã, Odivelas, Olival de Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião, Póvoa de São Julião do Tojal, Santo Antão do Tojal e Santo António dos Cavaleiros. Dá também apoio a hospitais da Zona Centro-Sul, nomeadamente, Caldas da Rainha, Santarém, Torres Novas, Setúbal, Beja, Évora, Faro e Portimão.

O SUP é constituído pela sala de triagem, sala de aerossóis, sala de reanimação, sala de tratamentos, 3 salas de observação, sala de ortopedia e pequena cirurgia, secretária de unidade, arrecadação/farmácia, instalações sanitárias, sala de reuniões, zona de sujos, zona de limpos e SOPed, onde se situa uma sala de trabalho, o duche, mais um WC do pessoal e a copa.

Análise e Reflexão do Percurso Realizado

A escolha deste local de estágio deveu-se ao facto de este serviço estar integrado na instituição onde exerço funções, pelo que facilitou a articulação dos turnos e horários. Por outro lado, tinha curiosidade em perceber qual o percurso realizado pela criança após dar entrada no SUP do HSM até à alta ou internamento, uma vez que, este poderá ser um possível serviço para trabalhar após a minha transferência para a pediatria.

Compete ao EESIP definir as verdadeiras necessidades do serviço onde presta cuidados de modo a proporcionar momentos de aprendizagem tanto para as crianças como pais e outros enfermeiros, com o objetivo de se alcançarem cuidados de excelência centrados na criança. Assim, indo de encontro ao tema que pretendia que fosse transversal a todos os módulos de estágio e sabendo que a entrada de uma criança num SUP é uma situação

de stress tanto para os pais como para a criança, podendo afetar negativamente o seu desenvolvimento, fui tentar perceber, através do livro de registos das admissões no SOPed, qual a faixa etária que predominava. Posto isto, concluí que entre 1 de Setembro e 14 de Novembro de 2012, deram entrada 312 crianças, sendo que 208 crianças tinham idades compreendidas entre os 12 meses e os 6/7 anos de idade. Através do diálogo com a equipa de enfermagem percebi que não possuíam conhecimentos sobre o Modelo de “Touchpoints” de Brazelton como um instrumento precioso na avaliação do Desenvolvimento Infantil. Então, tracei como objetivos para este módulo de estágio:

- Identificar as alterações do desenvolvimento que a doença/hospitalização pode provocar no desenvolvimento da criança.

Foi possível atingir este objetivo, através da observação do comportamento da criança, em contexto de urgência: triagem, sala de tratamentos e SOPed, tendo em conta o Modelo de “Touchpoints” de Brazelton, focando-me mais nas faixas etárias que pretendia estudar: os toddler e a idade pré-escolar. É nestas faixas etárias que se verifica um crescimento e desenvolvimento mais acentuado, que se vai tornando progressivamente mais constante (WHALEY E WONG, 1999). Os toddler esforçam-se para ganhar autonomia e autocontrolo e têm força de vontade para realizar as tarefas do dia-a-dia. Quando hospitalizadas, estas crianças perdem o controlo da situação devido às restrições físicas, às alterações nas rotinas diárias, à dependência (estão limitados à cama, dependentes de regras vindas de adultos que nunca viram), à lesão corporal e à dor, reagindo com resistência física, agressão (morde, dá pontapés, ataca verbalmente), negativismo e regressão em aspetos do desenvolvimento que já tinha conquistado (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001).

Durante o estágio, pude observar algumas destas manifestações. Tratava-se de uma criança de dois anos que interagia comigo durante a permanência no SOPed e após lhe ter realizado uma colheita de sangue, deixou de o fazer.

As crianças em idade pré-escolar já desejam realizar atividades próprias dos adultos (por exemplo lavar a loiça, varrer o chão, entre outras), gostam de explorar, já aceitando melhor a separação dos pais por algum tempo, usam a imaginação e gostam de estabelecer objetivos pessoais (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001). Quando são hospitalizadas tornam-se mais renitentes à separação, demonstrando através de recusa alimentar, dificuldade em adormecer, chora baixinho, recusa brincar com outras crianças, deseja colo, pergunta continuamente pelos pais e tornam-se mais dependentes.

Estas crianças veem ainda a hospitalização como uma punição pelos seus erros (WHALEY E WONG, 1999).

Com crianças em idade pré-escolar observei que algumas estavam mais renitentes à separação, não toleravam que os pais se afastassem da cama simplesmente para irem colocar algo no lixo mesmo estando no seu campo visual, começando a chorar.

Deste modo, o desenvolvimento e o crescimento da criança não dependem apenas da maturação biológica, mas também das condições do meio ambiente onde vive. Assim, dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontra, a criança reagirá de modo diferente para se adaptar ao meio que a rodeia, tudo depende da forma como o stress é vivenciado e do apoio que recebe das pessoas de referência. (BORTOLOTE E BRÊTAS, 2008).

O facto de atingir este objetivo fez-me continuar a aperfeiçoar as competências anteriormente atingidas e desenvolver novas competências como *"Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde encontrados"* e *"Zelar pelos cuidados prestados na área de especialização"* (UCP, 2012, p.4-5).

- Sensibilizar os enfermeiros para a adoção de estratégias que promovam o desenvolvimento infantil, através da adequação do Modelo de "Touchpoints".

Tendo em conta o diagnóstico de situação anteriormente descrito, realizei uma ação de formação para os enfermeiros com o tema - Impacto da Hospitalização no Desenvolvimento Infantil nas fases Toddler e Pré-Escolar (ANEXO IV).

Com esta formação pretendia apresentar de forma sumária o modelo, falar do desenvolvimento infantil nos toddler e nas crianças em idade pré-escolar segundo o Modelo de Brazelton, focar o impacto da hospitalização nas duas faixas etárias e abordar as estratégias que podem ser adotadas para diminuir o impacto negativo da hospitalização. Deste modo, consegui adquirir uma das competências do EESIP, que é intervir *" (...) em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação"* (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2011:8653).

O EESIP, ao cuidar de crianças em contexto hospitalar, deve possuir um amplo conjunto de saberes e competências e um vasto leque de cuidados holísticos de forma a promover um desenvolvimento infantil harmonioso e a detetar qualquer alteração no seu

curso normal. Tem então um papel fundamental enquanto facilitador de informação, bem como catalisador de mudanças e desenvolvimento de estratégias internas (OE, 2010).

Para que toda a equipa fosse informada do tema da sessão e dos seus objetivos, bem como do local, hora e data da apresentação, realizei um plano de ação de formação bem como a sua publicação e afixei em vários pontos do SUP (ANEXO IV).

Após a apresentação do trabalho, abri um espaço para partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas e apliquei um questionário com o objetivo de perceber se a ação de formação tinha sido bem-sucedida, pertinente e elucidativa (ANEXO IV).

Com a avaliação dos questionários, pude verificar que a ação de formação foi bem-sucedida, pois o grupo de seis enfermeiras que assistiu à formação, mencionou que esta contribuiu para a aquisição e consolidação de conhecimentos e que o modo de apresentação utilizado foi adequado e útil para captar a informação.

Com o objetivo de deixar um documento, que fosse simples e rápido de consultar tanto pelos pais como pelos profissionais do SUP, e que focasse os pontos-chave referentes ao desenvolvimento infantil nas fases Toddler e Pré-escolar, fiz dois pósteres, um para cada fase do desenvolvimento abordada, que facultei à enfermeira responsável pela formação no SUP, para serem expostos no serviço (ANEXO IV).

Este objetivo permitiu-me alcançar as seguintes competências: *"Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas"*, *"Promover e desenvolver o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros"* e *"Promover a formação em serviço na sua área de especialização"* (UCP, 2012:4-5).

- Colaborar nas atividades desenvolvidas pelo EESIP, no âmbito da prestação de cuidados especializados à criança e família, em contexto de urgência, na admissão na triagem, na sala de tratamentos e no SOPed.

Ao longo do estágio pude prestar cuidados à criança/família em contexto de urgência, nas três valências: triagem, sala de tratamentos e SOPed, todas elas com especificidades diferentes que aos poucos fui conseguindo dar resposta.

O SUP é bastante específico e implica muitas vezes uma rapidez de resposta, pois as crianças que dão entrada neste serviço encontram-se na fase aguda da sua doença, o que exige um tratamento eficaz, eficiente, equitativo, humanizado e competente. Tal como refere PHANEUF (2005:3) *"a competência de enfermagem baseia-se em primeiro lugar*

nas qualidades pessoais da enfermeira, as que fazem dela uma pessoa à escuta, atenta ao que se passa com o doente e capaz de decisão, de ação e de empatia.”.

É na triagem que ocorre o primeiro contato entre o enfermeiro e a criança doente e os pais em situação de stress e ansiedade. Segundo FERNANDES (2012:1) *“É o primeiro contato visual que temos com a criança e com os pais, é onde devemos aproveitar para iniciar um contato acolhedor transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que ali são bem-vindos, mostrando máxima disponibilidade.”.* Aqui pude continuar a aperfeiçoar as competências adquiridas relativas à comunicação com a criança e família. O EE tem conhecimentos, habilidades e competências para fazer uma avaliação concisa, tomar decisões rápidas e fundamentadas, estabelecer uma comunicação eficaz entre a criança/família e com os restantes profissionais de saúde e para atuar antecipadamente (OE, 2009). Deste modo, o EESIP é o elemento mais qualificado para estar na triagem pois compete-lhe *“prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui.”* (DECRETO-LEI, n.º 437/91:5724).

Nas três valências consegui dar resposta a algumas situações de forma autónoma e em casos mais complexos e com os quais tive menos contato durante a permanência no SUP, contei com a colaboração da enfermeira que me estava a orientar. Para além das competências específicas do enfermeiro generalista que coloquei em prática no decorrer deste módulo de estágio, durante a permanência no SUP tive em consideração a redução da ansiedade tanto nos pais como na criança. Pois, no atendimento da criança/família em contexto de urgência, o EESIP para além dos conhecimentos científicos que possui que lhe permitem estar preparado para os acontecimentos com que se depara e para situações inesperadas que evoluem rapidamente, deve ao mesmo tempo por em prática conhecimentos relacionais, que envolvem as relações e as interações da família com a criança e com a própria equipa de saúde e estar atento a sinais de angústia, ansiedade e stress de modo atenuá-los e a potenciar uma resposta eficaz e o bem-estar da criança.

Considero que todos os objetivos propostos para este estágio foram alcançados com êxito. Consegui fazer um correto diagnóstico de situação e ir de encontro a uma das necessidades formativas da equipa de enfermagem do SUP do HSM.

No que diz respeito à prestação de cuidados, julgo ter-me adaptado bem ao serviço e ter interiorizado a sua dinâmica e o importante papel do EESIP. Ou seja, consegui tomar decisões e estabelecer prioridades, durante a prestação de cuidados, de acordo com a

especificidade de cada criança/família em contexto de urgência, conseguindo ser proficiente na minha prestação de cuidados, por outras palavras, consegui transferir conhecimentos adquiridos anteriormente, através da minha experiência pessoal e profissional, para as novas situações que estava a vivenciar (BENNER, 2001).

Este estágio possibilitou-me continuar a crescer enquanto EESIP através do aperfeiçoamento das competências anteriormente adquiridas e da sua consolidação e da aquisição de novas competências, que continuaram a ser consolidadas nos restantes estágios, *“Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”*, *“Demonstra capacidade de trabalhar em equipa, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*, *“Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”* e *“Realiza gestão dos cuidados na sua área de especialização.”* (UCP, 2012:4-5).

2.2.2 – Serviço de Neonatologia do HSM

Este estágio decorreu de 10 de Dezembro de 2012 a 18 de Janeiro de 2013.

Breve Caracterização do Contexto

O Serviço de Neonatologia, situado na ala norte do edifício no piso 7 e integrado no Departamento da Criança e da Família tem como missão prestar cuidados diferenciados a recém-nascidos (RN) saudáveis e doentes até aos 28 dias de vida, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região Sul. Os cuidados prestados têm como preocupação fundamental a eficácia e a segurança do RN, bem como a humanização fomentando a participação dos pais nos cuidados ao bebé, designando um profissional de referência a quem os pais recorrem sempre que necessário, promovendo reuniões com os pais/equipa multidisciplinar para esclarecer a situação clínica do RN, debater as situações novas vivenciadas pela família, partilhar experiências e dar apoio psicológico aos pais. O objetivo final é curar, minimizar e ou prevenir os sintomas da doença em tempo útil, assegurando a comunicação e a continuidade de cuidados com outros hospitais e Centros de Saúde.

O Serviço de Neonatologia é composto por 2 áreas distintas, uma assistencial e outra de apoio. Da área assistencial fazem parte: sala de cuidados intensivos, com lotação para

oito incubadoras; sala de cuidados intermédios, com lotação de dez berços ou incubadoras; a sala de pré saída, com lotação para quatro berços, a sala de refeição, a arrecadação, o WC dos profissionais, área de sujus, casa das máquinas, vestiários das enfermeiras. Entre a sala de cuidados intensivos e a sala de intermédios existe uma área de trabalho comum para a preparação de terapêutica (com câmara de fluxo laminar) e para a elaboração dos registos clínicos e de enfermagem.

A área de apoio é constituída por um WC para os pais, área de limpos, armazém de equipamentos, gabinetes médicos, gabinete da enfermeira chefe e sala de pais.

Análise e Reflexão do Percurso Realizado

Este local de estágio foi eleito tendo em conta os mesmos critérios anteriormente mencionadas. Logo nos primeiros turnos que realizei fui-me apercebendo da angústia, do medo, das dúvidas e das expectativas que os pais sentiam em relação ao futuro dos seus filhos. Assim, tal como é esperado de um EESIP, procurei ser de agente de mudança no sentido de atenuar estas incertezas e ajudar os pais a valorizar todas as pequenas conquistas dos seus bebés sentindo-se mais confiantes e seguros relativamente ao futuro.

Com o nascimento de um bebé prematuro, os pais deparam-se com múltiplos desafios, abandono de algumas expectativas planeadas ao longo da gravidez, adaptação a uma situação adversa e reconstituição de sonhos e projetos. Neste processo de aceitação da nova realidade terão de gerir emoções intensas, desenvolver a sua identidade enquanto pais perante esta circunstância especial e cuidar de relações já existentes em condições muitas vezes marcadas pela imprevisibilidade e insegurança (SANTOS et al, 2007).

Quando os pais conhecem o seu bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais encontram-no geralmente dentro de uma incubadora, rodeado de fios, sondas e monitores. São comuns sentimentos de ansiedade, confusão, angústia e até mesmo de desapontamento, face a um bebé cujo aspeto físico é bastante diferente do imaginado. Este ambiente de complexidade tecnológica pode acentuar a perceção de fragilidade do bebé, no qual os pais são assaltados por dúvidas acerca da sobrevivência do mesmo, do seu desenvolvimento futuro e de como cuidar de um ser tão pequeno e indefeso, sentindo-se muitas vezes impotentes (SANTOS et al, 2007).

Em neonatologia, na sua grande maioria, os internamentos são prolongados, logo torna-se de extrema importância a construção de uma aliança entre os profissionais e os pais

com o objetivo de avaliar e compreender o desenvolvimento da criança e promover a sua estimulação. Por outro lado, ao alcançarem esta capacidade conseguem estar atentos a potenciais ameaças ou fatores prejudiciais ao desenvolvimento da criança (BRAZELTON E SPARROW, 2003).

Deste modo, podemos afirmar que o EESIP tem um papel fundamental na inserção do bebé prematuro na família e na comunidade, pelo que a educação para a saúde deve ser direcionada, no sentido da aquisição de competências pelos pais durante o internamento, que possam garantir o desenvolvimento harmonioso do bebé após a alta hospitalar (NUNES, 2010).

Posto isto, delineei como objetivos a atingir neste estágio:

- Transmitir conhecimentos aos pais, relativos ao desenvolvimento do bebé prematuro no primeiro ano de vida.

O processo de crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro está condicionado pela forma como decorreu a gravidez, o parto, o período pós parto e também pelo modo como os pais vão investir no seu bebé. O EESIP tem o dever de ir ao encontro das necessidades da população a que se destinam os seus cuidados: a criança. No entanto, sendo a família que *“não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte afetivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo”* (MANO, 2002:1) é através da parceria de cuidados que se consegue atingir um desenvolvimento saudável na criança. Com o objetivo de capacitar os pais para os pontos-chave do desenvolvimento infantil desde o desenvolvimento sensorial in útero até aos doze meses e de reduzir os seus medos, as incertezas e as dúvidas, realizei uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema “Desenvolvimento Infantil no Primeiro Ano de Vida”, tendo em linha de conta e fazendo referência durante a apresentação que o desenvolvimento de um bebé prematuro, nos primeiros anos de vida, pode diferir do desenvolvimento de uma criança que nasce de termo. (ANEXO V). Antes da apresentação da sessão foi afixado o plano da sessão bem como a publicitação da mesma, com informações importantes (tema, local, data e hora), para que os pais tomassem conhecimento previamente e pudessem estar presentes (ANEXO V).

No término da sessão abri um espaço para colocação de dúvidas e partilha de experiências, que foi bastante interessante. Os pais falavam também entre si, partilhando as suas emoções, experiências e expectativas, aproveitando para colocar outras dúvidas, o que ajudou outros pais que tinham os filhos há menos tempo na UCIN. Senti que a formação tinha sido bastante útil para os sete pais que estiveram presentes, no sentido

que os ajudou a perceberem alguns marcos importantes que são esperados no desenvolvimento dos seus filhos, tranquilizando-os e minimizando os seus medos.

Após esta partilha entreguei um folheto com as ideias chave que foram debatidas na sessão e um questionário para que pudessem avaliar a sessão (ANEXO V).

- Colaborar nas atividades desenvolvidas pelo EESIP, no âmbito da prestação de cuidados especializados ao bebé prematuro e família num Serviço de Neonatologia.

Os pais dos bebés da UCIN têm uma forte relação de confiança com os enfermeiros da unidade, existindo mesmo um enfermeiro de referência para cada bebé. Isto deve-se ao facto dos internamentos serem bastante prolongados e dos pais necessitarem de apoio e colaboração na prestação de cuidados aos seus bebés por serem, como tantas vezes os pais referiam “tão pequenos e frágeis”, fazendo com que estes se sentissem inseguros e com medo. Estes medos e inseguranças, bem como o nascimento de um filho que não é igual ao idealizado pelos pais, pode dificultar o processo de vinculação, então enquanto EESIP, esta foi uma das minhas preocupações e uma das áreas de atuação durante este estágio. O EESIP deve conhecer, na sua singularidade, a família de quem cuida, estando junto do casal, atuando em parceria de forma a responder eficazmente às suas necessidades, fornecendo-lhes informações e conhecimentos, com o objetivo de os ajudar no processo de transição para a parentalidade (BORDALO, PIRES e SANTANA, 2012).

Como intervenções de parceria, prestava cuidados de conforto ao bebé (mudar a fralda, posicionamentos, alimentação), sendo que numa primeira fase os pais observavam para depois prestarem eles os cuidados com a minha supervisão até se tornarem autónomos.

É da responsabilidade do EESIP

“trabalhar em parceria com a criança/família, em qualquer contexto que ela se encontre (...), 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.” (DECRETO-LEI, n.º 437/91:5724).

Para além destas intervenções, avaliava sinais vitais, fazia os registos no processo do bebé, preparava e administrava terapêutica e alimentações parentéricas.

Para consolidar as aprendizagens proporcionadas pela prática clínica, para além de mobilizar os diferentes níveis de saber adquiridos na teoria, esclarecia dúvidas com a enfermeira orientadora e realizava novas pesquisas bibliográficas, o que também me transmitia maior segurança durante a prestação de cuidados ao bebé prematuro e no esclarecimento de dúvidas colocadas pelos pais.

Neste módulo de estágio foi possível adquirir na totalidade algumas das competências que vinham a ser consolidadas ao longo dos anteriores estágios, bem como continuar a aperfeiçoar competências e adquirir novas competências como *“Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.”* (UCP, 2012:4).

2.3 – MÓDULO II: UNIDADE DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HSM

Este módulo de estágio decorreu entre 23 de Janeiro a 15 de Março de 2013, na Unidade de Cirurgia Pediátrica do HSM, num total de 180 horas.

Prestei cuidados à criança com patologia cirúrgica em três valências específicas: enfermaria, cirurgia de ambulatório e recobro. Tive ainda a oportunidade de realizar um dia de observação no bloco operatório.

Breve Caraterização do Serviço

O Serviço de Cirurgia Pediátrica, situado na ala norte no edifício no piso 8 do HSM, foi reestruturado, tendo sido inaugurado posteriormente a 9 de Abril de 2003 passando nessa data a Unidade de Cirurgia Pediátrica. Esta unidade está vocacionada para cuidar de crianças do foro cirúrgico, podendo ser cirurgia geral, cirurgia urológica, cirurgia ortopédica, cirurgia plástica ou neurocirurgia, desde os 0 aos 18 anos menos um dia.

Para a unidade de internamento funcionar tem na sua estrutura: o hall de entrada, que é utilizado muitas vezes como sala de espera, e onde existe um gabinete médico, a sala da secretária de unidade e uma sala de reuniões; um corredor onde se situa a sala de ambulatório, a sala de tratamentos/hospital dia, a sala do chefe da unidade, a farmácia, o WC dos profissionais, o vestiário para os enfermeiros e para as assistentes operacionais e o bloco operatório, que é constituído por duas salas cirúrgicas, uma sala de recobro com lotação para duas camas, uma sala de limpeza de material e uma sala de esterilização; e a enfermaria, com lotação para dezasseis camas (duas salas com uma cama, cinco salas com duas camas e uma sala com quatro camas) e onde se encontra uma sala de atividades lúdicas, o gabinete da enfermeira chefe, a sala de refeições dos profissionais, a copa, a sala de enfermagem, instalações sanitárias e uma sala de desinfeção.

Análise e Reflexão do Percorso Realizado

Este local estágio foi selecionado segundo os mesmos critérios utilizados no módulo anterior. Escolhi o serviço de cirurgia devido à diversidade de patologias e situações que se podem encontrar, o que seria uma mais-valia para aumentar o meu leque de conhecimentos.

As crianças são particularmente vulneráveis às modificações que ocorrem no seu ambiente e rotinas habituais. A doença e a hospitalização/cirurgia constituem-se como fatores de enorme stress e sofrimento. Estes fatores são frequentemente classificados em três grandes grupos: separação, perda de controlo e lesão corporal e dor. Todos eles são vividos num registo de ansiedade e de medo (MARÇAL, 2006).

Também para BROERING e CREPALDI (2008), a hospitalização é vista pela criança como ameaçadora e causadora de ansiedade, e desta forma, tem um impacto sobre o seu comportamento, levando à manifestação de reações adversas como o stress, ansiedade e medo. A necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos como as cirurgias potencializa estas reações. Para os pais/família esta situação é geradora de angústia e insegurança.

Assim, para minimizar estas reações adversas, o serviço de cirurgia estava a implementar um programa de intervenção, no qual eu me inseri e desenvolvi ao longo deste estágio.

O cuidar da criança hospitalizada foi-se modificando ao longo dos tempos, sendo a parceria de cuidados fruto dessa evolução, isto é, “ (...) a formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados” (KEATINGE e GILMORE, 1996:28, citado por MANO, 2002:2). Os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados à criança, pelo que deve ser respeitada e valorizada a sua experiência no cuidado dos filhos e o seu contributo na prestação de cuidados (CASEY; 1993). As crianças dependem dos seus pais quanto aos cuidados físicos, psicológicos, educacionais, sociais e formação.

É no seio familiar que se inicia a socialização da criança, logo com a hospitalização este marco importante para o desenvolvimento da criança fica comprometido. Um acompanhamento constante da criança hospitalizada permite melhorar a assistência à criança e a sua adaptação, pois sentem-se mais seguras e protegidas, o que a leva a reagir mais positivamente ao ambiente hospitalar, ou seja, a presença de pessoas significativas para a criança, reduz os traumas psicológicos e emocionais da

hospitalização. Por outro lado, se a criança ficar privada desta relação afetiva, vão ocorrer alterações no seu desenvolvimento social. Esta vai sentir e demonstrar uma necessidade exagerada de amor, angústia e sentimentos de vingança, ou será mesmo incapaz de estabelecer relações com outras pessoas (PORTELA e GRAVETO, 2011). O acompanhamento da criança hospitalizada até aos 18 anos de idade está previsto na legislação portuguesa (DECRETO LEI nº 106/2009).

Deste modo, tanto a criança como a sua família devem ser alvo de cuidado para o EESIP. Ao conhecermos a família como contexto da criança, os cuidados de enfermagem devem implicar o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções como o envolvimento, a participação, a negociação, a capacitação e a parceria de cuidados dinâmica e flexível (OE, 2011). Foi esta máxima que levei para a Unidade Curricular Estágio, tentando sempre aperfeiçoá-la.

Como objetivos específicos para este estágio delineei os seguintes objetivos:

- Colaborar nas atividades desenvolvidas pelo EESIP, no âmbito da prestação de cuidados especializados à criança e família internados numa unidade de cirurgia pediátrica.

O enfermeiro é o profissional que mais tempo está presente nos cuidados que são prestados à criança, ou seja, é a figura central na vida da criança hospitalizada, pelo que está mais desperto para uma avaliação contínua da sua evolução clínica, apoiando os pais durante os cuidados, de modo a prepará-los para a alta. Logo, a equipa de enfermagem é o pilar desde a entrada da criança/família no hospital até ao momento da alta, dando atenção a diversas variáveis complexas, como o conforto da criança, a recuperação de uma estabilidade funcional, o estado emocional dos pais e as diversas dúvidas que os pais ou criança possam apresentar (MORÃO, 2009).

O EESIP no exercício da sua atividade profissional está munido de um corpo de conhecimentos científicos e de um conjunto de competências que lhe permite desenvolver atividades para assir e cuidar da criança quando ameaçada na sua integridade, como é o caso da intervenção cirúrgica (PIMENTEL, 2001). Neste contexto os cuidados de enfermagem devem ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento de doenças e intervenções cirúrgicas, considerando também as necessidades emocionais e sociais da criança e abranger técnicas adequadas de comunicação e relacionamento (SCHMITZ, PICCOLO e VIERA, 2003).

Durante o meu percurso na Unidade de Cirurgia Pediátrica tive a oportunidade de prestar cuidados à criança com patologia cirúrgica e respetiva família, na enfermaria, na

cirurgia de ambulatório e no recobro. Estes cuidados passaram pelo acompanhamento da criança desde a sua admissão, passando pelo bloco operatório até à alta, do qual realizei uma reflexão (ANEXO VI), pela execução de técnicas (realização do penso operatório, extração de pontos de sutura/agrafos, administração de terapêutica, entre outros) e pelo apoio e ensinamentos à criança/pais. Naquela unidade deparava-me todos os dias com pais e crianças que verbalizavam medos, ansiedades e dúvidas perante a hospitalização e a cirurgia, pelo qual como futura EESIP facultava a informação de forma simples, credível, clara e adaptada ao momento que a família estava a vivenciar (JORGE, 2004). No entanto, o tipo de informação que os pais necessitavam era muito versátil, pelo que como estratégia, tentava aperceber-me do tipo de informação que os pais estavam dispostos a ouvir em cada momento e faseava-a.

Quando se fala em especialidade surge-nos a ideia de algo mais específico, que requer conhecimentos mais aprofundados, pelo que utilizei como estratégia o estudo individual, a pesquisa bibliográfica e o esclarecimento de dúvidas com a minha enfermeira orientadora. A promoção e manutenção da saúde infantil são deveres para os profissionais que se dedicam a esta área, nomeadamente para os EESIP. Assim, ser EESIP compreende trabalhar numa abordagem interdisciplinar, tendo também a criança e a sua família como parceiros no cuidar, com vista a identificar problemas relacionados com a criança, a nível pessoal, familiar, mas também, a nível do local onde a criança/família vive e da comunidade onde se insere.

Ao alcançar este objetivo, foi possível continuar a desenvolver as competências anteriormente mencionadas, bem como atingir a competência *"Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas."* (UCP, 2012:4).

- Participar na elaboração do programa sobre a preparação Pré-Operatória, cujo objetivo é adequar as intervenções de enfermagem, tendo em conta a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra.

Quando iniciei o estágio, estava a ser implementado um programa para melhorar o atendimento à criança cirurgica pediátrica do HSM. A equipa de enfermagem, da Unidade de Cirurgia Pediátrica estava dividida por grupos e a minha orientadora fazia parte do grupo que estava a efetuar um trabalho sobre o pré-operatório, no qual eu me inseri. Este programa tinha como objetivo desenvolver um processo de cuidados relativo ao atendimento de enfermagem à criança/família, que estão a viver um processo

de transição provocado pela intervenção cirúrgica. Desta forma, através de uma intervenção terapêutica de enfermagem serão desenvolvidas as estratégias promotoras de uma transição saudável. O programa está organizado em cinco fases. A primeira fase diz respeito à referenciação da criança/família: engloba uma consulta telefónica pré-operatória aos pais das crianças com cirurgia programada, que tem como objetivo fornecer orientações pré-operatórias aos pais/família face à cirurgia, a colheita de dados completa da criança e a redução da ansiedade dos pais e criança através do fornecimento de informação e esclarecimento de dúvidas. A segunda parte refere-se ao acolhimento e apreciação inicial da criança/família: realiza-se no dia da cirurgia e são confirmados os dados recolhidos e colhidos outros dados relevantes. Na terceira parte realiza-se o diagnóstico de enfermagem, segundo a CIPE, sendo os mais comuns a angústia de separação, a ansiedade, a dor, a imagem corporal, o medo e o stress. A quarta parte diz respeito ao planeamento e implementação de intervenções de enfermagem: ocorre o planeamento e implementação de intervenções de enfermagem, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem identificados. As intervenções englobam essencialmente o fornecimento de informação, o brincar e a gestão da dor. Enquanto a criança aguarda ser chamada para o bloco incentiva-se o brincar terapêutico com o distribuir de desenhos temáticos para colorir ou a manipulação do kit pré-operatório. Neste sentido, realizei uma história para que a criança assimilasse melhor a informação (ANEXO VII) e um folheto para ser entregue aos pais das crianças na fase pré-escolar e escolar sobre o Impacto da Hospitalização (ANEXO IX). Para complementar a informação contida no folheto, realizei um documento detalhado, que forneci ao serviço (ANEXO VIII). A última fase do programa é a avaliação das intervenções de enfermagem relativas a cada diagnóstico de enfermagem identificado. Será entregue no fim do internamento um questionário de avaliação para os pais preencherem relativamente à satisfação do atendimento e acompanhamento da criança/família. Ainda no seguimento do programa, a equipa de enfermagem pretendia implementar uma chamada de follow up 24 horas após a cirurgia com o objetivo de verificar a compreensão e eficácia dos ensinamentos realizados na alta, identificar possíveis complicações pré-operatórias e esclarecimento de dúvidas. A criação de programas de melhoria da qualidade dos cuidados é uma competência importante do EESIP, no domínio da gestão da qualidade.

Incidi a minha intervenção para as crianças na fase pré-escolar e escolar, uma vez que, existia uma grande afluência destas crianças ao serviço. Então, como estas compreendem a realidade através do imaginário, utilizando a brincadeira, os jogos e os

desenhos, tornaram-se bastante pertinentes as atividades implementadas. Da minha experiência, as crianças que ouviam a história com atenção e manipulavam o kit pré-operatório, colocando questões, eram mais colaborantes com os profissionais de saúde dentro da sala operatória e, posteriormente, acordavam serenos e bem-dispostos após a anestesia.

Todas estas intervenções que foram adotadas para diminuir a ansiedade, o medo e o stress vão de encontro às conclusões encontradas através da revisão sistemática da literatura referida neste relatório. Segundo os autores referidos na revisão da literatura, a visita pré-operatória ao serviço de cirurgia, a manipulação do material, a apresentação da equipa de saúde e a presença contínua dos pais são intervenções, que adequadas à idade da criança, diminuem o impacto negativo da hospitalização/cirurgia.

Com a realização destas atividades sedimentei as competências anteriormente referidas neste relatório e adquiri as seguintes: “*Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando respostas*”, “*Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença, (...), incapacidade.*” (OE, 2010).

2.4 – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No decorrer desta minha caminhada considero ter adquirido as competências que são esperadas do enfermeiro especialista. Segundo a OE (2011), o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana, além dos cuidados gerais, que são prestados ao indivíduo, família e comunidade nos três níveis de prevenção, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas da enfermagem. Estas competências permitem uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está exposta, um amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, e ainda, a prestação de cuidados de enfermagem com um elevado padrão de qualidade direcionados para as necessidades das pessoas (LEITE, 2006). Logo, quando se trabalha com crianças, torna-se necessário um conjunto de especificidades e competências, para que se possa dar resposta a todas as questões que lhes estão inerentes, que o enfermeiro generalista não possui (ALEGRE, 2006).

Ao longo da Unidade Curricular Estágio pude favorecer o desenvolvimento profissional das equipas de enfermagem com as quais trabalhei, através da realização de ações de formação e de sessões de educação para a saúde, bem como da partilha de experiências, baseadas na investigação. Tal como refere LEITE (2006) “ (...) *Enfermeiros*

Especialistas porque a sua existência favorece o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros e facilita a investigação de novas dimensões do cuidar.”.

Através do apoio, orientação, disponibilidade e ajuda da equipa de saúde e dos pais que fizeram parte deste meu percurso, consegui estar desperta para alguns sinais, que poderiam colocar em risco a saúde e o desenvolvimento saudável da criança.

“É essencial que o Enfermeiro Especialista, qualquer que seja a sua área de atuação, contribua, através do seu “olhar mais profundo” sobre a Pessoa numa situação específica, na implementação de intervenções de Enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projetos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida.” (LEITE, 2006).

Em suma, com esta passagem de enfermeira generalista para enfermeira especialista, tornei-me uma profissional mais reflexiva, capaz de mobilizar todo um conjunto de informação científica, técnica e relacional para cada situação vivenciada.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros na procura da excelência dos cuidados de saúde são estimulados a um constante desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, é necessário que os mesmos invistam na procura de novos conhecimentos, através da autoformação e da formação contínua. Chegando ao término desta etapa, torna-se importante fazer uma retrospectiva. Houve momentos em que o cansaço praticamente venceu, pois não foi fácil conciliar a vida pessoal, profissional e de estudante, mas agora refletindo em todo o caminho percorrido, posso afirmar que valeu a pena e foi gratificante. O maior contributo que retiro desta caminhada foi a autorização da minha transferência para um serviço de pediatria. Tal facto demonstra o reconhecimento do meu valor enquanto EESIP, do meu trabalho e do meu empenho.

Esta experiência fez-me, sem dúvida, crescer tanto a nível pessoal como profissional e tudo devido às pessoas que acompanharam o meu caminho: docentes, enfermeiras orientadoras dos locais de estágio e colegas.

A enfermagem tem evoluído, redefinindo o seu papel continuamente e adaptando-se às exigências permanentes da evolução da ciência. Foram estas exigências e a minha determinação para trabalhar num serviço de pediatria que me motivaram a desenvolver as capacidades pessoais, saberes e competências direcionadas para a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Julgo que o facto de trabalhar num serviço de adultos foi uma das limitações que senti ao longo deste percurso, no entanto, a minha dedicação, motivação, empenho, humildade e disponibilidade fizeram-me alcançar este projeto profissional. Mais do que enriquecer conhecimentos foi necessário construir e validar competências técnicas, científicas, relacionais, éticas e deontológicas que contribuíram para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo uma visão holística da criança/família.

O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências dividiu-se em três módulos de estágio, sendo o tema transversal a todos eles a "Promoção do Desenvolvimento Infantil", que serviu de suporte e fio condutor a todas as atividades.

O Módulo I dividiu-se em dois momentos de aprendizagem: o primeiro na Consulta Externa e de Desenvolvimento do HSF, sendo o meu objetivo compreender a importância do EESIP num dos recursos da comunidade; o segundo na UCC Cacém-Care, onde realizei sessões de educação para a saúde e visitas domiciliárias.

Estes dois momentos possibilitaram desenvolver competências em EESIP, através do contato com a criança/família no seio da comunidade, permitindo a promoção de cuidados antecipatórios necessários para o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança dentro do seio familiar. O Módulo II realizou-se na Unidade de Cirurgia Pediátrica, onde prestei cuidados à criança/família com patologia cirúrgica, dando especial relevância à preparação pré-operatória. Deste modo, consegui continuar a adquirir competências ao nível da implementação e gestão de saúde, através da diminuição do stress e ansiedade provocadas pela hospitalização. Através da revisão sistemática da literatura, presente neste relatório, que possibilitou a aquisição de conhecimentos, verifica-se que todos os autores referem que a presença dos pais, a realização de um programa pré-operatório, que incluía a visita prévia ao serviço de cirurgia pediátrica, a manipulação de alguns materiais, conhecer a equipa multidisciplinar, entre outros, como estratégias que diminuem a ansiedade e o stress pré-operatório da criança. O Módulo III também era constituído por dois momentos distintos: o primeiro realizei no SUP, onde para além dos cuidados prestados à criança/família com doença aguda, uniformizei a informação relativa ao desenvolvimento infantil tanto para os pais, através de dois cartazes informativos, como para a equipa de enfermagem, através de uma sessão de educação para a saúde, tendo por base o Modelo de "Touchpoints". O segundo realizei na UCIN, direcionando as atividades para o cuidar do bebé prematuro, ajudando os pais a valorizar cada etapa do seu desenvolvimento, que foi complementada com uma sessão de educação para a saúde. Cada módulo de estágio complementou-se no sentido de gerar a construção de competências de EESIP e saberes para dar assistência avançada à criança/família ao nível dos três níveis de prevenção.

Sendo esta uma temática bastante importante que direciona a atuação do EESIP e que me desperta bastante interesse deixo como sugestão o desenvolvimento de estudos futuros nesta área, para dar continuidade a esta jornada.

Ao atingir esta meta, considero que alcancei todos os objetivos a que me propus e as competências que lhes estavam intrínsecas, chegando mais além, na medida em que aproveitei todos os momentos de aprendizagem, ultrapassando os obstáculos. Como EESIP revelei ser uma profissional com conhecimentos nas mais diversas áreas, dando resposta a situações cada vez mais complexas, demonstrando julgamento crítico, tomada de decisão e iniciativa através de competências adquiridas ao nível da formação, supervisão e prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEGRE, Conceição – O enfermeiro terá em consideração o “público-alvo” que deseja cuidar?. **Revista Ordem dos Enfermeiros**. n.º 22 (2006). p. 4-7.
- BARROS, Luísa – **Psicologia pediátrica. Perspetiva desenvolvimentista**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.
- BELLMAN [et al] – **Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil: Dos 0 aos 5 anos**. Manual do Utilizador. 1ª ed. Lisboa: CEGOC-TEA, 2003. ISBN 972-8817-08-8.
- BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BORDALO, Paula; PIRES, Ana Maria; SANTANA, Ana Paula – **O nascimento prematuro pela perspetiva do pai: Estudo sobre a vivência do pai de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa**. [Em linha]. 2012. [Consult. 17 Maio 2013]. Disponível em: <http://apeobstetras.org/docs/revista.pdf>.
- BORTOLOTE, Giovana Soares; BRÊTAS, José Roberta da Silva – O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. (2008). p. 422-428.
- BRAZELTON, Terry B. e SPARROW, Joshua D. – **A criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e comportamental**. 4ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2003. ISBN 978-972-23-3018-3.
- BRAZELTON, Terry B. – **Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento**. Mem Martins: Terramar, 2002. ISBN: 972-710-05-4.
- BRAZELTON, Terry B. - **O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento durante os primeiros anos**. 9ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2006. ISBN 978-972-23-1930-0.
- BRAZELTON, Terry B. – **The Touchpoints Modelo f Development**. [Em linha]. 2003. [Consult. 25 Out. 2012]. Disponível em: http://www.touchpoints.org/nwsltrs_flyers_forms/Touchpoints_Model_of_Development.pdf.

- BRAZELTON, Terry B. – **What are Touchpoints?** [Em linha]. 2006. [Consult. 25 Out. 2012]. Disponível em: <http://www.touchpointsbook.com/touchpoints.html>.
- BROERING, Camilla; CREPALDI, Maria Aparecida – Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. **Paidéia**. Vol. 18: nº39 (2008). p.61-72.
- CARMO, Isabel do, et al– **Obesidade em Portugal e no mundo**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008.
- CASEY, Anne – Development and Use of Partnership Model of Nursing Care In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. – **Advanced in Child Health Nursing**. London. Scutari, 1993.
- DECRETO-LEI n.º 437/91. D.R. I Série -A. 257 (91-11-08) 5723-5741.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série – N.º 35 [Em linha]. Lisboa. 2011. [Consult. em 20 Fev. 2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil** [Em linha]. Lisboa 2013. [Consult. 02 Abril 2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=2399>.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância** [Em linha]. Lisboa 2009. [Consult. 24 Março 2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525>.
- FARRELL, M. - Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. **Nursing: revista técnica de enfermagem**. Vol. 74: n.º 7 (1994).
- FERNANDES, Dino - **O Atendimento à Criança na Urgência Pediátrica**. Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. Lisboa. 2012. [Consult. 15 Nov. 2012]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20C3%A0%20crian%20C3%A7a%20na%20Urg%20C3%A0%20Pedi%20C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESI%20P.pdf>.
- FINCHER, Wendy. et al – **Pre-operative preparation can ease children's and parents' anxieties**. [Em linha]. 2012. [Consult. 18 Março 2013]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011557906&lang=pt-br&site=ehost-live>.

- FINCHER, Wendy; SHAW, Jane; RAMELET, Anne-Sylvie – **The effectiveness of standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomized controlled trial.** [Em linha]. 2012. [Consult. 18 Março 2013]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=259208f3-78ac-4199-9b22-2e2577201acb%40sessionmgr114&hid=127&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011477856>.
- FREITAS, Regina – Alimentação cuidada, maior qualidade de vida [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros 2013. [Consult. 17 Maio 2013]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ArtigosEnfermeiros/ObesidadeInfantil - por Enfermeira Regina Freitas.pdf>.
- FRISCH, AM. et al. - Nurse practitioner role in preparing families for pediatric outpatient surgery. **Pediatric Nsg.** Vol.36: n.º 1 (2010).
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação da Concepção à Realização.** 1ª ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X. p. 388.
- JORGE, Ana Maria – **Família e Hospitalização da Criança. (RE) Pensar o cuidar em enfermagem.** Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-79-7.
- LEITE, Lúcia – **O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional** [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros 2006. [Consult. 6 Fev. 2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf.
- LI, Ho Cheung William; LOPEZ, Violeta; LEE, Tin Loi Isabel – **Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement.** [Em linha]. 2007. [Consult. 18 Março 2013]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&sid=fea9bd8f-9237-4963-84b1-3db968f36b8f%40sessionmgr12&hid=24&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=cgh&AN=CN-00571326>.
- MANO, M. J. - Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. **Referência: revista de formação e educação em enfermagem.** Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. n.º 8 (2002).

- MARÇAL, Teresa – A Criança e o Espaço nos Serviços de Saúde. In: IAC - Acolhimento e estadia da criança e jovem no hospital. Lisboa: IAC. ISBN: 972-8003-23-4 (2006).
- MARSHALL, Z.; LUFFINGHAM, N. – O Enfermeiro especialista versus generalista. **Nursing**. ISSN 0871-6196. n.º 132 (1999). p.18-23.
- MENDES, Maria Goreti Silva Ramos; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva - Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. [Em linha]. **Revista de Enfermagem Referência**. ISSN 0874-0283. Vol. série III: n.º 6. 2012. [Consult. 25 Março 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a11.pdf>.
- MOREIRA, Ana Rita – **Diversificação Alimentar: O Início da Aprendizagem para uma Vida Saudável**. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2005.
- MOURÃO, E. – Ser enfermeiro em pediatria. **Revista Nursing**. Ano 21: n.º 242 (2009). p. 13-18.
- NAVALHAS, José Cassiano - Projeto de intervenção no âmbito da visitação domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. **Enfermagem**. ISSN 0871-0775. 2ª Série. n.º 7 (1997).
- NUNES, S. et al – A dinâmica familiar após a alta do pré-termo. **Revista Sinais Vitais**. n.º 91 (2010).
- OPPERMAN, Cassandra – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Escala de avaliação das competências de desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos**. [Em linha]. Lisboa 2010. [Consult. 13 Janeiro 2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_04_MCEESIP_18.11.2010.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica** [Em linha]. Cadernos OE. Série I. Número 3. Volume 1. Lisboa 2010 [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf.

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.** [Em Linha]. Conselho de Enfermagem de Dezembro de 2009. [Consult. 5 Fev. 2013]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno_Tematico_MDP_Sist_Ind_Espec_Clinicas_em_Enfermagem_versao_final_novo.pdf
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista** [Em linha]. Lisboa 2010. [Consult. 18 Março 2013]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica** [Em linha]. Lisboa 2010. [Consult. 18 Out. 2011]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_CompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).** Capítulo IV. Artigo 9º, n.º5. [Em linha]. Lisboa 1996. [Consult. 20 Março 2013]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem** [Em linha]. Lisboa. 2011. [Consult. 16 Jan. 2013]. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>.
- **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Carta de Ottawa** [Em linha]. [Consult. 01 Abril 2013]. Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

- PHANEUF, M. – **Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira**. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1995. Texto da Conferência pronunciada no I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- PIMENTEL, Maria Helena – Preparação pré-operatória da criança e da família. **Servir**. ISSN 0871-2370. Vol 49: n° 3 (2001). p. 172.
- PINTO, C.; FIGUEIREDO, M. C. - Cuidar da criança doente. **Nursing: revista técnica de enfermagem**. n.º 95 (1995). p. 15-16.
- PORTELA, C.; GRAVETO, J. – Enfermagem e a criança hospitalizada: Participação parental nos cuidados. **Revista Nursing**. Ano 23. n.º 271 (2011). p. 10-14.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 106/2009: 1ª Série, n.º 178, 2009-09-14 (2009), 6254.
- RAMALHO, Anabela – **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise – estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-54-9.
- REDMAN, Barbara Klug – **A prática da educação para a saúde**. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-39-8. p. 304.
- RICE, Mariam et al – **The effect of preoperative education programme on perioperative anxiety in children: an observational study**. [Em linha]. 2008. [Consult. 18 Março 2013]. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=31481389&lang=pt-br&site=ehost-live>
- RODRIGUES, Joana Rita Guarda da Venda e RODRIGUES, Patrícia Gonçalves – Elo mais forte – A promoção da resiliência na primeira hospitalização da criança. Lisboa. **Revista Nursing**. Ano 21: n.º 241 (2009). p. 38-44.
- SANTOS, M.C.L.; MORAES, G.A.; VASCONCELOS, M.G.L. e ARAÚJO, E.C. – Sentimentos de pais diante de nascimento de um recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE**. ISSN 1981-8963. Vol. 1: n.º 2 (2007). p. 111-20.
- SCHMITZ, Silvana; PICCOLI, Marister; VIEIRA, Claudia – A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. **Revista Electrónica de Enfermagem** [em linha]. Vol. 5: n.º 2 (2003). p. 14-23. [Consult. 27 Março 2013]. Disponível em:
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/785>.

- TEIXEIRA, Esmeralda e FIGUEIREDO, Maria do Céu – **A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada**. [Em linha]. 2009. [Consult 18 Março 2013]. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010302280&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa: UCP, 2012.
- VAEZZADEH, Nazanin et al – **The effect of Performing Preoperative Preparation Program on School Age Children's Anxiety**. [Em linha]. 2011. [Consult. 18 Março 2013]. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=74674534&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- WENNSTROM, Berith; HALLBERG, Lillemor; BERGH, Ingrid – **Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery**. [Em linha]. 2008. [Consult. 18 Março 2013]. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=31321817&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- WHALEY, Lucille; WONG, Donna - **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1999. ISBN 85-277-0506-0.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] – **Health promotion**. [Em linha]. 1986. [Consult. em 20 Março 2013]. Disponível em:
http://www.who.int/topics/health_promotion/en/.

ANEXOS

ANEXO I

Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Módulo I: UCC Cacém-Care

Sessão de Educação para a Saúde:

Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida

Elaborado por:

Tânia Sofia Pascoal dos Santos

Sob Orientação das EESIP:

Enfermeira Ana Faria

Enfermeira Ana Paula Duarte

Sob Orientação Tutorial:

Professora Doutora Zaida Charepe

Sintra

Junho 2012

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	iii
2 – CONVITE	vi
3 – PLANO DA SESSÃO	vii
4 – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	viii
5 – FOLHETO	xiii
6 – CARTAZ INFORMATIVO	xv
7 – RECEITAS PARA O SEU BEBÉ	xvi
8 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO	xxii
9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xxv

1 – INTRODUÇÃO

Quando iniciei o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém-Care (UCC Cacém Care), as enfermeiras responsáveis pela área de Saúde Infantil e Pediátrica já tinham levantado necessidades de intervenção nas creches, infantários e escolas abrangidas pela área de intervenção deste Centro de Saúde, no entanto, ainda não tinham conseguido dar resposta a todas as solicitações.

Tendo em conta o meu tema transversal a todos os estágios: “Desenvolvimento Infantil” e a solicitação da Creche Amor-Perfeito foi-me proposto realizar uma sessão de educação para a saúde para os pais, educadoras e auxiliares da ação educativa sobre a Introdução dos Alimentos do Primeiro Ano de Vida, cujo objetivo é capacitar os cuidadores formais/informais para a prática de hábitos alimentares saudáveis.

No meu ponto de vista este tema é bastante pertinente, pois a alimentação desde o nascimento influencia a forma como se desenvolve a criança. A alimentação desde o nascimento e sobretudo nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida. Assim, uma dieta realizada de forma correta constitui a base para um bom crescimento, desenvolvimento e maturação, bem como para a promoção de um futuro saudável (MOREIRA, 2005).

A alimentação é muito mais que a ingestão de nutrientes, uma vez que requer a aquisição, prática e aprendizagem de movimentos motores, manutenção da postura corporal, interação comunicativa com a família, além de habilidades orais para apreender o alimento, morder, mastigar, e controlá-lo na cavidade oral.

Na cavidade oral, a evolução dos movimentos ocorre de forma gradual. Até cerca dos 4 meses de idade, a mandíbula e a língua não são capazes de se moverem separadamente, tendo o recém-nascido um desenvolvimento neuromuscular apenas apropriado para a sucção e deglutição de líquidos. Mas, progressivamente vai adquirindo competências para morder, mastigar e engolir alimentos com uma consistência mais sólida. Quando se inicia a alimentação por colher, os bebés têm tendência a projetar a língua para fora da boca (reflexo de extrusão), o que é muitas vezes interpretado como um sinal de que o bebé não gosta do alimento oferecido. Este ato reflexo desaparece por volta dos 6 meses, idade em que se desenvolve a capacidade de deglutir. Esta capacidade leva algum tempo a desenvolver-se o que exige paciência por parte dos cuidadores. A introdução da colher permite o desenvolvimento dos mecanismos de mastigação e

deglutição, que também são importantes no desenvolvimento da fala (OPPERMAN, 2001).

É também por volta dos 4 meses que o bebê apresenta uma posição mais ereta da cabeça e consegue permanecer sentado com apoio, o que facilita a deglutição de alimentos sólidos (OPPERMAN, 2001).

Por volta dos 5 meses começam a surgir movimentos rítmicos da boca, sob a forma de mordida repetida, que são independentes do aparecimento dos dentes. Torna-se importante que nesta fase sejam introduzidos alimentos com textura mais consistente na dieta do bebê.

Os primeiros dentes, que são os incisivos centrais inferiores, começam a surgir a partir dos 6 meses de idade. É partir desta idade que o bebê se consegue sentar sem apoio e adquire preensão palmar, levando tudo à boca. Torna-se essencial oferecer alimentos para a mão do bebê para que este possa comer sozinho (OPPERMAN, 2001).

A partir dos 8 meses o bebê está mais social, procura ativamente tudo o que o rodeia, manifesta comportamentos de imitação e inicia as suas primeiras manifestações de autoafirmação, ou seja começa a testar os limites. Assim, as refeições devem começar a ser conjuntas, para que o bebê se possa começar a habituar a algumas rotinas, pois já consegue perceber o efeito que produz nos pais com cada exploração que faz. OPPERMAN (2001).

Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan, entre os 9/10 meses, o bebê adquire movimento de pinça, consegue sentar-se sozinho, equilibra-se facilmente e tem reflexo de mastigação. Aos 12 meses o bebê já bebe pelo copo com ajuda e segura na colher mas não a utiliza.

Ao longo deste primeiro ano de vida a consistência das refeições vão sendo alteradas e o paladar dos bebês encontra-se em constante modificação pelo que muitas vezes o alimento que é rejeitado numa primeira introdução pode ser aceite uns dias mais tarde. É então necessária persistência e imaginação na forma como é apresentado o alimento rejeitado.

À medida que a criança vai crescendo e estabelecendo laços com o mundo exterior as suas necessidades vão aumentando, sendo a alimentação uma necessidade básica para a criança crescer saudável e poder desenvolver as suas capacidades físicas e mentais.

Uma transição calma e gradual, entre o período lácteo e o período da diversificação alimentar e que proporcione estímulos progressivos é essencial para um crescimento e

desenvolvimento saudável, bem como para o estabelecimento de uma relação equilibrada com os alimentos, que também devem ser fonte de prazer.

Todos os ensinamentos efetuados aos pais/cuidadores relativamente à introdução dos alimentos no primeiro ano de vida da criança devem ser cuidadosamente analisados, pois cada criança é única e tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento e crescimento.

1 – CONVITE



Aos Pais/Encarregados de Educação:

Vimos por este meio convidar vossa excelência para uma
ação de educação para a saúde subordinada ao tema:

Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida

Local: Creche "Amor Perfeito"

Data: 05 de Junho de 2012

Hora: 18h00



3 – PLANO DA SESSÃO

Tema: Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida da Criança
Local: Creche "Amor-Perfeito"
Formadora: Tânia Santos (AE ESIP)
População Alvo: Pais/Encarregados de Educação e Profissionais da Creche "Amor-Perfeito"
Data: 05 Junho 2012
Hora: 18h00

Fases	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema. Apresentar os objetivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objetivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 min.
Desenvolvimento	Capacitar os cuidadores formais/informais para a prática de hábitos alimentares saudáveis.	Introdução dos alimentos no primeiro ano de vida da criança; Características do desenvolvimento no primeiro ano de vida da criança	Expositivo	Computador com diapositivos	15 min.
Conclusão	Refletir sobre a sessão elaborada. Esclarecer dúvidas.	Síntese de ideias chave. Interação com a plateia.	Expositivo Interativo	Computador com diapositivos Plateia	5 min. 10 min.
Avaliação	Aplicar o questionário de avaliação.			Questionário	5 min.

4 – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

ACES X: CACÉM-QUELUZ
 UCC Cacém Care

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
 Curso de Mestrado em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Introdução dos Alimentos no 1º ano de Vida da Criança

Sob Orientação das EESIP:
 Enf.ª Ana Faria
 Enf.ª Ana Paula Duarte

Sob Orientação Tutorial:
 Prof.ª Doutora Zaida Charepe

Junho, 2012

Elaborado por:
 Tânia Santos

OBJETIVOS

- Objetivo Geral
 - Capacitar os cuidadores formais/informais para a prática de hábitos alimentares saudáveis.
- Objetivo Específico
 - Criar atitudes positivas face a alimentação;
 - Encorajar a prática de uma alimentação saudável e diversificada, tendo em conta o desenvolvimento da criança;
 - Promover a compreensão da relação entre alimentação e saúde.

INTRODUÇÃO

- A alimentação, desde o nascimento e sobretudo nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida.

D
I
E
T
A
CORRETA →

Base para:

- Bom Crescimento;
- Bom Desenvolvimento;
- Boa Maturação;
- Promoção de um Futuro Saudável.

MCREIRA, 2006

ETAPAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Período Lácteo	O leite é o único alimento utilizado, seja aleitamento materno ou leite adaptado.
Período de Transição	Representa a fase da diversificação alimentar. Os alimentos vão sendo gradualmente introduzidos, com prudência. Passa-se da sucção para uma alimentação à colher.
Período de Maturação Digestiva	Termina a diversificação alimentar com a integração completa na dieta familiar.

BREDA, 2009

INTOLERÂNCIAS E ALERGIAS ALIMENTARES

Devido à imaturidade do sistema digestivo dos lactentes, podem ocorrer reações a alguns alimentos

```

    graph TD
        A[Devido à imaturidade do sistema digestivo dos lactentes, podem ocorrer reações a alguns alimentos] --> B[Alergia]
        A --> C[Intolerância]
        B --> D[Reação alérgica a um alimento em particular]
        C --> E[Efeito indesejável causado pela ingestão de um determinado alimento (Perturbação Gastrointestinal)]
    
```

FOOTE, 2008

ATÉ AOS 4 MESES

- 6 a 8 refeições por dia:

Leite Materno / Leite Adaptado tipo I

http://www.blogpost.pt/2011/01/tenha-se-atencao-na-alimentacao-materna.html

ALEITAMENTO MATERNO

- Benefícios:
 - Tem todos os nutrientes;
 - Protege contra infeções e diarreias;
 - É de melhor absorção e digestão.

É IMPORTANTE PROMOVER

O PAPEL DOS INFANTÁRIOS É FUNDAMENTAL

LEVY e BÉRTOLO, 2008

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

- Os pais podem trazer o leite (congelado ou não) no biberão ou recipiente próprio.

↳

- O biberão de plástico é o aconselhável para o congelamento do leite;
- O descongelamento deve ser feito no frigorífico ou em água tépida (em caso de urgência);
- Para aquecer o leite utilizar um aquecedor de biberões ou aquecer em banho-maria.

http://www.microlactancia.com/leite-para-o-uso-do-mamilo.html

LEVY e BÉRTOLO, 2008

NÃO utilizar o micro-ondas para descongelar ou aquecer o leite

↓

- Pode conter pontos quentes, que poderão queimar o bebé;
- Pode alterar as proteínas e destruir alguns componentes protetores do leite.


Nota: Após retirar do congelador pode ser conservado no frigorífico por **24h**;
Não reaquecer o leite devido ao risco de crescimento de bactérias.

LEVY e BÉRTOLO, 2008

4 MESES

- Se aleitamento materno exclusivo
 - ↳ Início da introdução dos alimentos aos 6 meses
- Se alterna aleitamento materno com leite adaptado ou faz exclusivamente leite adaptado
 - ↳ Inicia introdução dos alimentos


5 a 6 refeições por dia:
- 1 papa sem glúten
- Restantes refeições de leite



http://medicinasociais.blogspot.pt/2011/01/aleitamento-co-1-ano-de-vida.html

4 MESES


Nota:



http://blog.grandmama.com/2011/01/21/dicas-para-criar-ao-pequeno.html

- As papas lácteas ou de leite adaptado devem ser preparadas só com água;
- As papas não lácteas devem ser preparadas com o leite que o bebé está a tomar. (Até aos 6 meses utilizar preferencialmente estas papas)

4,5 MESES




http://www.ama.org.br/revista/engenharia-nutricional

- 5-6 refeições por dia:
 - 1 papa sem glúten;
 - 1 sopa de legumes e fruta;
 - 3-4 refeições de leite.


1ª frutas a oferecer: banana, pera e maçã.

A fruta deverá ser dada crua, ralada, triturada ou assada, sem açúcar.

Evite cozer a fruta pois perde muitas vitaminas importantes para o crescimento do seu filho.



4,5 MESES



http://www.dicasdevida.com/2011/01/21/dicas-para-criar-ao-pequeno.html

Preparação da Primeira Sopa:

- Primeiro batata, cenoura, alface;
- Juntar de 5 em 5 dias novos legumes (um de cada vez): alho francês, agrião, feijão verde, brócolos, nabiça, couve-flor ...;
- Não utilizar ainda legumes como: espinafre, nabo, beterraba, cebola e tomate...;
- Não deitar sal e juntar 1 colher de chá de azeite no final da cozedura;
- Confeccionar a sopa diariamente ou de 2 em 2 dias e conservar no frio em caixa adequada.

CARATERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO

Quando se inicia a alimentação por colher, os bebés têm tendência a colocar a língua de fora. Este ato reflexo desaparece por volta dos 6 meses, idade em que se desenvolve a capacidade de deglutir.



↓

Esta capacidade leva algum tempo a desenvolver-se, o que requer muita paciência por parte dos cuidadores.

OPFERMAN, 2001

CARATERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO

- Mesmo que o bebé rejeite, a determinada altura, um alimento, os pais devem ter o cuidado de o voltar a oferecer dias depois.

↳ O paladar dos bebés está em constante desenvolvimento, pelo que os alimentos que rejeitam hoje poderão aceitar amanhã.




Persistência e imaginação na forma como apresenta o alimento rejeitado.



http://redesociais.com/2011/01/21/dicas-para-criar-ao-pequeno.html

CARATERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO


- Ao ver o biberão ou o prato da papa/sopa mostra sinais de agitação;
- Consegue permanecer sentado se apoiado;
- A introdução da colher permite o desenvolvimento dos mecanismos de mastigação e de deglutição, que também são importantes no desenvolvimento da fala.



SHERIDAN, 2001

http://nutricaoocidental.blogspot.pt/2011/04/01_lectura.html

6 MESES



○ 5-6 refeições por dia:

1 papa com glúten ou iogurte de leite adaptado:
1 sopa de legumes com carne e fruta;
3-4 refeições de leite.

Nota: As papas/iogurtes não devem ter aroma de morango, laranja ou chocolate, devido a problemas alérgicos.

Poderá começar a oferecer, para a mão do bebé, bolachas maria, tostas.

6 MESES



Introdução da carne:

- Iniciar com frango, peru, continuando a introdução com borrego, vaca e coelho, cerca de 10g/refeição

↳ 1 colher de sopa de carne picada

Nota: Coza sempre a carne separada dos legumes da sopa e junte tudo antes de dar ao seu bebé e continue a juntar o fio de azeite após ter apagado o lume!

CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO

Aparecimento dos primeiros dentes a partir dos 6 meses



↳ Incisivos Centrais Inferiores

Mantém-se sentado com apoio;

Tem prensão palmar e leva tudo à boca;

↳ Começa a querer usar as mãos durante as refeições – dar alimentos para que possa comer sozinho.

8 MESES



○ 5-6 refeições por dia:

1 papa com glúten/iogurte natural/iogurte com fruta;

1 sopa de legumes com carne e fruta;
1 sopa de legumes e fruta;
2-3 refeições de leite.

Nota: Podem introduzir-se outras frutas, como manga, papaia, meloa, melão. Não deve introduzir laranja, kiwi, morangos, amoras, framboesa. Não colocar mel ou açúcar.

CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO

○ As refeições devem começar a ser conjuntas família–bebé

↓


- Bebé está mais sociável, procurando ativamente a interação com quem o rodeia;

- Manifesta comportamentos de imitação;

- Começa as primeiras manifestações de autoafirmação, começa a testar os limites.

↳ Capaz de perceber o efeito que produz nos pais com cada exploração que faz.

9/10 MESES



○ 5-6 refeições por dia:

1 papa com glúten/iogurte natural/iogurte com fruta;


2 sopas de legumes com carne/peixe/gema de ovo e fruta;

2-3 refeições de leite.

Nota: Pode oferecer-se queijo (tipo flamengo)

9/10 MESES

Deve introduzir a gema do ovo cozida de forma gradual



↳ Começar por dar ¼, depois metade e mais tarde a gema inteira, no máximo 2/3 vezes por semana.


Deve utilizar-se peixe magro: pescada, linguado, maruca, solha...

↓

15g/refeição, ou seja, 1 colher de sopa de peixe desfiado

9/10 MESES

Nota: Se existir história de alergias no bebé ou na família, o peixe e a gema do ovo só devem ser iniciados após os 12 meses.



CARATERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO

- Tem movimento de pinça;
- Consegue sentar-se sozinho e equilibra-se facilmente;
- Tem reflexo de mastigação;
- O bebé deve ficar de chucha só até adormecer.

↓


- Deformações dentárias;
- Cáries;
- Atraso no desenvolvimento da linguagem.



SHERIDAN, 2001
<http://medicina.ufrj.br/infancia-de-bebe>

12 MESES

- 5-6 refeições por dia:
 1 papa com glúten/iogurte natural/iogurte com fruta
 1 sopa de legumes, 2º prato de carne e fruta
 1 sopa de legumes, 2º prato de peixe e fruta
 2-3 refeições de leite



<http://www.citopofaci.pt/artigos-de-como-deve-ser-a-alimentacao-do-bebe/>

12 MESES


- Pode iniciar dieta familiar, no entanto esta deve ter pouco sal, pouca gordura e poucos condimentos;
- Os alimentos devem ser dados em pequenos pedaços e separados por sabores;
- Pode-se introduzir as saladas, a leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas), a laranja, o kiwi, o ovo inteiro e a carne de porco magra;
- Pode continuar a tomar o mesmo tipo de leite (crescimento ou continuação) ou mudar para leite de vaca;

12 MESES

- É extremamente importante que durante as refeições exista um ambiente agradável;
- As refeições devem ocorrer de forma organizada, tentando respeitar os horários;
- As refeições sólidas devem ser alternadas com outras de sucção;
- A água deve ser oferecida no intervalo das refeições;
- No mínimo a criança deve beber 500ml de leite por dia.

CARATERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO

- Bebe pelo copo com ajuda;
- Segura na colher, mas não a usa.



SHERIDAN, 2001
<http://tracuizadebebe.blogspot.pt/2011/10/colher-bebe-mao-direita-e-esquerda.html>

APÓS OS 15 MESES

- Pode-se introduzir:
 - Morangos;
 - Amoras;
 - Framboesas;



http://tracuizadebebe.blogspot.pt/2011/05/15_mese.html

CONSISTÊNCIA DAS REFEIÇÕES

Dos 4 aos 8 Meses	As refeições passam a ter consistência diferente, passam a ser papas e purés dados à colher.
Dos 8 aos 12 Meses	A consistência e a forma como são dadas as refeições vão modificando-se cada vez mais, os purés tornam-se mais grumosos.
A partir dos 12 Meses	De forma gradual o bebé vai sendo integrado na dieta familiar desde que esta seja uma alimentação equilibrada. A carne/o peixe passa a ser dada à parte, em vez de ser misturada no puré.



http://gabarilnaequilibrio.blogspot.pt/2011/05/15_mese.html

À medida que a criança vai crescendo e estabelecendo laços com o mundo exterior as suas necessidades vão aumentando, sendo a alimentação uma necessidade básica para a criança crescer saudável e poder desenvolver as suas capacidades físicas e mentais.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BREDA, J. - *Alimentação do lactente durante a sua infância. Fundamentos de Alimentação, Nutrição e Dietética*. Mar da Palavra, 2003. Cap. II.
- FOOTE, Kd, MARRIOTT, LD - *Weaning of infants. Archives of Disease in Childhood*. 2003. 488.
- Guias orientadores disponibilizados pela UCC.
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena - *Manual de Aleitamento Materno*. 2008.
- MOREIRA, Ana Rita - *Diversificação Alimentar: O Início da Aprendizagem para uma Vida Saudável*. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2005.
- OPFERMAN, Cassandra - *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3.
- SHERIDAN, Mary - *From birth to five years: children's developmental progress*. 7ª Edição. London: Routledge, 2001. ISBN 0-205-18258-8.

5 – FOLHETO

ACES X: CACÉM-QUELUZ
UCC Cacém Care



Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida da Criança



Realizado por:
Tânia Santos

Curso de mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

Sob Orientação (EESIP):
Enf.^a Ana Faria
Enf.^a Ana Paula Duarte

Sob Orientação Tutorial:
Prof.^a Doutora Zaida Charepe

Junho 2012

A alimentação, desde o nascimento e sobretudo nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida. Uma dieta correta é a base para um bom crescimento, desenvolvimento, maturação, ou seja, para a promoção de um futuro saudável.



Nos primeiros 6 meses de vida o leite materno é o alimento mais adequado e completo, pois tem todos os nutrientes, protege contra infeções e diarreias e é de melhor absorção e digestão.



No entanto, quando a mãe não pode amamentar deve ser oferecido à criança um leite artificial adaptado. **O leite de vaca não deve ser dado antes do 1º ano**, porque não está adaptado à imaturidade digestiva do bebé, não fornece os nutrientes nas proporções adequadas e pode provocar alergias.

A diversificação alimentar não deve ser iniciada antes dos 4 meses nem depois dos 6 meses.

- ✓ **Não introduzir** os alimentos novos com intervalos inferiores a 4-5 dias;
- ✓ A introdução de um novo alimento deve ser ao almoço (observar a reação da criança durante a tarde);
- ✓ Os alimentos sólidos devem ser **sempre** dados à colher;
- ✓ **Não adicionar** sal, condimentos, açúcar e mel aos alimentos.

INÍCIO DA DIVERSIFICAÇÃO

Substituir uma refeição de leite por:

Papas sem glúten, antes dos 6 meses

Papas com glúten depois, dos 6 meses

- ✓ As papas lácteas ou de leite adaptado devem ser preparadas só com água;
- ✓ As papas não lácteas devem ser preparadas com o leite que o bebé está a tomar.

1 Semana mais tarde:

Substituir outra refeição de leite por uma sopa de legumes

- ✓ Os legumes são triturados e reduzidos a puré;
- ✓ 1ª Sopa: batata, cenoura, alface;
- ✓ Legumes permitidos: abóbora, agrião, alho francês, feijão-verde, brócolos, couve-flor;
- ✓ Legumes que **não devem** ser utilizados: espinafres, nabo, beterraba, tomate, leguminosas;
- ✓ Não adicionar sal durante o 1º ano de vida;
- ✓ Adicionar uma colher de chá de azeite no final da cozedura;
- ✓ Confeccionar a sopa diariamente ou de 2 em 2 dias e conservar no frio em caixa adequada.

Como Sobremesa: FRUTA



Maçã, pera, banana
(crua, cozida, assada)



6 Meses

Introduzir a carne



- ✓ Iniciar com frango, peru, continuando a introdução com borrego, vaca e coelho;
- ✓ A carne deve ser cozida separada da sopa;
- ✓ Cerca de 20g/refeição – 1 colher de sopa de carne picada.

8 Meses

- ✓ Introduzir o Iogurte Natural (ao qual pode acrescentar fruta ralada bem madura);
- ✓ Não adicionar mel ou açúcar;
- ✓ Pode introduzir outras frutas como manga, papaia, melão e meloa;



9/10 Meses

Introduzir o Peixe



- ✓ Iniciar com pescada, solha, linguado, maruca;
- ✓ O peixe deve ser cozido separado da sopa;
- ✓ Cerca de 20g/refeição – 1 colher de sopa de peixe desfiado.



Introduzir o Ovo

- ✓ Começar por dar ¼ da gema, depois metade e mais tarde a gema inteira;
- ✓ Dar no máximo 2 a 3 vezes por semana.

12 Meses

- ✓ Pode iniciar dieta familiar, no entanto esta deve ter pouco sal, pouca gordura e pouco condimentos;
- ✓ Os alimentos devem ser dados em pequenos pedaços e separados por sabores;

Sopa + 2º prato + fruta

- ✓ Pode iniciar o leite de vaca;
- ✓ Pode introduzir as saladas, as leguminosas (feijão, grão, lentilhas, ervilhas), as laranjas, o ovo inteiro e a carne de porco magra;
- ✓ **Não oferecer** morangos, amoras, framboesas, enchidos, marisco, doces, frutos secos... antes dos 15 meses



NOTA: Cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento. A introdução dos alimentos pode variar de acordo com os percentis da criança.
Peça sempre conselho a um profissional de saúde.

6 – CARTAZ INFORMATIVO

Introdução dos Alimentos no Primeiro Ano de Vida da Criança

Até aos 4 Meses
Leite Materno ou Leite Adaptado tipo I (1 medida rasa de leite para cada 30 ml de água).

4 Meses
Introdução da Papa sem glúten.
As papas lácteas ou de leite adaptado devem ser preparadas só com água e as papas não lácteas devem ser preparadas com leite que o bebé está a tomar.

4,5 Meses
Introdução da Sopa e da Fruta.
1ª Sopa: batata, cenoura, alface. Depois alho francês, agrião, feijão verde, brócolos, nabiça, couve-flor... (Colocar um novo legume na sopa, de 5 em 5 dias e um de cada vez).
1ª Frutas: banana, pera, maçã.

6 Meses
Introdução da Papa com glúten e do iogurte de leite adaptado.
Introdução da Carne na Sopa.
Iniciar com: Frango e peru. Depois borrego, vaca e coelho (10g/refeição).

8 Meses
Introdução do iogurte Natural.
Introdução de outras Frutas: Manga, papaia, melão...

9/10 Meses
Introdução do Peixe e da Gema do Ovo na Sopa.
Iniciar com: Pescada, linguado, manuca, solha... (15g/refeição).
Quanto ao ovo, deve-se introduzir primeiramente 1/4 da gema, depois metade e por último a gema inteira.

12 Meses
Inicia a Dieta Familiar: sopa, 2º prato e fruta. Esta deve conter pouco sal, pouca gordura e poucos condimentos.
Introdução das Saladas, das Leguminosas (feijão, grão, ervilhas e lentilhas), da Laranja, do Kiwi, do Ovo Inteiro e da Carne de Porco Magra.

A partir dos 12 Meses
Introdução dos Morangos, das Amoras e das Framboesas.

ACES X: CACÉM – QUELUZ
UCC CACÉM CARE

Ministério da Saúde
Centro de Saúde - Cacém

Ministério da Saúde
CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ

UCCP-Que

Elaborado por: Tânia Santos
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

7 – RECEITAS PARA O SEU BEBÉ

ACES X: CACÉM-QUELUZ

UCC Cacém Care

Receitas para o Seu Bebê



Realizado por:
Tânia Santos

Sob Orientação (EESIP):
Enf.^a Ana Faria
Enf.^a Ana Paula Duarte

Sob Orientação Tutorial:
Prof.^a Doutora Zaida Charepe

Junho 2012

4,5 Meses

Pequeno-almoço: Leite

30 ml de água → 1 colher rasa de leite

Almoço: Sopa de Legumes e Fruta

Ingredientes (2 doses): 2 batatas médias, 2 cenouras médias, 4 folhas de alface, 2 colheres de café de azeite, água.

Lave e descasque as batatas e as cenouras. Corte-as em pedaços e coloque-as numa panela. Lave bem a alface e adicione.

Coloque a água até tapar os legumes e leve ao lume. Depois de levantar fervura, deixe cozer em lume brando durante 15 minutos.

Desligue o lume e coloque o azeite.



Fruta - 1 Banana

Lanche: Papa sem glúten

Jantar: Leite

Ceia: Leite



6 Meses

Pequeno-Almoço: Leite



Almoço: Sopa de Carne e Fruta

Ingredientes (2 doses): 2 batatas médias, 2 cenouras médias, 1 ramo ou dois de brócolos, ½ cebola pequena, 2 colheres de café de azeite, 1 peito de frango pequeno, água.

Coza o frango, limpo da pele e gordura, num pouco de água, durante 25 minutos. Quando o frango estiver cozido, desfie-o retirando os nervos se tiver.

Descasque, lave e corte os legumes. Introduza as batatas, os brócolos e a cebola em água a ferver. Deixe cozer tapado, durante 20 minutos.

Junte a carne (mais ou menos 20g, ou seja, 2 colheres de sopa) aos legumes e passe com a varinha mágica, ajuste a textura com um pouco mais de água, se necessário. Deixe ferver e desligue o lume, e coloque o azeite.

Fruta - 1 Pera



Lanche: Papa com glúten

Jantar: Leite

Ceia: Leite

8 Meses

Pequeno-Almoço: Papa com glúten

Almoço: Sopa de Carne e Fruta

Ingredientes (2 doses): 2 batatas médias, 1 courgette média, 1 cenoura média, 1 dente de alho pequeno, 20g de carne de borrego limpa de gordura, 2 colheres de café de azeite, água.

Ponha a carne a cozer em pedaços médios, durante 30 minutos. À parte, numa panela ponha igualmente uma panela com um pouco de água. Deixe ferver. Entretanto descasque e lave os legumes, cortando-os em pedaços médios. Deite na água a ferver e deixe cozinhar durante 20 minutos. Passado este tempo, junte a carne aos legumes e triture tudo com a varinha mágica. Ajuste a textura com água, se necessário. Deixe ferver. Desligue o lume e coloque o azeite.

Fruta - ½ Maçã e ½ Pera



Lanche: 1 Iogurte natural e ½ manga triturada



8 Meses

Jantar: Sopa de Legumes e Fruta

Ingredientes (2 doses): 2 batatas médias, 3 quadrinhos de abóbora, 2 cenouras médias, 4 folhas de alface, 2 raminhos de couve-flor, 2 colheres de café de azeite, água.

Lave e descasque as batatas e as cenouras. Corte-as em pedaços e coloque-as numa panela. Lave bem a alface e a couve-flor e adicione. Coloque água até tapar os legumes e leve ao lume. Depois de levantar fervura, deixe cozer em lume brando durante 15 minutos. Triture com a varinha mágica e deixe ferver. Desligue o lume e ponha o azeite.

Fruta - 1 Maçã



Ceia: Leite



9 Meses

Pequeno-almoço: Leite

Almoço: Sopa de Legumes, Massinha de Peixe e Fruta

Ingredientes (2 doses): 2 batatas médias, 1 cenoura grande, 1 nabo pequeno, 2 colheres de café de azeite, água.

Comece por descascar todos os legumes, lave e corte em pedaços.

Entretanto ponha a água ao lume, numa panela tapada, até ferver. Introduza os legumes na água a ferver e deixe cozinhar tapado, durante 20 minutos, ou até que os legumes estejam tenros. Passe a sopa com a varinha mágica. Desligue o lume e coloque o azeite.

Ingredientes: 1 posta de peixe pequena de solha, ½ tomate maduro, 1 courgette pequeno ou brócolos, 1 cebola pequena, 1 chávena de café de massinhas pequenas (cotovelinhos pequenos), 1 dente de alho, 1 fio de azeite, água.

Comece por colocar o azeite e a cebola num tacho, junte depois o alho, o tomate picado (limpo de grainhas e da pele) e a courgette. Deixe cozinhar uns 10 minutos.

Entretanto, coza o peixe à parte, num pouco de água, que pode temperar com salsa e o outro dente de alho.

Quando o tomate estiver cozinhado, junte um pouco de água e deixe levantar fervura. Junte as massinhas e mantenha em lume brando, sempre com pouco água. Quando a massa estiver cozida, junte o peixinho cozido em lascas e envolva na massinha, que deve ficar com calda. Se for necessário esmague com um garfo.

9 Meses

1 Maçã Assada



Lanche: Papa com glúten

Jantar: Sopa de Peixe e Fruta

Ingredientes (2 doses): 2 batatas médias, 2 cenouras médias, ½ molho médio de agrião, 20g de pescada, 2 colheres de café de azeite, água.

Coza a pescada. Quando estiver cozida, desfie-a, retirando as espinhas e as escamas.

Lave e descasque as batatas e as cenouras. Corte-as em pedaços e coloque-as numa panela. Lave bem o agrião e adicione. Coloque água até tapar os legumes e leve ao lume. Depois de levantar fervura, deixe cozer em lume brando durante 15 minutos. Triture com a varinha mágica e junte água se necessário. Junte a pescada desfiada e deixe ferver. Após apagar o lume, junte o azeite.



Fruta - 1 Fatia de Melão

Ceia: Leite

12 Meses

Pequeno-almoço: Papa com glúten

Almoço: Sopa de Feijão Branco, Empadão de Frango e Fruta

Ingredientes (2 doses): 1/2 lata pequena de feijão branco (boa marca e sem sal), 1 batata média, 1 cebola média, 2 colheres de azeite e água.

Coloque a água ao lume e deixe ferver. Entretanto lave, descasque e corte a batata e a cebola. Coloque os legumes na água a ferver e deixe cozer durante 10 minutos. Junte o feijão e deixe cozer mais 10 minutos. Triture tudo com a varinha mágica e junte água se necessário. Deixe ferver, apague o lume e coloque o azeite.

Ingredientes: 1 coxa pequena de frango, 1/4 alho francês (parte branca), 2 batatas médias, azeite.

Coloque num tacho o azeite, o alho francês em rodela e o frango cortado em pedaços, em lume brando. Junte um pouco de água e deixe cozinhar durante 20 minutos com o tacho tapado. Seguidamente desosse e desfie o frango e envolva novamente na mistura do alho francês.

Descasque as batatas, corte-as em pedaços e leve ao lume durante 20 minutos. Reduza as batatas a puré e junte um fio de azeite e um pouco de leite que o bebé está a fazer, previamente aquecido. Mexa bem.

Numa tacinha, coloque uma porção de puré, depois um pouco de frango e alho francês e cubra com o resto do puré.



Fruta - 1 Banana com sumo de 1 Laranja

12 Meses

Lanche: 1 iogurte natural, 3 bolachas maria e uma pera ralada.

Jantar: Sopa de Legumes, Peixe Grelhado com Batatinhas a Murro e Fruta

Ingredientes (2 doses): 2 batatas médias, 2 cenouras médias, 1 cebola média, 4 folhas de espinafres, 1 dente de alho, 2 colheres de café de azeite, água.

Comece por colocar um pouco de água a ferver. Entretanto prepare os legumes e corte-os em pedaços. Introduza-os na água a ferver, exceto os espinafres, e deixe cozer durante 20 minutos. Por último introduza os espinafres e deixe cozer durante 10 minutos. Passe tudo com a varinha mágica e deixe ferver. Desligue o lume e junte o azeite.

Ingredientes: 1 posta pequena de pargo, 2 batatas pequenas, azeite.

Comece o peixe num grelhador pré-aquecido.

Lave as batatas, deixando-as com casca. Pique-as com um garfo e leve ao micro-ondas, num pequeno pirex, untado de azeite. Deixe cozinhar durante 10 minutos na potência máxima.

Desfie o peixe, junte-lhe o miolo das batatas assadas e um fio de azeite. Junte um pouco de leite morno do bebé e misture com um garfo.

Fruta - Manga Ralada



Ceia: Leite

Para Relembrar...

- ✓ Mesmo que o bebé rejeite, a determinada altura, um alimento, os pais devem ter o cuidado de o voltar a oferecer, dias depois. O paladar dos bebés está em constante desenvolvimento, pelo que os alimentos que rejeitam hoje poderão aceitar amanhã. Seja persistente e varie também a forma como apresenta o alimento rejeitado. Muitas vezes é necessário oferecer os alimentos várias vezes até que haja aceitação por parte do bebé;
- ✓ Os hábitos alimentares saudáveis são instituídos desde o nascimento do bebé e isso depende dos pais;
- ✓ A obesidade infantil é resultado da negligência adulta;
- ✓ Uma alimentação saudável pode ser económica;
- ✓ Para uma alimentação segura e saudável a variedade é um ponto-chave;
- ✓ Os cuidados de higiene na preparação dos alimentos evitam a contaminação por microrganismos e alguns problemas, como a diarreia.



Para Relembrar...

✓ Se for possível o ideal será o bebé ser alimentado só com leite materno até aos 6 meses;



✓ Na diversificação alimentar, deverá existir um cuidado especial com o início dos alimentos na idade, na quantidade e na textura adequada:

- Dos 4 aos 8 meses: As refeições passam a ter consistência diferente, passam a ser papas e purés dados à colher.

- Dos 8 aos 12 meses: A consistência e a forma como são dadas as refeições vão modificando-se cada vez mais, os purés tornam-se mais grumosos.

- A partir dos 12 meses: De forma gradual o bebé vai sendo integrado na dieta familiar desde que esta seja uma alimentação equilibrada. A carne/o peixe passa a ser dada à parte, em vez de ser misturada no puré.

✓ Não adicionar sal, condimentos, açúcar ou mel aos alimentos.

A medida que a criança vai crescendo e estabelecendo laços com o mundo exterior as suas necessidades vão aumentando, sendo a alimentação uma necessidade básica para a criança crescer saudável e poder

Receitas e dicas adaptadas de "Menus Babysol" (Dra Solange Burri)



Curso de mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

8 – AVALIAÇÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Data: 5 Junho 2012

Uma vez terminada a sessão de educação, é importante fazer um balanço sobre o modo como decorreu a sessão, na tentativa de melhorar aspetos que facilitem a preparação de novas ações de educação para a saúde.

Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

a) Responda a cada item colocando uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIACÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Considera a formação útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.				
6. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
7. O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem.				
8. A duração da formação foi adequada.				
9. O horário da formação foi adequado.				

b) Classifique a **formadora** utilizando a seguinte escala:

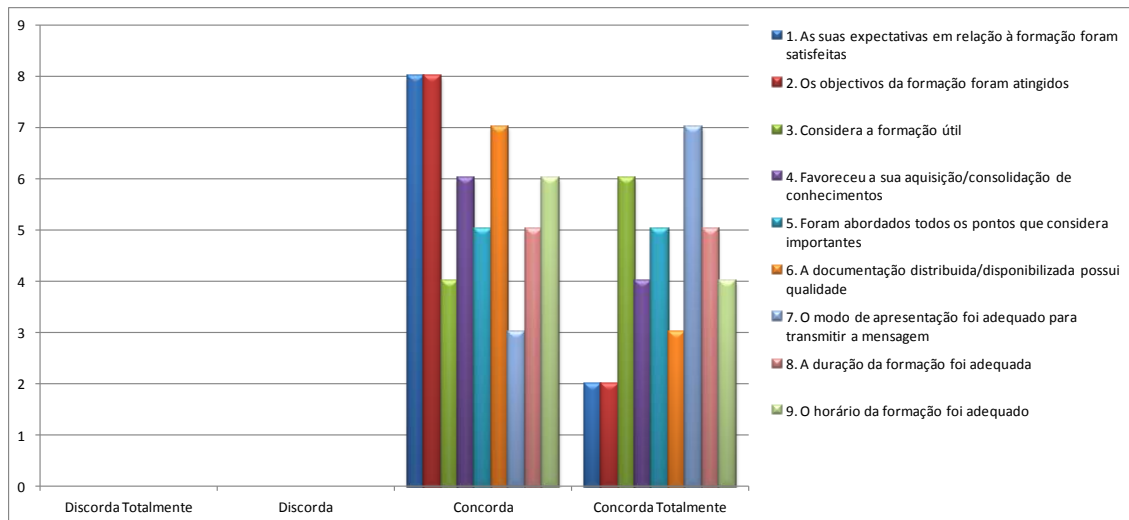
1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

FORMADORA	CLASSIFICAÇÃO
10. Conhecimento dos temas apresentados.	
11. Facilidade na transmissão de conhecimentos.	
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	
14. Interação com o grupo.	
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	
16. Gestão do tempo.	
17. Pontualidade.	

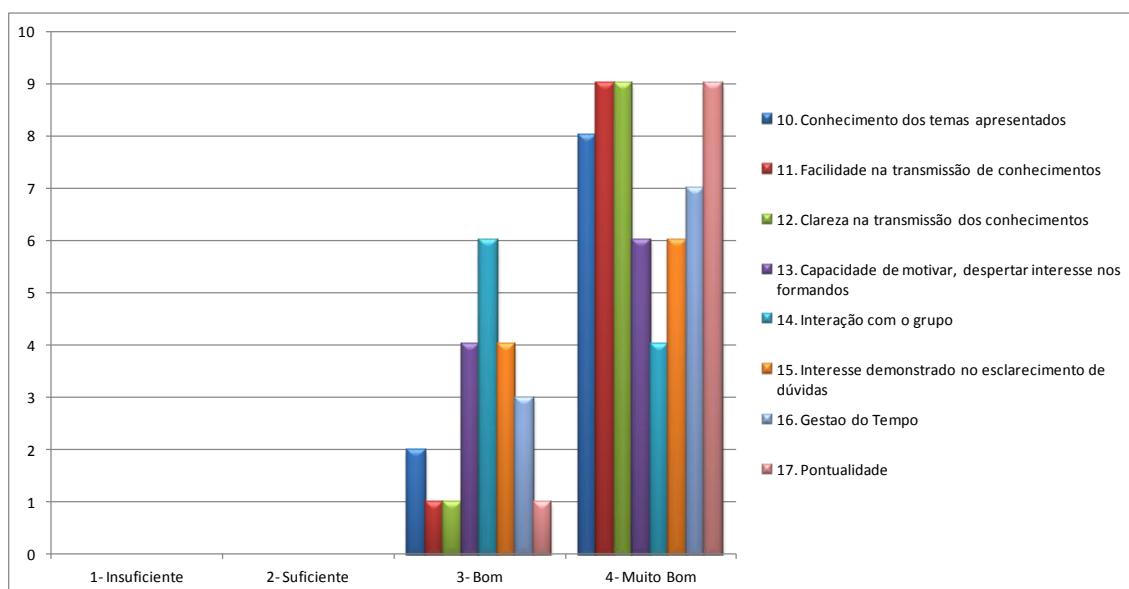
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua colaboração!!!

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas	0	0	8	2
2. Os objectivos da formação foram atingidos	0	0	8	2
3. Considera a formação útil	0	0	4	6
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos	0	0	6	4
5. Foram abordados todos os pontos que considera importantes	0	0	5	5
6. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade	0	0	7	3
7. O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem	0	0	3	7
8. A duração da formação foi adequada	0	0	5	5
9. O horário da formação foi adequado	0	0	6	4



Formadora	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
10. Conhecimento dos temas apresentados	0	0	2	8
11. Facilidade na transmissão de conhecimentos	0	0	1	9
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos	0	0	1	9
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	0	0	4	6
14. Interação com o grupo	0	0	6	4
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	0	0	4	6
16. Gestão do Tempo	0	0	3	7
17. Pontualidade	0	0	1	9



9 – BIBLIOGRAFIA

- BREDA, J. - **Alimentação do lactente durante a sua infância. Fundamentos de Alimentação, Nutrição e Dietética.** Mar da Palavra. 2003. Cap. II .
- FOOTE, Kd; MARRIOTT, LD – **Weaning of infants. Archives of Disease in Childhood.** 2003; 88: 488-92,
- Guias orientadores disponibilizados pela UCC.
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – **Manual de Aleitamento Materno.** 2008.
- MOREIRA, Ana Rita – **Diversificação Alimentar: O Início da Aprendizagem para uma Vida Saudável.** Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2005.
- OPPERMAN, Cassandra – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea.** Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3.
- SHERIDAN, Mary - **From birth to five years: children's developmental progress.** 7ª ed. London: Routledge. 2001. ISBN 0-203-18258-8.

ANEXO II

Importância da Alimentação na Idade Pré-Escolar



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Módulo I: UCC Cacém-Care

Sessão de Educação para a Saúde: **Importância da Alimentação na Idade** **Pré-Escolar**

Elaborado por:

Tânia Sofia Pascoal dos Santos

Sob Orientação das EESIP:

Enfermeira Ana Faria

Enfermeira Ana Paula Duarte

Sob Orientação Tutorial:

Professora Doutora Zaida Charepe

Sintra

Junho 2012

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	iii
2 – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	iv
3 – FOLHETO	x
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xii

1 – INTRODUÇÃO

Durante este módulo de estágio tive oportunidade de ir a um jardim-de-infância realizar o levantamento de necessidades. Esta foi uma experiência bastante interessante no sentido em que consegui perceber como se devem conduzir este tipo de entrevistas de modo a levantar as preocupações sentidas em áreas ligadas à saúde, pelos recursos da comunidade. Através da entrevista realizada à diretora do jardim-de-infância surgiu a preocupação com a Alimentação na Idade Pré-Escolar, pois todos os dias chegavam crianças sem pequeno-almoço ou a comida não era a mais adequada. Assim, realizei uma ação de educação para a saúde e um folheto para ser entregue aos pais, com o objetivo de sensibilizar os pais/encarregados de educação para os benefícios de uma alimentação saudável em idade pré-escolar.

Esta sessão de educação para a saúde não foi implementada por não ter havido compatibilidade de horário, entre o centro de saúde e o jardim-de-infância, até ao término do meu estágio.


A alimentação é um dos fatores que mais afeta a saúde. É preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos, tendo em conta as quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida.

Na nossa sociedade muitas das doenças crónicas (obesidade, cancro, doenças do cérebro e cardiovasculares, osteoporose, entre outras) estão diretamente relacionadas com a prática alimentar adotada desde o nascimento (NUNES e BREDAS, 2010).

Entre os 3 e os 6 anos de idade (fase pré-escolar) verifica-se um crescimento acentuado, mas mais ou menos constante, que é influenciado pela alimentação, uma vez que esta é determinante para a maturação orgânica e para a saúde física e psicossocial.

É nesta fase do desenvolvimento que a criança tem noção e consegue distinguir o que é certo e errado, logo torna-se importante dar início a uma boa educação alimentar, para que influencie os comportamentos alimentares das crianças futuramente.

2 – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO



ACES X: CACÉM-QUELUZ
UCC Cacém Care

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

A Importância da Alimentação na Idade Pré-Escolar

Sob Orientação das EESIP:
Enf.ª Ana Faria
Enf.ª Ana Paula Duarte

Sob Orientação Tutorial:
Prof.ª Doutora Zaida Charepe

Elaborado por:
Tânia Santos

Junho, 2012

Objetivos

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os Pais/Encarregados de Educação para os benefícios de uma alimentação saudável em idade pré-escolar.

Objetivos Específicos:

- Demonstrar a importância da intervenção/comportamentos dos pais/família na promoção de uma alimentação saudável nos filhos.
- Sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável no desenvolvimento da criança.
- Identificar estratégias para promover uma alimentação saudável.

Introdução

- A alimentação é um dos fatores do ambiente que mais afeta a saúde.

“Somos o que comemos”

- É preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos, tendo em conta as quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida.
- Na nossa sociedade muitas das doenças crónicas (obesidade, cancro, doenças do cérebro e cardiovasculares, osteoporose, entre outras) estão diretamente relacionadas com a prática alimentar.

NUNES et BREDA, 2010

Desequilíbrio Alimentar

- Carência Alimentar** - Dificuldades financeiras, negligência, etc.

Assistente Social;
Junta de Freguesia;
etc...

- Maus Hábitos Alimentares** - Influência familiar, valores, crenças.

NUNES et BREDA, 2010

Importância dos Cuidadores

Dos 3 aos 6 anos

Comportamentos relacionados com a alimentação adquirem-se, assim como muitos dos erros alimentares: excesso de ingestão de doces e gorduras, acompanhado por um défice de ingestão de hortaliças, legumes e frutas.

Os pais são o exemplo que as crianças seguem.

Assumem um papel importantíssimo na alimentação e na educação alimentar das crianças e jovens.

NUNES et BREDA, 2010

Importância dos Cuidadores

Dos 3 aos 6 anos

A escola/o jardim-de-infância assume uma particular importância.

Oferece um contexto de aprendizagem formal sobre esta e outras matérias, **complementando** o papel familiar.

<http://mdemulher.abril.com.br/vulnaria/portugues/se-a-be-da-cozinha/temo-prazer-cozinhar-casa-637779.html>

NUNES et BREDA, 2010

Caraterísticas do Desenvolvimento

Verifica-se um crescimento acentuado, embora de ritmo mais ou menos constante.

A qualidade da alimentação é determinante para a maturação orgânica e para a saúde física e psicossocial.

HOCKENBERRY, 2006

<http://vivasasade1010.blogspot.pt/2011/09/os-habitos-e-as-criancas.html>

Caraterísticas do Desenvolvimento

Na fase pré-escolar, a criança já consegue distinguir o que é Certo e Errado.

Esta faixa etária é a escolhida para o início de uma boa Educação Alimentar.

HOCKENBERRY, 2006


<http://www.promovasaude.com.br/blog/?p=180>

Caraterísticas do Desenvolvimento

<http://nutriendi.blogspot.pt/2012/11/e-comum-pais-no-consultorio-preocupados.html>

A partir dos 3 anos de idade:

- É capaz e comer pela sua mão, pois já usa corretamente a colher;
- Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.



SHERIDAN, 2001

Caraterísticas do Desenvolvimento

A criança de 5 anos de idade está pronta para o seu lado mais social da alimentação, enquanto que a criança de 3-4 anos ainda tem dificuldade em sentar-se tranquilamente durante uma longa refeição familiar.

Pode utilizar-se a brincadeira/distração, pois é a maneira que a criança tem de se adequar, adaptar e exercitar as experiências de vida.

Estabelecer limites


HOCKENBERRY, 2006

Caraterísticas do Desenvolvimento

Aos 5 anos de idade, as crianças já mostram maior interesse para experimentar novos alimentos.

Principalmente, se forem estimuladas por um adulto:

- Ajudar na preparação das refeições;
- Experimentar novos sabores ou pratos diferentes.



<http://www.gumac.com.br/pdfs/mf/CIN%20Anos+Filhos+ortor+legumes+na+cozinha/000946689230>

HOCKENBERRY, 2006

Caraterísticas do Desenvolvimento

No início do período pré-escolar, a dentição de leite está completa.

Prevenção da obesidade:
 Prolonga o tempo de ingestão dos alimentos, contribuindo para a saciedade.

Importância da Mastigação

Dentição:
 Desenvolvimento/ Posicionamento; Erupção dentária; Prevenção de Cáries.


Equilíbrio das estruturas orofaciais:
 Modela as estruturas ósseas; Ativa/Exercita os músculos importantes para o desenvolvimento da linguagem/fala.

HOCKENBERRY, 2006

Constituição dos Alimentos

Nutrientes

- Proteínas
- Hidratos de carbono
- Lípidos
- Fibras Alimentares
- Vitaminas
- Sais minerais



<http://poretrilha.blogspot.pt/2010/12/os-alimentos-como-veiculo-de-nutrientes.html>

MAHAN et al. 2010

Proteínas

- São essenciais para o crescimento e desenvolvimento.
- Servem para a construção dos músculos, sangue, pele, ossos, etc.;
- Podem ser uma fonte de energia.
- Existem na carne, peixe, ovos, leite e derivados.

MAHAN et al. 2010

Hidratos de Carbono

Funções

Funcionamento do Cérebro Fornecedor de Energia

- Encontram-se no arroz, milho e outros cereais, batata, legumes como ervilhas, feijões, frutas, vegetais e açúcares.

MAHAN et al. 2010

Lípidos

- Produzem 2x mais energia que os hidratos de carbono e as proteínas.
- São uma forma concentrada de energia.
- Em excesso** – risco de doenças do coração (doenças cardiovasculares).
- Alimentos ricos em gorduras: óleos, alguns tipos de carne, banha, manteiga e outros laticínios, margarina, alguns tipos de peixe, nozes e soja.

MAHAN et al. 2010

Fibras Alimentares

Principal função é a regularização do trânsito intestinal.

Diminuem o risco de aparecimento de certas doenças: prisão de ventre (obstipação), hemorroidas, cancro do cólon, obesidade, diabetes...

- Alimentos ricos em fibras: casca de cereais, legumes, frutos.

MAHAN et al. 2010

Vitaminas

- Podem ser classificadas:
 - Lipossolúveis (existem em alimentos ricos em gordura)
 - Vitamina A, D, E, K
 - Hidrossolúveis (existem em alimentos ricos em água)
 - Vitamina C, B1, PP, ácido fólico

NUNES et BREDA, 2010

VITAMINA	FUNÇÃO	ENCONTRA-SE
A	Importante para a visão.	Leite, gema de ovo, manteiga...
D	Formação, conservação e reconstrução dos ossos e dentes.	Sol (apanhar todos os dias um uns minutos de sol, fora das horas de maior calor).
E	Prevenção de doenças do coração (cardiovasculares) e cânceros.	Hortalças, cereais, nozes, avelãs, amêndoas, óleos alimentares, ovos e queijo.
K	Importante para o sangue (coagulação do sangue).	Folhas verdes, frutos, legumes, fígado, ovo.
C	Proteção.	Produtos hortícolas, frutos (principalmente a laranja) e batata.
B1	Importante para o bom funcionamento do sistema nervoso, músculos e coração.	Leguminosas (grão, feijão, ervilhas, lentilhas), cereais completos, gema do ovo, fígado e carne de porco.
PP	Obtenção de energia.	Carne, peixe, leguminosas (grão, feijão, ervilhas, lentilhas) e cereais completos.
Ácido Fólico	Desenvolvimento das células do organismo. Na gravidez, previne problemas no desenvolvimento do sistema nervoso central do bebé.	Carne e folhas verdes.

NUNES et BREDA, 2010

Sais Minerais

- As suas funções são inúmeras, destacando-se a formação do sangue e dos ossos e contribuem para o bom funcionamento dos músculos.
- De todos os minerais destacam-se pela sua importância:
 - Cálcio;
 - Ferro;
 - Flúor.

NUNES et BREDA, 2010

SAL MINERAL	FUNÇÃO	ENCONTRA-SE
Cálcio	Participa na formação dos ossos e dentes. Contribui para o bom funcionamento do coração, sistema nervoso e coagulação do sangue.	Leite, queijo, requeijão, iogurtes, frutos secos e alguns produtos hortícolas.
Ferro	Desenvolvimento físico e intelectual, Defesa do organismo perante o risco de infeções. Formação da hemoglobina no sangue, logo facilita o transporte de oxigénio e dióxido de carbono no sangue.	Carne, gema do ovo, peixe, leguminosas, cereais, frutos secos e folhas verdes.
Flúor	Contribui para uma boa mineralização dos dentes e dos ossos. Associado a uma boa higiene oral contribui para a prevenção de cáries.	Água

NUNES et BREDA, 2010

Função dos Alimentos

- Fornecimento de energia;
- Ajuda no crescimento;
- Proteção do organismo contra as doenças.



http://www.universofeminino.info/alimentacao/como-degustar-e-prazer-de-comer-frutas-e-verduras-aos-filhos

NUNES et BREDA, 2010

Roda dos Alimentos



- É constituída por 7 grupos alimentares.
- Estão divididos de acordo com o “peso” que cada alimento deve ter na alimentação diária.
- No centro encontra-se a **ÁGUA** uma vez que todos os alimentos são constituídos por este elemento e mais de 60% do nosso organismo é **ÁGUA**, pelo que um dos objetivos é alertar para o seu consumo.

http://www.mis-saude.pt/porta/contenidos/ensinapedia+de+saude/alimentacao/DOS+HANA.htm

NUNES et BREDA, 2010

Roda dos Alimentos


- Pretende transmitir as seguintes mensagens:
 - Comer diariamente alimentos de todos os grupos na proporção em que se encontram representados;
 - Não falhar nem exagerar em nenhum deles;
 - Variar o mais possível de alimentos dentro de cada grupo.



http://mundodocriancanobrimunifc.com/step001.pt/

NUNES et BREDA, 2010

Água



<http://desenvolvimund.blogspot.pt/>

- É essencial para a vida de todos os seres vivos.
- Está presente em quase todos os alimentos.
- As crianças são particularmente sensíveis à desidratação, pelo que devem beber água em bastante quantidade, principalmente:
 - Tempo quente;
 - Febre;
 - Vômitos;
 - Diarreia.

NUNES et BREDA, 2010

Cereais, Derivados e Tubérculos

Fazem parte deste grupo:
Arroz, massa, batata, pão, aveia, milho, trigo, centeio, ...

O que é uma Porção?

- ✓ 1 Pão (50g)
- ✓ 1 Fatia fina de broa (70g)
- ✓ 1 ½ Batata - tamanho médio (125g)
- ✓ 5 Colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g)
- ✓ 6 Bolachas - tipo Maria/água e sal (35g)
- ✓ 2 Colheres de sopa de arroz/massa crus (35g)
- ✓ 4 Colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (110g)



<http://fmsportugal.wordpress.com/2011/01/20/nutricao-saudavel-durante-a-gravidez-2/>

NUNES et BREDA, 2010

Hortícolas



<http://esperidiana.com.br/hortalias-relevo-do-futuro-2-1-1-285.html>

Fazem parte deste grupo:
Abóbora, cenoura, alface, brócolos, alho-francês, couve coração, couve lombarda, couve-galega, tomate, cebola, alho ...

O que é uma Porção?

- ✓ 2 Chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g)
- ✓ 1 Chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)

NUNES et BREDA, 2010

Fruta



http://www.papadefruta.fotosdajornal.com.br/apresentacao/1650/fruta_fruta/

Fazem parte deste grupo:
Maçã, pera, banana, laranja, tangerina, kiwi, morangos, cerejas, pêssego, ananás, melão, melancia, ...

O que é uma Porção?

- ✓ 1 Peça de fruta - tamanho médio (160g)

NUNES et BREDA, 2010

Lacticínios e Derivados

<http://gentemercado.com.br/empresarios-de-leite-e-derivados-discutem-futuro-da-setor/>

Fazem parte deste grupo:
Leite, iogurte, queijo, manteiga.



O que é uma Porção?

- ✓ 1 Chávena almoçadeira de leite (250 ml)
- ✓ 1 Iogurte líquido ou 1 e 1/2 Iogurte sólido (200g)
- ✓ 2 Fatias finas de queijo (40g)
- ✓ ¼ Queijo fresco – tamanho médio (50g)
- ✓ ½ Requeijão - tamanho médio (100g)

NUNES et BREDA, 2010

Carne, Peixe e Ovos

Fazem parte deste grupo:
Carne, ovos, peixe.

<http://receitasdavel.blogspot.pt/2009/02/carne-peixe-e-ovos.html>



O que é uma Porção?

- ✓ Carnes/peixes crus (30g)
- ✓ Carnes/peixes cozinhados (25g)
- ✓ 1 Ovo (tamanho médio)

NUNES et BREDA, 2010

Leguminosas



Fazem parte deste grupo:
Ervilhas, grão-de-bico, soja, feijão, lentilhas, ...

O que é uma Porção?

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

<http://www.abamunhascomem.com/2011/01/04-da-semana-leguminosas-ao-pequeno.html>

NUNES et BREDA, 2010

Gorduras e Óleos

Fazem parte deste grupo:
Azeite, óleo alimentar, natas, margarina, manteiga, ...

O que é uma Porção?

- ✓ 1 Colher de sopa de azeite/óleo (10g)
- ✓ 1 Colher de chá de banha (10g)
- ✓ 4 Colheres de sopa de natas (30 ml)
- ✓ 1 Colher de sobremesa de manteiga/margarina (15g)



<http://sergionegadronomia.wordpress.com/2012/03/02/oleo-azeite-e-manteiga-2/>

NUNES et BREDA, 2010

Porções dos Grupos de Alimentos

Dos 3-6 anos:
Cereais, Derivados e Tubérculos – 4 a 6 porções
Hortícolas – 4 a 5 porções
Fruta – 4 a 5 porções
Lactínicos e Derivados – 2 a 3 porções
Carne, Peixe e Ovos – 2 porções
Leguminosas – 1,5 porção
Gorduras e Óleos – 1,5 porção
Água – 1,7 L

NUNES et BREDA, 2010

Distribuição das Refeições

- Pequeno-almoço
- Merenda da Manhã
- Almoço
- Lanche
- Jantar
- Ceia



<http://tudoprassustenta.blogspot.pt/2010/06/10-coz-de-caminhao-ou-de-visual-da-hora>

NUNES et BREDA, 2010

Distribuição das Refeições

- O **Pequeno-Almoço** é uma refeição fundamental para a criança, nunca devendo ser omitido. O leite, acompanhado de pão ou cereais, deve fazer parte desta refeição. A quantidade diária de leite recomendada ronda o 1/2 litro, podendo ser gordo ou meio-gordo.
- A **Merenda da Manhã** deve ser fornecida uma pequena refeição a fim de evitar que a criança fique mais do que 3 horas sem comer. Meia carcaça, duas ou três bolachas sem creme ou uma peça de fruta são suficientes.

NUNES et BREDA, 2010

Distribuição das Refeições

- **Refeições Principais (Almoço e Jantar):**
 - Devem começar com uma sopa de legumes da época.
 - O prato principal também deve conter produtos hortícolas.
 - A sobremesa deve ser constituída por fruta. Só em dias especiais deve ser oferecida uma sobremesa doce
 - O pão de mistura e cereais escuros podem ser fornecidos à vontade.
 - A carne e o peixe não precisam de ultrapassar os 50 g a cada uma das duas principais refeições.
 - Os ovos podem chegar aos 3 por semana.
 - Sal e açúcar, o mínimo possível.
 - Água e sumos naturais são as bebidas mais adequadas.

NUNES et BREDA, 2010

Distribuição das Refeições

- Ao **lanche** não deve faltar o leite ou derivados e o pão.
- À **ceia**, antes de ir para a cama, algumas crianças gostam de beber um copo de leite.

TODAS ESTAS REFEIÇÕES SÃO BASTANTE IMPORTANTES, PELO QUE NENHUMA DEVE SER ESQUECIDA!!!

NUNES et BREDA, 2010

Exemplo de um Dia Alimentar

Pequeno-almoço
1 almoçadeira com leite meio gordo com 3 ou 4 colheres de sopa de cereais com fibras.
Nota: Não juntar açúcar

Merenda da Manhã
1 peça de fruta (ex. maçã) e 2 bolachas maria

Almoço
Sopa de legumes.
1 bife grelhado (60g) com massa (8 colheres de sopa) e salada de alface.
1 banana.

Exemplo de um Dia Alimentar

Lanche
1 iogurte líquido com 1 carcaça com uma fatia de queijo

Jantar
Sopa de legumes.
Caldeirada de peixe.
Morangos.

Ceia
1 copo de leite meio-gordo

Conclusão

- Muitos dos nossos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida.
- Uma alimentação saudável durante a infância é essencial para permitir um normal desenvolvimento e crescimento e prevenir uma série de problemas de saúde ligados à alimentação, como sejam a anemia, o atraso de crescimento, a malnutrição, a obesidade, ou as cáries dentárias.



<http://iarc.blogspot.pt/2011/07/come-convencar-seu-filho-comer-de.html>

Obrigado pela
vossa atenção!

Referências Bibliográficas

- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn L. – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição. Brasil, Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2006. ISBN 13:978-85-352-1918-0.
- MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. KRAUSE – Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 12ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2010. ISBN 978-85-352-2984-4.
- NUNES, Emília; BREDA, João - Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância. DGS. 2010.
- SHERIDAN, Mary - From birth to five years: children's developmental progress. 7ª Edição. London: Routledge. 2001. ISBN 0-203-18258-8.

3 – FOLHETO

ACES X: CACÉM-QUELUZ

UCC Cacém Care



Importância da Alimentação na Idade Pré-Escolar



Realizado por:

Tânia Santos

Curso de mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica

Sob Orientação (EESIP):

Enf.^a Ana Faria

Enf.^a Ana Paula Duarte

Sob Orientação Tutorial:

Prof.^a Doutora Zaida Charepe

Junho 2012

Introdução

A alimentação é um dos fatores que mais afeta a saúde.

É preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos, tendo em conta as quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida.

Importância dos Cuidadores

É na idade pré-escolar (dos 3 aos 6 anos) que se adquirem comportamentos relacionados com a alimentação, assim como muitos dos erros alimentares: excesso de ingestão de doces e gorduras, acompanhado por um défice de ingestão de hortaliças, legumes e frutas.

Os pais são o exemplo que as crianças seguem, pelo que assumem um papel importantíssimo na alimentação e na educação alimentar das crianças e jovens. Tais aprendizagens devem ser complementadas pela escola/jardim-de-infância, através da aprendizagem formal sobre esta e outras matérias.



Caraterísticas do Desenvolvimento

Dos 3 aos 6 anos de idade, verifica-se um crescimento acentuado, no entanto a um ritmo mais ou menos constante. Pelo que, a qualidade da alimentação é determinante para a maturação orgânica e para a saúde física e psicossocial.

Na idade pré-escolar, a criança já consegue distinguir o que é certo e errado, sendo esta faixa etária a escolhida para o início de uma boa Educação Alimentar.

A criança de 5 anos de idade está pronta para o seu lado mais social da alimentação, no entanto a criança de 3-4 anos ainda tem dificuldade em sentar-se tranquilamente durante uma longa refeição familiar. Assim, pode utilizar-se a brincadeira/distração, pois é a maneira que a criança tem de se adequar, adaptar e exercitar as experiências de vida.



Constituição dos Alimentos

Os alimentos são constituídos por nutrientes.

As **proteínas** são essenciais para a construção dos músculos, sangue, ossos e pele e são uma fonte de energia. Estão presentes na carne, no peixe, nos ovos e no leite e derivados.

Os **hidratos de carbono** são fundamentais para o funcionamento de energia e para fornecer energia. Encontram-se no arroz, milho e outros cereais, batata, legumes como ervilhas, feijões, frutas, vegetais e açúcares.

Os **lípidos** produzem 2x mais energia que os hidratos de carbono e as proteínas. Os óleos, alguns tipos de carne, banha, manteiga e outros lacticínios, margarina, alguns tipos de peixe, nozes e soja, são alimentos ricos em lípidos.



As **fibras alimentares** têm como principal função, regularizar o trânsito intestinal. As cascas dos cereais, as frutas e os legumes, são alimentos ricos em fibra.

Existem vários tipos de **vitaminas** :

- **Vitamina A** – Importante para a visão. Encontra-se na gema de ovo, no leite e na manteiga.
- **Vitamina D** – Essencial para a formação, conservação e reconstrução dos ossos e dentes. Esta vitamina é recebida através do sol.
- **Vitamina E** – Responsável pela prevenção de doenças do coração (cardiovasculares) e cancros. Está presente nas hortaliças, cereais, nozes, avelãs, amêndoas, óleos alimentares, ovos e queijo.
- **Vitamina K** – Importante para a coagulação do sangue. Encontra-se nas folhas verdes, frutos, legumes, fígado e ovo.
- **Vitamina C** – Tem como função proteger o organismo. Está presente nos produtos hortícolas, em alguns frutos (principalmente a laranja) e na batata.
- **Vitamina B1** – Importante para o bom funcionamento do sistema nervoso, músculos e coração. Podemos encontrá-la nas leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas), cereais completos, gema do ovo, fígado e carne de porco.



- **Vitamina PP** – Importante fornecedora de energia. Está presente na carne, peixe, leguminosas (grão, feijão, ervilhas e lentilhas) e cereais completos.

- **Ácido Fólico** – Essencial para o desenvolvimento das células do organismo, na gravidez previne problemas no desenvolvimento do sistema nervoso central do bebé. A carne e as folhas verdes são ricas em ácido fólico.

Os **sais minerais** mais importantes são o cálcio, o ferro e o flúor.

- **Cálcio** – Participa na formação dos ossos e dos dentes. Contribui, também, para o bom funcionamento do coração, sistema nervoso e coagulação do sangue. Está presente no leite, queijo, requeijão, iogurtes, frutos secos e alguns produtos hortícolas.
- **Ferro** – Importante para o desenvolvimento físico e intelectual, defesa do organismo perante o risco de infeções e formação da hemoglobina no sangue, logo facilita o transporte de oxigénio e dióxido de carbono no sangue. Encontra-se na carne, gema do ovo, peixe, leguminosas, cereais, frutos secos e folhas verdes.
- **Flúor** - Contribui para uma boa mineralização dos dentes e dos ossos. Associado a uma boa higiene oral contribui para a prevenção de cáries. Está presente na água.



Roda dos Alimentos



- É constituída por 7 grupos alimentares.
- Estão divididos de acordo com o “peso” que cada alimento deve ter na alimentação diária.
- No centro encontra-se a **ÁGUA** uma vez que todos os alimentos são constituídos por este elemento e mais de **60%** do nosso organismo é **ÁGUA** , pelo que um dos objetivos é alertar para o seu consumo.
- Devem ser realizadas 6 refeições diárias: pequeno-almoço, merenda da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia.

Conclusão

Muitos dos nossos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida.

Uma alimentação saudável durante a infância é essencial para permitir um normal desenvolvimento e crescimento e prevenir uma série de problemas de saúde ligados à alimentação, como sejam a anemia, o atraso de crescimento, a malnutrição, a obesidade, ou as cáries dentárias.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn L. – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2006. ISBN 13:978-85-352-1918-0.

- MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. KRAUSE – **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2010. ISBN 978-85-352-2984-4.

- NUNES, Emília; BRENDA, João - **Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância**. DGS. 2010.

- SHERIDAN, Mary - **From birth to five years: children's developmental progress**. 7ª Ed. London: Routledge. 2001. ISBN 0-203-18258-8.

ANEXO III

Relatório da Visita Domiciliária



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



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

Relatório: Visita Domiciliária

Elaborado por:

Tânia Sofia Pascoal dos Santos

Sob Orientação das EESIP:

Enf.^a Ana Faria

Enf.^a Ana Paula Duarte

Sob Orientação Tutorial:

Enf.^a Zaida Charepe

Sintra

Abril/Junho 2012

A UCC Cacém-Care, sendo uma Unidade de Cuidados na Comunidade assume um papel preponderante no acesso aos cuidados de saúde e na resposta de proximidade às necessidades das pessoas, famílias e grupos de maior risco ou vulnerabilidade onde vivem, trabalham e socializam, numa perspetiva de intervenção articulada e integrada intra e interinstitucional e intersectorial (Decreto-lei n.º 28/2008). Assim sendo, tem como principal objetivo desenvolver e/ou potenciar as capacidades da população na gestão das situações de saúde e sociais e na adoção de estilos de vida saudáveis.

A visita domiciliária em saúde infantil e pediátrica permite ao enfermeiro aproximar-se do domicílio da criança/família, de modo a conhecer o seu meio físico e psicossocial, conseguindo assim detetar precocemente problemas de saúde e/ou necessidades e encontrar estratégias adequadas para os solucionar. Logo, a Visita Domiciliária é um conjunto de ações voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial, desenvolvendo-se desta forma um trabalho nos três níveis de prevenção (NAVALHAS, 1997).

Antes de realizarmos a visita domiciliária era planeada de forma cuidadosa e sistemática, tendo em conta cinco componentes: fase de iniciação, fase de pré-visita, fase no domicílio, fase de términos e fase de pós-visita (LOVELAND, 1999, p.533).

Fase	Atividades Desenvolvidas
Fase de Iniciação	<ul style="list-style-type: none">- Clarificação da fonte de encaminhamento para a visita.- Clarificação do objetivo da visita domiciliária.
Fase de Pré-visita	<ul style="list-style-type: none">- Primeiro contato com a família (o primeiro contato era realizado telefonicamente).- Informação sobre o motivo e objetivo da visita domiciliária.- Marcação da visita domiciliária.
Fase no Domicílio	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação e identificação dos profissionais de saúde.- Estabelecimento de uma relação enfermeiro-utente.- Realização das atividades planeadas.

Fase de Términos	- Esclarecimento e dúvidas. - Marcação de futuras visitas domiciliárias.
Fase de Pós-visita	- Realização dos registos referentes à visita domiciliária. - Realização do plano para a próxima visita.

Uma das visitas domiciliárias que realizei, tratava-se de um recém-nascido com fenda lábio palatina e a preocupação maior era perceber como era a alimentação daquele bebé e como se estava a desenvolver em termos de peso.

“O palato desempenha uma função importante no processo da deglutição, impedindo os alimentos de penetrarem na cavidade nasal.” (SEELEY, 2001, pág. 834). Assim sendo, a existência de fenda lábio palatina interfere na capacidade da criança em se alimentar adequadamente, o que se torna uma ameaça para um desenvolvimento normal. Pois, tal como refere OPPERMAN, 2001 (pág. 68), “O regime alimentar proporcionado pode afetar profundamente o crescimento e o desenvolvimento.”

Ao chegarmos verificamos, através do livro do bebé, que este estava a aumentar de peso e que a pega ao biberão era adequada. Este bebé não se tinha adaptado à mama, então foi incentivada a mãe, explicando as vantagens de o fazer, a retirar leite com bomba e dar ao bebé em substituição do leite adaptado. O leite materno além de ser mais barato (e esta família tinha problemas económicos) protege de doenças e infeções e é mais facilmente digerido (algumas das vantagens descritas pela OMS).

A outra visita domiciliária que realizei tratava-se de um recém-nascido, que não tinha comparecido no Centro de Saúde para realizar o diagnóstico precoce. Quando chegamos ao domicílio apercebemo-nos que se tratava de uma família com dificuldades económicas. Os progenitores encontravam-se desempregados e tinham mais três filhos menores. O único recurso era uma avó. Nesta visita aproveitamos para realizar alguns ensinamentos relativos à alimentação, higiene e segurança das crianças tendo em conta os escassos recursos da família.

Quando chegamos ao Centro de Saúde realizamos a articulação com a assistente social e programamos uma visita domiciliária conjunta (enfermeiro e assistente social), previamente acordada com a família.

Estas visitas ao domicílio permitiram-nos não só observar o fator de risco, descrito na carta de referenciação à UCC, que influenciava negativamente o desenvolvimento e crescimento do recém-nascido, como também observar a interação entre os vários elementos da família, conhecer o ambiente familiar, as condições socioeconómicas, as condições habitacionais e as redes de suporte social, sendo inacessível obter estes dados de outra forma.

Deste modo, os cuidados de enfermagem no domicílio envolvem mais que a realização de técnicas e procedimentos, englobam aspetos como a empatia, a preocupação, o interesse e o apoio nas dificuldades, ou seja, envolvem uma abordagem holística que promova o bem-estar da criança e família. Só estabelecendo uma relação empática e adequando a nossa intervenção aos costumes, rotinas e recursos da família, conseguimos atingir os objetivos previamente delineados para a visita domiciliária.

Tendo em conta o meu tema "Desenvolvimento Infantil", durante as visitas domiciliárias e uma vez que ambos se tratavam de recém-nascidos, observei também aspetos como o peso do bebé, a forma como a mãe o alimentava (horário, tempo de amamentação/preparação e higiene dos biberons), o choro, as fontanelas e os reflexos motores grosseiros, entre os quais, o reflexo de preensão palmar, o reflexo de sucção e o reflexo de rotação, e os reflexos motores finos, com a incidência de uma luz mais forte, o recém-nascido fechava os olhos (OPPERMAN, 2001).

Referências Bibliográficas:

- DIÁRIO DA REPÚBLICA 1ª série – n.º 38. Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro.
- LOVELAND, Cherry Carol - Risco de saúde familiar - In MAREIA Stanhope; JANETTE Lencaster (Ed) - **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999.
- NAVALHAS, José Cassiano - Projeto de intervenção no âmbito da visitaçã domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. **Enfermagem**. 2ª Série n.º 7 (Julho/Setembro 1997). ISSN 0871-0775.
- OPPERMAN, Cassandra – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Lisboa: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3.
- SEELEY, Rod R.; STEPHENS, Trent D.; TATE, Philip – **Anatomia e Fisiologia**. 3ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1997. ISBN: 972-96610-5-7.

ANEXO IV

Impacto da Hospitalização nas Fases Toddler e Pré-Escolar



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE SANTAMARIA



Hospital PulidoValente

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Módulo III: Hospital de Santa Maria - Serviço de Urgência Pediátrica

Ação de Formação:
**Impacto da Hospitalização no
Desenvolvimento Infantil nas Fases
Toddler e Pré-Escolar**

Elaborado por:

Tânia Sofia Pascoal dos Santos

Sob Orientação:

Enfermeira Ana Dias

Sob Orientação Tutorial:

Professora Margarida Lourenço

Lisboa

Dezembro, 2012

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	iii
2 – PUBLICITAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	iv
3 – PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	v
4 – DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	vi
5 – CARTAZ INFORMATIVO – TODDLER	x
6 – CARTAZ INFORMATIVO – IDADE PRÉ-ESCOLAR	xi
7 – AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	xii
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xv

1 – INTRODUÇÃO

Neste módulo de estágio decidi abordar o Impacto da Hospitalização, pois é no serviço de urgência que ocorre o primeiro contacto da criança com o meio hospitalar, pelo que os profissionais de saúde deste serviço devem estar despidos para atenuar as consequências negativas da hospitalização.

A faixa etária foi escolhida com base nos registos das admissões no Serviço de Observação, entre 1 de Setembro e 14 de Novembro de 2012. Durante este período deram entrada neste serviço 312 crianças, sendo que 208 crianças tinham idades compreendidas entre os 12 meses e os 6/7 anos de idade. É nesta faixa etária que se verifica um crescimento e desenvolvimento mais acentuado, que se vai tornando progressivamente mais constante (WHALEY E WONG, 1999).

O desenvolvimento e o crescimento da criança não dependem apenas da maturação biológica, mas também das condições do meio ambiente onde vive. Assim, dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontra, a criança reagirá de modo diferente para se adaptar ao meio que a rodeia (BORTOLOTE E BRÊTAS, 2008). Todas as experienciais vivenciadas pela criança vão influenciar o seu desenvolvimento, tudo depende da forma como o stress é vivenciado e do apoio que recebe das pessoas de referência, no sentido de mobilizar estratégias moderadoras (RODRIGUES E RODRIGUES, 2009).

Um episódio de doença e hospitalização pode significar um trauma, bem como um atraso ou até mesmo interrupção no processo de crescimento e desenvolvimento da criança (BORTOLOTE E BRÊTAS, 2008).

Sendo assim, durante a hospitalização torna-se de extrema importância a construção de uma aliança entre os profissionais e os pais com o objetivo de avaliar e compreender o desenvolvimento da criança e promover a sua estimulação (BRAZELTON E SPARROW, 2003).

2- PUBLICITAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ação de Formação

Tema: “Impacto da Hospitalização no Desenvolvimento Infantil nas fases Toddler e Pré-escolar”

População Alvo: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria

Formador: Tânia Santos (MESIP)

Orientador: Enf.ª Ana Dias

Local: Serviço de Urgência Pediátrica

Data: 04 de Dezembro de 2012

Hora: 15h30

Duração: 40 minutos

Objetivo Geral: Capacitar a equipa de enfermagem para a avaliação do desenvolvimento infantil, nas fases Toddler e Pré-escolar, através do Modelo de “Touchpoints”

CONTO COM A VOSSA PRESENÇA...



3 – PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

<p>Tema: Impacto da Hospitalização no Desenvolvimento Infantil nas fases Toddler e Pré-escolar</p> <p>Local: Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria</p> <p>Formadora: Tânia Santos (AE ESIP)</p> <p>População Alvo: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria</p> <p>Data: 04 Dezembro 2012</p> <p>Hora: 15h30</p>

Fases	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	<p>Apresentar a formadora e o tema.</p> <p>Apresentar os objetivos da sessão.</p>	<p>Apresentação da formadora, tema e objetivos.</p>	Expositivo	Computador com diapositivos	5 min.
Desenvolvimento	<p>Capacitar a equipa de enfermagem para a avaliação do desenvolvimento infantil, nas fases Toddler e Pré-escolar, durante a hospitalização, tendo em conta o Modelo de “Touchpoints”.</p> <p>Transmitir algumas estratégias para diminuir o impacto da hospitalização nas fases Toddler e Pré-escolar.</p>	<p>Caracterização do Modelo de “touchpoints”.</p> <p>Apresentação dos “Touchpoints” nas fases Toddler e Pré-escolar.</p> <p>Impacto da hospitalização nas fases Toddler e Pré-escolar.</p>	Expositivo	Computador com diapositivos	15 min.
Conclusão	<p>Refletir sobre a sessão elaborada.</p> <p>Esclarecer dúvidas.</p>	<p>Síntese de ideias chave.</p> <p>Interação com a plateia.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p>	<p>Computador com diapositivos</p> <p>Plateia</p>	<p>5 min.</p> <p>10 min.</p>
Avaliação	<p>Aplicar questionário de avaliação.</p>			Questionário	9

4 – DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Hospital de Santa Maria
 Serviço de urgência Pediátrica

Curso de Mestrado em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Impacto da Hospitalização no Desenvolvimento Infantil nas fases Toddler e Pré-escolar

Sob Orientação
 Enf.ª Ana Dias

Sob Orientação Tutorial:
 Professora Doutora Margarida Lourenço
 Professora Doutora Zaida Charepe

Elaborado por:
 Tânia Santos

Dezembro, 2012

Sumário

- Caracterização do Modelo “Touchpoints”.
- “Touchpoints” nas fases Toddler e Pré-escolar.
- Fatores que influenciam o desenvolvimento.
- Impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil nas fases Toddler e Pré-escolar.
- Estratégias para reduzir o impacto da hospitalização.

Objetivos

- Elucidar a equipa de enfermagem para a avaliação do desenvolvimento infantil, nas fases Toddler e Pré-escolar, durante a hospitalização, através do Modelo de “Touchpoints”.
- Transmitir algumas estratégias que possam ser adotadas pela equipa de enfermagem para diminuir o impacto da hospitalização nas fases Toddler e Pré-escolar.

Caracterização do Modelo “Touchpoints”

- Modelo sobre o desenvolvimento infantil perspetivado em torno de **momentos chave** (“touchpoints”);
- Enfatiza a **prevenção** através de **cuidados antecipatórios** e da construção de **relações de aliança** entre os pais e os profissionais;
- Foca-se na **intervenção precoce**, dirigida à família, mas centrada na criança, baseada na partilha com os pais e em algumas descobertas relativas às diferenças individuais;
- Promove a **resiliência** familiar.

BRAZELTON, 2003

Caracterização do Modelo “Touchpoints”

De:	Para:
Modelo deficitário	Modelo positivo
Desenvolvimento linear	Desenvolvimento multidimensional e descontínuo
Atitude prescritiva	Atitude colaborativa
Envolvimento objetivo	Envolvimento empático
Fronteiras disciplinares rígidas	Fronteiras disciplinares flexíveis

BRAZELTON, 2003

“Touchpoints”

Períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil

BRAZELTON, 2003

Paradigma do desenvolvimento

Multidimensional ↔ **DESENVOLVIMENTO** ↔ Descontínuo

Importante:

- Valorizar a desorganização;
- Promover cuidados antecipatórios – facilita a resposta parental.

- **Regressões** – podem levar à desorganização dos pais;
- **Surtos evolutivos**- quando acontecem numa área podem causar alterações noutras;
- **Pausas**.

BRAZELTON, 2003

Paradigma Relacional

- Cada “Touchpoint” surge como uma oportunidade para o profissional (saúde ou outros) se unir aos pais construindo uma **aliança e suporte**;
- A colaboração entre pais e profissionais é fundamental para a existência eficaz de **cuidados antecipatórios**;
- As interações existentes baseiam-se nas **forças parentais**.

BRAZELTON, 2003

Intervenções de Enfermagem

- Os pais ao se sentirem **apoiados** e não culpabilizados ficam mais **descontraídos** e **disponíveis** par a comunicação (permite negociação de estratégias para encontrar soluções);
- A enfermeira ao ajudar as famílias a encararem os **períodos de desorganização** como oportunidades de **aprendizagem**, aumenta a **segurança** e a **confiança** dos pais;
- Todos os pais tendem a mostrar **disponibilidade** para a relação terapêutica.

BRAZELTON, 2003

“Touchpoint” 12 meses

Cuidados antecipatórios: - Birras
 - Treino de higiene
 - Agressividade

BRAZELTON, 1998

“Touchpoint” 15 meses

Cuidados antecipatórios: - Responsabilidades parentais
 - Mudança de laços familiares
 - Diferenças individuais

BRAZELTON, 1998

“Touchpoint” 18 meses

Cuidados antecipatórios: - Birras
 - Segurança
 - Entrada na infância
 - Cuidados de higiene

BRAZELTON, 1998

“Touchpoint” 2 anos

Cuidados antecipatórios: - Treino de higiene
 - Mudanças de humor
 - Agressividade
 - Responsabilidade
 - Televisão

BRAZELTON, 1998

“Touchpoint” 3 anos

Cuidados antecipatórios: - Pré-escolar
 - Identidade sexual

BRAZELTON, 1998

“Touchpoint” 4 anos

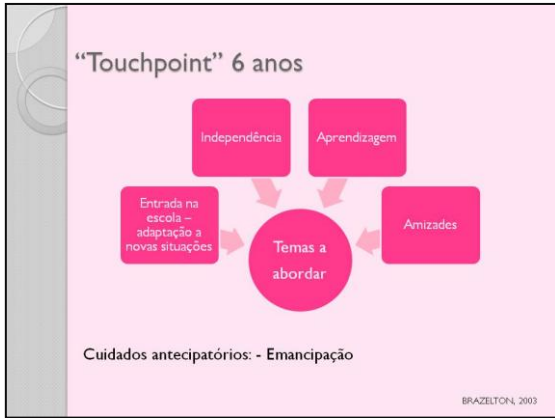
Cuidados antecipatórios: - Disciplina
 - Autoestima

BRAZELTON, 2003

“Touchpoint” 5 anos

Cuidados antecipatórios: - Idade escolar
 - Independência

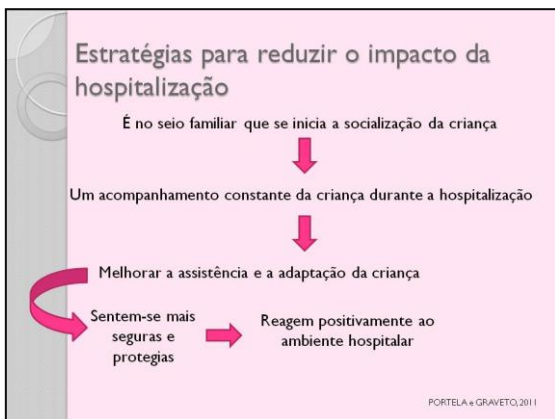
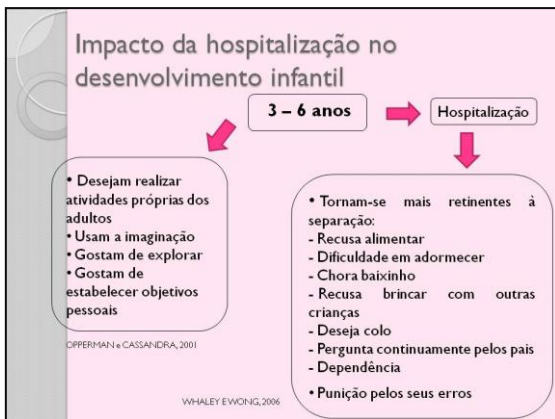
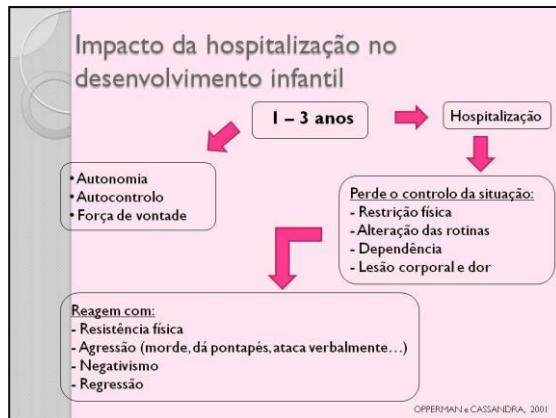
BRAZELTON, 2003



Fatores que influenciam o desenvolvimento

Favoráveis	Desfavoráveis
Pais	Anomalias do desenvolvimento
Avós	Problemas de alimentação
Amigos	Hipersensibilidade
Outros cuidadores	Hiperatividade
Profissionais de saúde	Prematuridade
	Dor
	Doença
	Hospitalização

BRAZELTON, 1998



Estratégias para reduzir o impacto da hospitalização

- Criar uma relação de proximidade com a criança.
 - ↳ -Explicar os procedimentos, utilizando uma linguagem adequada à idade da criança;
 - Não invadir o espaço da criança.
- Utilizar a brincadeira
 - ↳ Expressam os seus medos, dúvidas, angústias
 - ↳ - Diminuem o seu sofrimento
 - Recuperação mais rápida

HENRIQUE e CAIRAS, 2006

Estratégias para reduzir o impacto da hospitalização

- Permitir que a criança tenha consigo o seu brinquedo/objeto preferido
 - ↳ Transmite segurança e conforto
- Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e acolhedor
 - ↳ - Reduzir o ruído
 - Reduzir a iluminação
 - Falar com um tom de voz baixo e suave
 - Decorar os serviços com bonecos, desenhos...

COLLET e OLIVEIRA, 2002

Estratégias para reduzir o impacto da hospitalização

- Permitir que a criança manipule/explore os objetos desconhecidos do meio hospitalar (estetoscópio, compressas, seringas...)
 - ↳ Reduz o medo e a ansiedade

FALBO et al, 2012

Conclusão

- O desenvolvimento biopsicossocial da criança, que está dependente do meio e principalmente do adulto, consiste em proporcionar condições de afeto, segurança, estimulação e aprendizagem, que possibilitam o desenvolvimento harmonioso, tanto a nível emocional, como psicomotor, linguístico e cognitivo.
- O enfermeiro deve incentivar o acompanhamento parental, pois ao promover uma relação entre os pais e os filhos estão a ganhar o futuro, uma vez que os pais proporcionam segurança, equilíbrio emocional e a recuperação da criança no período de internamento.

BORTOLOTE e BRÊTAS, 2008

PORTELA e GRAVETO, 2011

Conclusão

- Brincar é a atividade mais importante da vida da criança e é crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social.
- É através da brincadeira que a criança comunica com o meio em que vive e expressa os seus sentimentos, ansiedades e frustrações, quando não consegue expressar-se verbalmente.

HENRIQUE e CAIRAS, 2006



**OBRIGADO
PELA
VOSSA
ATENÇÃO!**

Referências Bibliográficas

- BARRIOS, Lúcia – Psicologia pediátrica. Perspetiva desenvolvimentista. 2003, 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, ISBN: 972-796-081-2.
- BORTOLOTE, Giovana Soares; BRÊTAS, José Roberto da Silva – O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. São Paulo, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008;42:428.
- BRAZELTON, Terry B. e SPARROW, Joshua D. - A Criança dos 3 aos 6 anos: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento. Lisboa: Editorial Presença, 4ª Ed., 2003, ISBN 978-972-23-3018-3.
- BRAZELTON, Terry B. - O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento durante os primeiros anos. Lisboa: Editorial Presença, 3ª Ed., 2006, ISBN 978-972-23-1930-0.
- BRAZELTON, Terry B. – Brazelton Touchpoints Center, 2009. Disponível em <http://www.brazeltontouchpoints.org/about/what-is-touchpoints/>
- BRAZELTON, Terry B. http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf.
- COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz – Manual de Enfermagem em Pediatría. Goiânia: ABR, 2002:339.
- FALBO, Bruna Cristina-Pereira, et al – Estudo do desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. Brasília, Revista Brasileira de Enfermagem, vol.65, n.º 1, Janeiro/Fevereiro 2012.
- HENRIQUES, D. C.; CAIRAS, F. M. A criança hospitalizada: Manual de orientação aos pais. Disponível em: http://www.sibp.com.br/show_item2.php?id_categoria=2&id_subcategoria=111&tipo_detalle=
- MEIRA, A, et al. O universo infantil chega aos hospitais: hospitais mais próximos do universo da criança. Conem-SP, n.º 3, 1999.
- OFFERMAN, Cathleen e CASSANDRA Kathleen A. – Enfermagem Pediátrica. Contemporânea. 2001, Lusocência, ISBN: 972-8383-19-3.
- PORTELA, C.; GRAVETO, J. – Enfermagem e a criança hospitalizada: Participação parental nos cuidados. Lisboa, Revista Nursing n.º 271, Ano 23, julho 2011: 10-14.
- WHALEY, Lucille F.; WONG, Dorra L. – Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva. 2006, 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, ISBN: 98-352-1918-8.

5 – CARTAZ INFORMATIVO – TODDLER

As Principais Etapas do Desenvolvimento Infantil

1 ANO

Capacidade Motora	<ul style="list-style-type: none"> • Começa a andar • Torna-se independente
Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Torna-se resistente ao sono, principalmente no período da sesta
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Come com as próprias mãos, não utilizando a colher
Fala	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende ordens simples • Diz palavras simples como: "mamã", "papá", "dá" • Aponta com o dedo e faz vocalizações
Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Chora quando os pais se afastam / temem os estranhos • Faz birras para chamar a atenção • Brinca fazendo construções e imitando crianças mais velhas



3 ANOS

Capacidade Motora	<ul style="list-style-type: none"> • Sobe as escadas alternando os pés • Desce as escadas com os dois pés
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Come o mesmo número de refeições que os adultos • Tem boas maneiras à mesa • Gosta de ajudar os pais na cozinha
Fala	<ul style="list-style-type: none"> • Vocabulário extenso mas pouco compreensível a estranhos • Defeitos na articulação e imaturidade na linguagem
Imaginação/ Fantasia	<ul style="list-style-type: none"> • Cria amigos imaginários • Tem empatia pelos outros • Tem sentido de humor
Relacionamento com crianças da mesma idade	<ul style="list-style-type: none"> • Troca de experiências com crianças da mesma idade • Zanga-se com facilidade com outras crianças, mas está sempre ansiosa para ir para junto delas • Cria relações estáveis
Medos/ Fobias	<ul style="list-style-type: none"> • Medo de ir a locais estranhos e ao médico
Controlo das Necessidades	<ul style="list-style-type: none"> • Controla os esfínteres • Vai sozinho à casa de banho

2 ANOS

Capacidade Motora	<ul style="list-style-type: none"> • Anda com maior estabilidade • Sobe e desce degraus com os dois pés
Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Fala enquanto adormece • Adormece sozinho • Pode ter pesadelos
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Consegue comer sozinho • Deixa cair a comida do garfo frequentemente
Fala	<ul style="list-style-type: none"> • Emprega frases com verbos • Utiliza adjetivos e advérbios • Pode gaguejar
Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza o jogo simbólico • Compreende o sentido de causalidade • Aprende com o que vê na televisão • Ajuda nas tarefas domésticas como forma de aumentar a autoestima
Controlo das Necessidades	<ul style="list-style-type: none"> • Começa a ter controlo dos esfínteres
Negativismo/ Agressividade	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta alterações bruscas de humor, como forma de protesto

• BRAZELTON, Terry B. e SPARROW, Joshua D. - A Criança dos 3 aos 6 anos: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento. Lisboa: Editorial Presença, 4ª Ed., 2003, ISBN 978-972-23-3018-3.

• BRAZELTON, Terry B. - O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento durante os primeiros anos. Lisboa: Editorial Presença, 9ª Ed., 2006, ISBN 978-972-23-1930-0.

Hospital de Santa Maria

Sub Orientação: En.ª Ana Dias
 Sob Orientação Tutorial: Professora Doutora Margarida Lourenço

Elaborado por: Tânia Santos


Curso de mestrado em Enfermagem
 Área de especialização e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

6 – CARTAZ INFORMATIVO – IDADE PRÉ-ESCOLAR

As Principais Etapas do Desenvolvimento Infantil

4 Anos

- Capacidade Motora**
 - Sobe e desce escadas alternadamente
 - Salta num só pé
- Fala**
 - Apresenta discurso gramaticalmente correto e compreensível
 - Idade dos porquês
- Imaginação/ Fantasia**
 - Apresenta pensamento mágico: capacidade para inventar histórias e fábulas
- Relacionamento com crianças da mesma idade**
 - Não gosta de partilhar os seus brinquedos com outras crianças
 - O choro, as birras e os pontapés são frequentes
- Rivalidade entre irmãos**
 - Os ciúmes, a frustração de pensar que tem de dividir o amor dos pais com outra pessoa, são sentimentos que causam uma enorme instabilidade e o desejo de vero irmão ir embora
- Sexualidade**
 - Explora o próprio corpo



6 Anos

- Capacidade Motora**
 - Desempenha inúmeras funções de forma independente: lavar os dentes, fazer a cama, atar os atacadores dos sapatos (...)
- Fala**
 - Apresenta vocabulário fluente e articulação geralmente correta.
 - Aprende a ler e a escrever
- Relacionamento com crianças da mesma idade**
 - Entrada na escola, o que exige adaptação a novas situações
 - Noção de melhor amigo

5 Anos

- Capacidade Motora**
 - Salta em pés alternados
 - Toca com as mãos nos dedos dos pés sem fletir os joelhos
- Fala**
 - Apresenta vocabulário fluente e articulação geralmente correta, podendo haver confusão em alguns sons
- Imaginação/ Fantasia**
 - Inserem os jogos faz de conta nas suas brincadeiras
 - Utiliza muitas vezes a mentira
- Relacionamento com crianças da mesma idade**
 - Escolhe os próprios amigos
 - Gosta de brincar com outras crianças, mas também gosta de brincar sozinho
 - Sentimento de proteção em relação a outras crianças mais novas ou em situações de perigo

Hospital de Santa Maria

Elaborado por: Tânia Santos

Sub Orientação: Dr.ª Ana Dias
 Sub Orientação Tutorial: Professora Doutora Margarida Lourenço

Curso de mestrado em Enfermagem
 Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

• BRAZELTON, Terry B. e SPARKOV, Joêliad. - A Criança dos 3 aos 6 anos: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento. Lisboa: Editorial Presença, 41 Ed., 2003. ISBN 978-972-29-3018-3.
 • BRAZELTON, Terry B. - O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento durante os primeiros anos. Lisboa: Editorial Presença, 9ª Ed., 2006. ISBN 978-972-29-1390-0.

7 – AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Avaliação da Ação de Formação

Data: 4 Dezembro 2012

Uma vez terminada a ação de formação, é importante fazer uma apreciação sobre o modo como decorreu a formação, na tentativa de melhorar aspetos que facilitem a preparação de novas formações.

Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

c) Responda a cada item colocando uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Considera a formação útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.				
6. O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem.				
7. A duração da formação foi adequada.				
8. O horário da formação foi adequado.				

d) Classifique a **formadora** utilizando a seguinte escala:

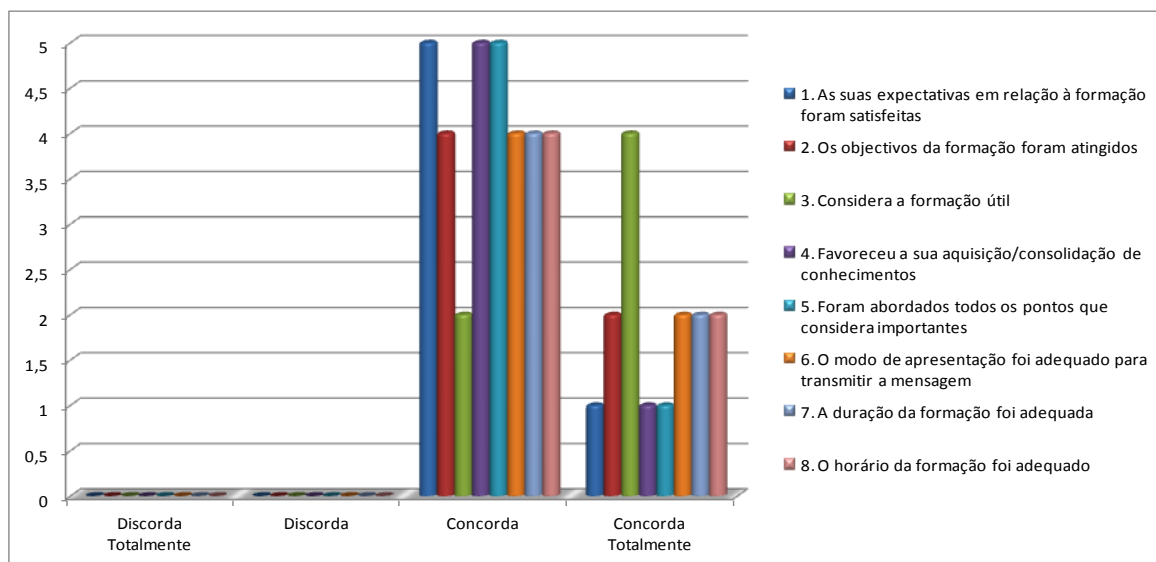
1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

FORMADORA	CLASSIFICAÇÃO
9. Conhecimento dos temas apresentados.	
10. Facilidade na transmissão de conhecimentos.	
11. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	
12. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	
13. Interação com o grupo.	
14. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	
17. Gestão do tempo.	
18. Pontualidade.	

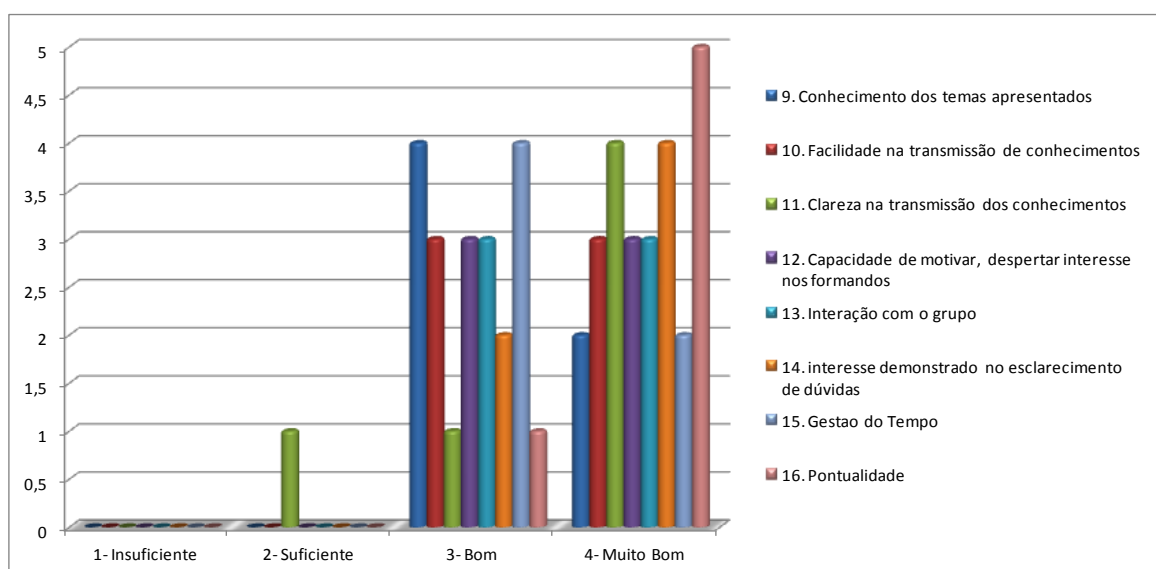
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua colaboração !!!

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas	0	0	5	1
2. Os objectivos da formação foram atingidos	0	0	4	2
3. Considera a formação útil	0	0	2	4
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos	0	0	5	1
5. Foram abordados todos os pontos que considera importantes	0	0	5	1
6. O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem	0	0	4	2
7. A duração da formação foi adequada	0	0	4	2
8. O horário da formação foi adequado	0	0	4	2



Formadora	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
9. Conhecimento dos temas apresentados	0	0	4	2
10. Facilidade na transmissão de conhecimentos	0	0	3	3
11. Clareza na transmissão dos conhecimentos	0	1	1	4
12. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	0	0	3	3
13. Interação com o grupo	0	0	3	3
14. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	0	0	2	4
15. Gestão do Tempo	0	0	4	2
16. Pontualidade	0	0	1	5



8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, Luísa – **Psicologia pediátrica. Perspetiva desenvolvimentista**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.
- BORTOLOTE, Giovana Soares; BRÊTAS, José Roberta da Silva – O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. São Paulo., **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. (2008). 422-428.
- BRAZELTON, Terry B. e SPARROW, Joshua D. - **A Criança dos 3 aos 6 anos: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento**. 4ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2003. ISBN 978-972-23-3018-3.
- BRAZELTON, Terry B. - **O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento durante os primeiros anos**. 9ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2006. ISBN 978-972-23-1930-0.
- BRAZELTON, Terry B. – **Brazelton Touchpoints Center**. [Em linha]. 2009. [Consult. 12 Nov. 2012]. Disponível em: <http://www.brazeltontouchpoints.org/about/what-is-touchpoints/>
- COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz – **Manual de Enfermagem em Pediatria**. Goiânia: ABDR, 2002.
- FALBO, Bruna Cristine Peres, et al – Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. Brasília. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.65, n.º 1 (2012).
- HENRIQUES, D. C.; CAÍRAS, F. M. **A criança hospitalizada: Manual de orientação aos pais**. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1131&tipo_detalhe=s.
- MEIRA, A. et al. - O universo infantil chega aos hospitais: hospitais mais próximos do universo da criança. **Coren-SP**, n.º. 3 (1999).
- OPPERMAN, Cathleen e CASSANDRA Kathleen A. – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Lisboa: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-19-3.
- PORTELA, C.; GRAVETO, J. – Enfermagem e a criança hospitalizada: Participação parental nos cuidados. **Revista Nursing**. n.º 271. Ano 23 (2011). 10-14.
- WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. – **Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva**, 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006. ISBN: 85-352-1918-8.

ANEXO V

Desenvolvimento Infantil no Primeiro Ano de Vida



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE SANTAMARIA



Hospital PulidoValente

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Módulo III: Hospital de Santa Maria - Serviço de Neonatologia

Sessão de Educação para a Saúde: Desenvolvimento Infantil no Primeiro Ano de vida

Elaborado por:

Tânia Sofia Pascoal dos Santos

Sob Orientação:

Enfermeira Alexandrina Hipácio

Sob Orientação Tutorial:

Professora Elisabete Nunes

Lisboa

Fevereiro 2013

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	iii
2 – PUBLICITAÇÃO DA SESSÃO	iv
3 – PLANO DA SESSÃO	v
4 – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	vi
5 – FOLHETO	x
6 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO	xii
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xv

1 – INTRODUÇÃO

Com o nascimento de um bebé prematuro, os pais defrontam-se com múltiplos desafios, abandono de algumas expectativas planeadas ao longo da gravidez, adaptação a uma situação adversa e reconstituição de sonhos e projetos. Neste processo de aceitação da nova realidade terão de gerir emoções intensas, desenvolver a sua identidade enquanto pais perante esta circunstância especial e cuidar de relações já existentes em condições muitas vezes marcadas pela imprevisibilidade e insegurança (SANTOS et al, 2007).


Quando os pais conhecem o seu bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais encontram-no geralmente dentro de uma incubadora, rodeado de fios, sondas e monitores. São comuns sentimentos de ansiedade, confusão, angústia e até mesmo de desapontamento, face a um bebé cujo aspeto físico é bastante diferente do imaginado. Este ambiente de complexidade tecnológica pode acentuar a perceção de fragilidade do bebé e a sensação de impotência para lhe ser útil, e os pais são assaltados por dúvidas acerca da sobrevivência do bebé, do seu desenvolvimento futuro e de como cuidar de um ser tão pequeno e indefeso (SANTOS et al, 2007).

No início do estágio constatei, através do diálogo com os pais, que estes medos, inseguranças e dúvidas relativas ao desenvolvimento do seu filho, estavam presentes. Deste modo, decidi incidir a minha intervenção, além dos cuidados prestados aos bebés prematuros e apoio aos pais no esclarecimento de dúvidas e na prestação de cuidados, numa sessão de educação para a saúde para os pais, direcionada para o desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida.

Em neonatologia, na maior parte dos casos, os internamentos são prolongados, logo torna-se de extrema importância a construção de uma aliança entre os profissionais e os pais com o objetivo de avaliar e compreender o desenvolvimento da criança e promover a sua estimulação (BRAZELTON E SPARROW, 2003).

Os enfermeiros têm o dever de potenciar o crescimento e o desenvolvimento harmonioso de todas as crianças observando, juntamente com os pais e outros profissionais, a evolução de cada criança, estando atentos a potenciais ameaças ou fatores prejudiciais, potenciando os fatores positivos e valorizando as capacidades de cada criança e a sua família. (BRAZELTON E SPARROW, 2003).

2 – PUBLICITAÇÃO DA SESSÃO



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sessão de Educação para a Saúde

Tema: “Desenvolvimento Infantil no 1º Ano de Vida”

População Alvo: Pais dos bebés internados no Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria

Formador: Tânia Santos (MESIP)

Orientador: Enf.ª Alexandrina

Local: Serviço de Neonatologia


Data: 16 de Janeiro de 2013

Hora: 15h30

Duração: 40 minutos

Objetivo Geral: Elucidar os pais sobre os pontos chave referentes ao desenvolvimento da criança no 1º ano de vida

CONTO COM A VOSSA PRESENÇA..



3 – PLANO DA SESSÃO

<p>Tema: Desenvolvimento Infantil no Primeiro Ano de Vida</p> <p>Local: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria</p> <p>Formadora: Tânia Santos (AE ESIP)</p> <p>População Alvo: Pais dos bebés da Unidade de Cuidados Intensivos neonatais</p> <p>Data: 16 de Janeiro de 2012</p> <p>Hora: 16h30</p>
--

Fases	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema. Apresentar os objetivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objetivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 min.
Desenvolvimento	Elucidar os pais sobre os pontos-chave referentes ao desenvolvimento da criança no 1º ano de vida.	Desenvolvimento sensorial in útero. Idade cronológica <i>versus</i> idade corrigida. Pontos chave do desenvolvimento no 1º ano de vida	Expositivo	Computador com diapositivos	15 min.
Conclusão	Refletir sobre a sessão elaborada.	Síntese de ideias chave.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 min.
	Esclarecer dúvidas.	Interação com a plateia.	Interativo	Plateia	5 min.
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.			Questionário	5 min.

4 – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

Hospital de Santa Maria
Serviço de Neonatologia

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Desenvolvimento Infantil no 1º Ano de Vida

Sob Orientação
Enfª Alessandra

Sob Orientação Tutorial:
Professora Doutora Elisabete Nunes

Elaborado por:
Tania Santos

Janeiro, 2013

Sumário

- Desenvolvimento Sensorial In Útero
- Idade Cronológica versus Idade Corrigida
- Pontos Chave do desenvolvimento no 1º Ano de Vida
 - ✓ Recém-Nascido/Bebê Prematuro
 - ✓ 3 Semanas
 - ✓ 6 a 8 Semanas
 - ✓ 4 Meses
 - ✓ 7 Meses
 - ✓ 9 Meses
 - ✓ 12 Meses

Objetivo

Elucidar os pais sobre os pontos chave referentes ao desenvolvimento da criança no 1º ano de vida.

Introdução

- O processo de crescimento e desenvolvimento da criança (prematura) está condicionado pela forma como decorreu a gravidez, o parto, o período pós parto, mas também pelo modo como os pais vão investir no seu bebê.

Desenvolvimento sensorial in útero

- **Sensibilidade Cutânea**
As terminações nervosas da pele estão presentes desde a 7ª semana de gestação.
- **Audição**
O ouvido forma-se por volta da 3ª semana de gestação. A partir das 18 semanas o feto reage ao som intenso (100 dB). A placenta deixa passar os sons e os ruídos exteriores.
- **Olfato e Paladar**
Estão presentes por volta da 25ª semana de gestação. Existe relação entre o líquido amniótico e o leite materno, pois ambos contem sabores provenientes da alimentação materna.

Bloch, 2003

Desenvolvimento sensorial in útero

- **Visão**
O sistema visual é o último a formar-se na vida fetal. O olho é visível na ecografia por volta da 12ª semana. No entanto, só na 16ª semana se observam movimentos oculares lentos e na 23ª semana movimentos oculares rápidos. Só cerca de 1 mês após o nascimento, o olho atinge todas as suas capacidades.

Bloch, 2003

Recém-Nascido

- **Avaliação inicial:**
 - ✓ Índice de Apgar
 - ✓ Reflexos
- **Bebê Ideal versus Bebê Real**
- **Vinculação**

Bracebon, 2006

Idade Cronológica vs Idade Corrigida

- **Idade Cronológica** – Tempo de vida extrauterino.
- **Idade Corrigida** – Idade que o bebê teria se tivesse nascido com 40 semanas de gestação. Calcula-se diminuindo ao tempo de vida as semanas que faltavam para atingir as 40 semanas de gestação.
Exemplo: Um bebê que nasce com 28 semanas de gestação, faltam 12 semanas para as 40 semanas. Assim, este bebê com 5 meses de vida terá 2 meses de idade corrigida.

Bebés Prematuros

- São mais sensíveis à estimulação externa (ruído, luminosidade, toque...)

↳ **Sofrimento/Stress**

- ↳ - Alteração dos sinais vitais
- ↳ - Alteração da coloração da pele
- ↳ - Alterações gastrointestinais
- ↳ - Espirros, bocejos, tremores, assustar-se com facilidade
- ↳ - Hipotonia/Hipertonia
- ↳ - Abertura das mãos e dedos
- ↳ - Caretas, franzir a testa, colocar a língua de fora
- ↳ - Alteração do estado de consciência
- ↳ - Fechar os olhos ou desviá-los da fonte de estimulação

Os pais deverão estar alerta para estes sinais, de modo a perceber se o estímulo que estão a dar ao bebé está a ser bem tolerado por este.

- Posição de conforto (pernas fletidas, braços na linha média)
- Contensão do bebé
- Sucção (levar a mão do bebé à boca, chucha)

Baselton, 2006

Pontos Chave do Desenvolvimento no 1º Ano de Vida

3 Semanas

- **Alimentação:**
 - ✓ Bolsar
 - ✓ Será que come o suficiente?
- **Comunicação:**
 - ✓ Aprender a comunicar com o bebé (tocá-lo, agarrá-lo, embalá-lo, falar com ele).
 - ✓ Aprender a conhecer as reações do bebé (tipo de choro, os movimentos).
- **O sono e o despertar:**
 - ✓ Possibilitar períodos de "brincadeira" (palrar e a sorrir) entre as mamadas.

Baselton, 2006

Das 6 às 8 Semanas

- **Alimentação:**
 - ✓ Aumento do intervalo entre as refeições.
- **Choro:**
 - ✓ É habitual um período regular de agitação no final do dia.
- **Sono:**
 - ✓ À noite, o bebé dorme por períodos mais prolongados.
 - ✓ O bebé continua a aperfeiçoar o seus próprios padrões de auto conforto (chuchar no dedo/chucha, agitar-se na cama, balançar a cabeça...).

Baselton, 2006

Das 6 às 8 Semanas

- **Comunicação:**
 - ✓ Utilização do sorriso à estimulação calma e carinhosa.
 - ✓ Consegue observar o rosto do cuidador durante longos períodos.
- **Temperamento:**
 - ✓ Já é possível distinguir os bebés sossegados dos irrequietos.

Baselton, 2006

Das 6 às 8 Semanas

- **Capacidades Motoras:**
 - ✓ Existe controlo dos reflexos – consegue ficar deitado de costas na cama balançando os braços e as pernas como se tivesse a pedalar.
 - ✓ Se lhe tocarmos na mão com um objeto que lhe desperte atenção, pode estendê-la de modo descoordenado em direção ao objeto.
 - ✓ Consegue segurar a cabeça, quando está na posição ereta, por breves instantes.
 - ✓ Quando está deitado de barriga para baixo é capaz de levantar a cabeça e olhar em volta.

Baselton, 2006

Das 6 às 8 Semanas

- **Capacidades Cognitivas:**
 - ✓ Responde de modo diferente à presença dos pais e dos estranhos.
 - ✓ Demonstra interesse pelo que o rodeia, podendo ficar acordado por um período maior de tempo.
 - ✓ Brinca com as mãos – Aprende a coordenação mãos-olhos.

Baselton, 2006

4 Meses

- **Alimentação:**
 - ✓ Introdução de alimentos sólidos, dados à colher, na alimentação diária do bebé.
- **Comunicação:**
 - ✓ Aprendem a chorar propositadamente para chamar a atenção – causalidade: se eu fizer determinada coisa, terei determinado resultado.
 - ✓ Tossir, espirrar, fazer gracinhas e palrar começa como um comportamento exploratório, que o bebé, gradualmente, aprende a dominar e a produzir segundo a sua vontade.
 - ✓ Aprendem a vocalizar "pa-pa-pa-pa" e "ma-ma-ma-ma" e a usá-los para manipular as pessoas que o rodeiam.

Baselton, 2006

4 Meses

- **Capacidades Motoras e Cognitivas:**
 - ✓ Esforça-se para tentar aprender a sentar-se e a usar as mãos para transferir objetos de uma para a outra.
 - ✓ Muitas vezes agitam-se repetidamente até os sentarem numa cadeira ou ao colo.
 - ✓ Quando deitados começam a voltar-se sozinhos.

Bazeleira, 2006

7 Meses

- **Capacidades Motoras:**
 - ✓ Permanece sentado sem ajuda, no entanto não consegue utilizar os braços livremente, pois se o fizer cai para o lado, não conseguindo levantar-se sozinho.
 - ✓ Explora os objetos com os dedos (movimento de pinça).
 - ✓ Leva todos os objetos à boca para uma exploração mais completa.
 - ✓ Aponta para objetos de modo a chamar a atenção dos adultos.
 - ✓ Mostram preferência de uma mão em relação à outra.
 - ✓ Aprende a deslocar-se (arrasta-se de barriga para baixo).

Bazeleira, 2006

7 Meses

- **Alimentação:**
 - ✓ Gosta de explorar novos objetos (por exemplo, uma caneca).
 - ✓ Agarram alguns alimentos e levam-nos à boca (por exemplo: uma bolacha).
 - ✓ Os alimentos oferecidos ao bebé devem ser menos triturados para que este sinta a textura.

Bazeleira, 2006

7 Meses

- **Sono:**
 - ✓ Os sonhos são perturbados, pois torna-se mais difícil deitá-lo (maior resistência ao sono).
 - ↳ **Reforçar o ritual da hora de deitar:**
 - O bebé ainda precisa de dois sonos durante o dia (a meio da manhã e a meio da tarde), mas mesmo que não durma deve ser deitado na cama;
 - Se necessário os pais devem sentar-se junto do bebé dando palmadinhas suaves e rítmicas nas costas para ele sossegar, mas sem olhar e falar com ele.
No entanto, o ideal será o bebé adormecer sozinho.

Bazeleira, 2006

7 Meses

- **Comunicação:**
 - ✓ Apresenta vocalizações ("pa", "ma", "ba").
 - ✓ Compreendem o "não" mas não sabem responder-lhe.
- **Aprendizagem:**
 - ✓ Adquire a noção de permanência dos objetos.
 - ✓ Noção de localização espacial.
 - ✓ Atitude cautelosa em relação aos estranhos.

Bazeleira, 2006

9 Meses

- **Capacidades Motoras:**
 - ✓ Coloca-se em pé, agarrado.
 - ✓ Consegue dar alguns passos apoiado.
- **Sono:**
 - ✓ À hora de dormir, quando se coloca na cama, o bebé coloca-se de pé.
- **Alimentação:**
 - ✓ Distraí o bebé na hora das refeições, deixando-o manipular a colher e comer com as mãos.

Bazeleira, 2006

9 Meses

- **Aprendizagem:**
 - ✓ Aquisição da noção de perigo.
 - ↳ **Faz as explorações do meio circundante, guiando-se pelo comportamento facial, gestos e fala dos adultos.**
 - ✓ Noção da permanência das pessoas.
 - ✓ **Utilizam jogos de exibição:** bater palmas, acenar, dizer adeus...
 - ✓ Vocaliza novos sons.
 - ✓ Conceito de causalidade (por exemplo: explorar as rodas de um carro).

Bazeleira, 2006

12 Meses

- **Capacidades Motoras:**
 - ✓ A partir do 1º ano de vida o bebé começa a andar.
- **Sono:**
 - ✓ O bebé pode passar todo o tempo que deveria estar a dormir a sesta e levantar-se e a deitar-se da cama.
 - ✓ Quando acorda de manhã já consegue entreter-se sozinho.
- **Alimentação:**
 - ✓ Os pais devem permitir que a criança coma com as mãos.
 - ✓ Os pais devem contar que a criança não se alimente convenientemente.

Bazeleira, 2006

12 Meses

- **Linguagem:**
 - ✓ Percebe o que lhe é dito
 - ✓ Dizem palavras simples como "papá, mamã, não, dá..."
 - ✓ Utiliza a linguagem gestual (por exemplo, ao apontar para algo que deseja)
- **Aprendizagem:**
 - ✓ Acumulação de objetos
 - ✓ Construção de cubos
 - ✓ Imitação
 - ✓ Causalidade

Brazelton, 2006

12 Meses

- **Receios:**
 - ✓ Perda da sua independência: qualquer proximidade ou aproximação põe em perigo o seu sentido de espaço pessoal e o seu controlo do mundo.
 - ✓ Medo dos estranhos: se puder olhar bem para os estranhos, enquanto se agarra à mãe ou ao pai, poderá aceitá-los gradualmente.

Brazelton, 2006

Conclusão

- O desenvolvimento biopsicossocial da criança, que está dependente do meio e principalmente do adulto, consiste em **proporcionar condições de afeto, segurança, estimulação e aprendizagem**, que possibilitam o **desenvolvimento** harmonioso, tanto a nível **emocional**, como **psicomotor, linguístico e cognitivo**.
BORTOLOTE e BRÉTAS, 2008
- O enfermeiro deve **incentivar o acompanhamento parental**, pois ao promover uma relação entre os pais e os filhos estão a ganhar o futuro, uma vez que os pais proporcionam **segurança e equilíbrio emocional** do bebé.
PORTELA e GRAVETO, 2011

Referências Bibliográficas

- BRAZELTON, Terry B. - **O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento durante os primeiros anos**. Lisboa: Editorial Presença, 9ª Ed., 2006. ISBN 978-972-23-4930-0.
- BLOCH, Henriette; LEQUEN Pierre; PROVASI Joelle - **A Criança Prematura**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-774-856-6 - 978-972-774-856-6.
- BORTOLOTE, Giovana Soares; BRÉTAS, José Roberto da Silva - **O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada**. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2008), p.422-428.
- PORTELA, C.; GRAVETO, J. - **Enfermagem e a criança hospitalizada: Participação parental nos cuidados**. Lisboa: Revista Nursing, n.º 276, ano 23 (Julho 2001), p. 10-14.

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!

5 – FOLHETO



CENTRO HOSPITALAR
LÍBIO NORELLI

HOSPITAL
SANTAMARIA

HOSPITAL
Pólo/Vizela

Desenvolvimento Infantil no 1º Ano de Vida



Realizado por:
Tânia Santos

Curso de mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

Sob Orientação:
Enf.ª Alexandrina Hipácio

Sob Orientação Tutorial:
Prof.ª Elisabete Nunes

Janeiro 2013

Introdução

O desenvolvimento biopsicossocial da criança, que está dependente do meio e principalmente do adulto, consiste em **proporcionar condições de afeto, segurança, estimulação e aprendizagem**, que possibilitam o **desenvolvimento** harmonioso, tanto a nível **emocional**, como **psicomotor, linguístico e cognitivo**.

O enfermeiro deve **incentivar o acompanhamento parental**, pois ao promover uma relação entre os pais e os filhos estão a ganhar o futuro, uma vez que os pais proporcionam **segurança e equilíbrio emocional** do bebé.

Desenvolvimento Sensorial In Útero

Sensibilidade Cutânea – As terminações nervosas estão presentes desde a 7ª semana de gestação.

Audição – O ouvido forma-se a partir da 3ª semana de gestação, mas só a partir das 18 semanas reage ao som intenso. O som passa através da placenta.

Olfato e Paladar – estão presentes a partir da 25ª semana de gestação. Tanto o líquido amniótico como o leite materno contêm sabores provenientes da alimentação materna.

Visão – É a última a formar-se. Só cerca de 1 mês após o nascimento, o olho atinge todas as suas capacidades.



Bebés Prematuros

São mais sensíveis à estimulação externa (ruído, luminosidade, toque...).

Os pais devem estar despertos para os sinais de stress (assustar-se com facilidade, abertura das mãos e dedos, fechar os olhos, deitar a língua de fora...), de modo a perceber se o estímulo que estão a dar ao bebé está a ser bem tolerado por este.

Pontos-chave do desenvolvimento no 1º ano de vida

3 Semanas

- Bolsar – pode ser frequente. Quando existe uma deglutição ruidosa o bebé engole muito ar que depois é deitado fora com o leite.



- Os pais vão aprender a comunicar como bebé (tocá-lo, agarrá-lo, embalá-lo, falar com ele), conhecendo as suas reações a este estímulo (tipo de choro, os movimentos).

Das 6 às 8 semanas

- É regular um período de agitação no final do dia.
- À noite o bebé dorme por períodos mais prolongados.
- O bebé já utiliza o sorriso à estimulação calma e carinhosa.
- Já é possível distinguir os bebés calmos dos irrequietos.
- Consegue segurar a cabeça e quando está deitado de barriga para baixo é capaz de levantar a cabeça e olhar em volta, por curtos períodos.
- Responde de modo diferente à presença dos pais e dos estranhos.
- Demonstra interesse pelo que o rodeia.
- Brinca com as mãos.



4 Meses

- Apreendem a chorar propositadamente para chamar a atenção.
- Começam a fazer gracinhas.
- Aprendem a vocalizar.
- Tentam aprender a sentar-se.
- Quando deitados começam a voltar-se sozinhos



7 Meses

- Permanece sentado sem ajuda.
- Apresenta movimento de pinça.
- Leva todos os objetos à boca.
- Aprende a deslocar-se.
- Agarram alguns alimentos e levam-nos à boca.
- Apresentam maior resistência ao sono.
- Compreendem o “não” mas não sabem responder-lhe.



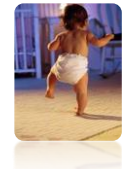
9 Meses

- Coloca-se de pé, apoiado.
- Consegue dar alguns passos, apoiado.
- Adquire a noção de perigo.
- Utilizam jogos de exibição (bater palmas, acenar, dizer adeus...).



12 Meses

- A partir desta idade começa a andar.
- Quando acorda de manhã consegue entreter-se sozinho por períodos.
- Os pais devem permitir que a criança coma com as mãos.
- Percebe o que lhe é dito.
- Tem medo dos estranhos – se puder olhar bem para os estranhos, enquanto se agarra à mãe ou ao pai, poderá aceitá-los gradualmente.



Conclusão

O processo de crescimento e desenvolvimento da criança (prematura) está condicionado pela forma como decorreu a gravidez, o parto, o período pós parto, mas também pelo modo como os pais vão investir no seu bebé.



6 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Avaliação da Ação de Formação

Data: 16 de Janeiro de 2013

Uma vez terminada a ação de formação, é importante fazer uma apreciação sobre o modo como decorreu a formação, na tentativa de melhorar aspetos que facilitem a preparação de novas formações.

Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

e) Responda a cada item colocando uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Considera a formação útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.				
6. O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem.				
7. A duração da formação foi adequada.				
8. O horário da formação foi adequado.				

f) Classifique a **formadora** utilizando a seguinte escala:

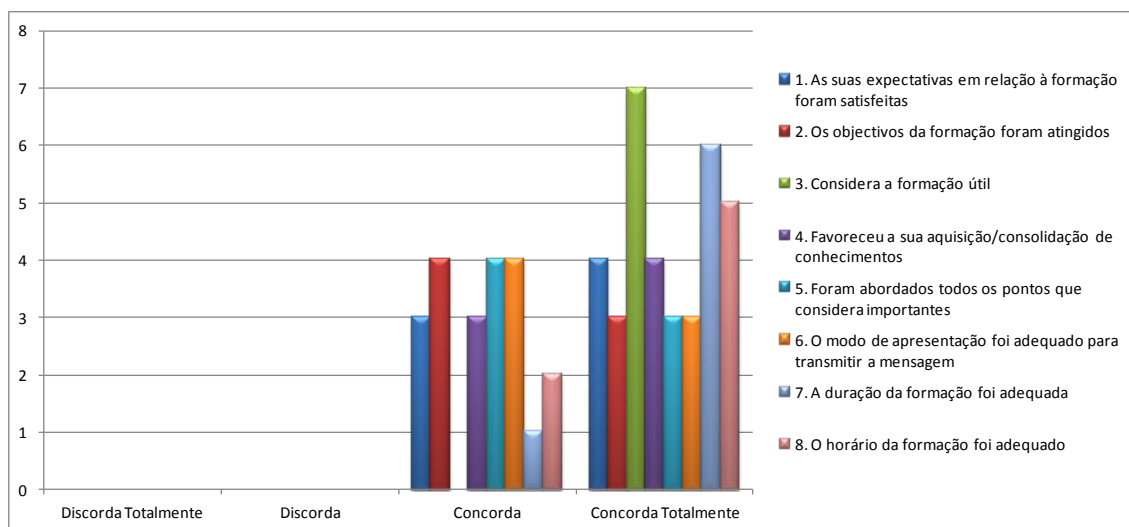
1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

FORMADORA	CLASSIFICAÇÃO
9. Conhecimento dos temas apresentados.	
10. Facilidade na transmissão de conhecimentos.	
11. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	
12. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	
13. Interação com o grupo.	
14. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	
17. Gestão do tempo.	
18. Pontualidade.	

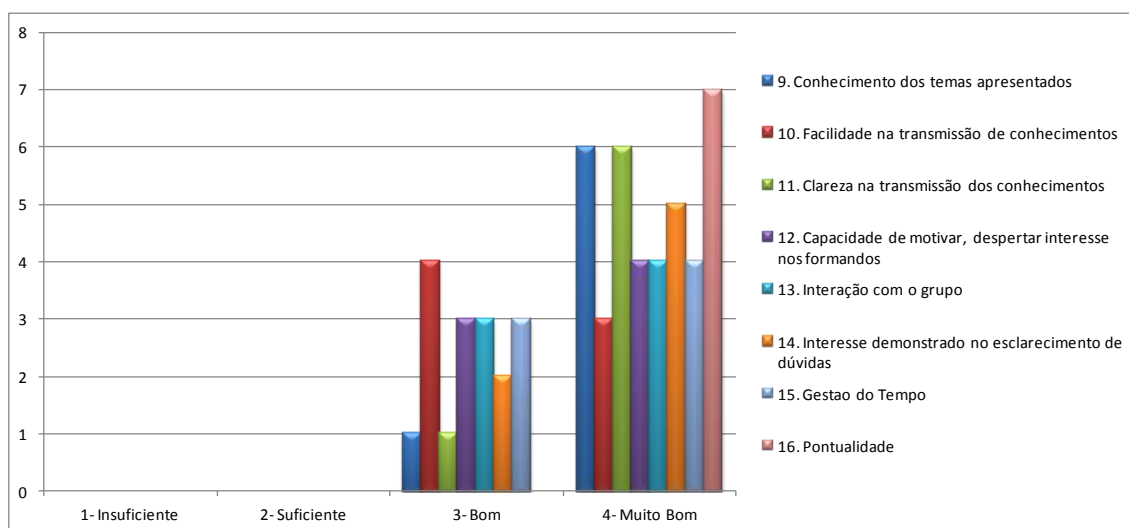
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua colaboração !!!

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas	0	0	3	4
2. Os objectivos da formação foram atingidos	0	0	4	3
3. Considera a formação útil	0	0	0	7
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos	0	0	3	4
5. Foram abordados todos os pontos que considera importantes	0	0	4	3
6. O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem	0	0	4	3
7. A duração da formação foi adequada	0	0	1	6
8. O horário da formação foi adequado	0	0	2	5



Formadora	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
9. Conhecimento dos temas apresentados	0	0	1	6
10. Facilidade na transmissão de conhecimentos	0	0	4	3
11. Clareza na transmissão dos conhecimentos	0	0	1	6
12. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	0	0	3	4
13. Interação com o grupo	0	0	3	4
14. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	0	0	2	5
15. Gestao do Tempo	0	0	3	4
16. Pontualidade	0	0	0	7



7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAZELTON, Terry B. - **O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento durante os primeiros anos.** 9ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2006. ISBN 978-972-23-1930-0.
- BLOCH, Henriette; LEQUIEN Pierre; PROVASI, Joelle – **A Criança Prematura.** Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-771-856-6 – 978-972-771-856-6.
- BORTOLOTE, Giovana Soares; BRÊTAS, José Roberta da Silva – O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo** (2008). p.422-428.
- PORTELA, C.; GRAVETO, J. – Enfermagem e a criança hospitalizada: Participação parental nos cuidados. Lisboa: **Revista Nursing**. n.º 271, ano 23 (Julho 2011). p. 10-14.
- SANTOS, M.C.L.; MORAES, G.A.; VASCONCELOS, M.G.L. e ARAÚJO, E.C.– Sentimentos de pais diante de nascimento de um recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Vol.1: n.º 2 (2007). ISSN 1981-8963. p.111-20.

ANEXO VI

Reflexão Sobre a Criança Submetida a Cirurgia



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE SANTAMARIA



Hospital PulidoValente

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Módulo II: Hospital de Santa Maria - Serviço de Cirurgia Pediátrica

Reflexão

Elaborado por:

Tânia Sofia Pascoal dos Santos

Sob Orientação da EESIP:

Enfermeira Marta Esteves

Sob Orientação Tutorial:

Professora Elisabete Nunes

Lisboa

Fevereiro 2013

No decorrer do meu estágio no Serviço de Cirurgia Pediátrica, tive a oportunidade de acompanhar e prestar cuidados a crianças em diferentes fases de desenvolvimento, no circuito realizado desde momento da admissão, passando pelo bloco operatório, até à alta.

No meu ponto de vista, este acompanhamento torna-se essencial, pois ao limitar o número de pessoas que cuidam da criança durante a hospitalização, permite criar uma relação de proximidade e confiança com a criança/família, ajudando assim a diminuir o medo e o stress provocado pela hospitalização (MEIRA, 1999).

Esta relação empática deve ser construída desde a primeira abordagem à criança, então quando ia chamá-la à sala de espera para a consulta pré-operatória apresentava-me e apresentava o espaço à criança/família. Posteriormente, na sala de enfermagem, realizava a colheita de dados, pesava e verificava a temperatura da criança. Depois, dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontrava a criança, tentava perceber se esta sabia porque estava no hospital e explicava os procedimentos que iam ser efetuados durante a hospitalização, contando uma história e permitindo a manipulação de alguns materiais (máscara, sistema e balão de soro...), que fazem parte do meio hospitalar, e com os quais a criança ia lidar.

Com estas intervenções pude verificar que, dentro do bloco operatório, principalmente as crianças nas fases pré-escolar e escolar, mesmo estando afastados dos pais, regiam bem à nossa presença e colaboravam com os cuidados. Por exemplo, durante a anestesia deixavam colocar a máscara e sopravam o "balão" como lhes tinha sido explicado na admissão e posteriormente acordavam serenos.

Devido ao desenvolvimento imaturo, a criança tem recursos limitados para enfrentar situações desconhecidas/dolorosas, recorrendo à fantasia para explorar o mundo real e superar o medo, a frustração e a dor. Como a experiência de vida da criança também é limitada e devido ao seu egocentrismo, ela pode interpretar de forma errada os procedimentos dolorosos e invasivos, podendo inclusive interpretá-los como um castigo ou punição e conseqüentemente sentir-se culpada (HUERTA,1996).

Torna-se então necessário proporcionar à criança recursos que lhe facilitem a perceção da realidade, bem como dar-lhe o apoio que lhe permita expressar as suas emoções e medos. Quando a criança compreende a verdadeira finalidade do procedimento, ela é capaz de tolerar melhor o desconforto e a dor (HUERTA, 1996).

Depois da admissão e enquanto a criança aguardava na cama pela sua vez de entrar para o bloco operatório, na companhia dos pais e a maioria das vezes a brincar com um

brinquedo trazido de casa, era observada pela anestesia, que prescrevia uma pré-medicação. Habitualmente era midazolam PO, que eu preparava e ia administrar. Após a administração realizava sempre ensinamentos aos pais, explicando que a medicação era uma pré-sedação para a criança ficar mais calma, logo era provável que esta ficasse mais sonolenta, pelo que não devia sair mais da cama, as grades deviam estar elevadas e não deviam deixar a criança sozinha pelo risco de queda.

No momento da alta também reforçava ensinamentos, nomeadamente quando seria a próxima consulta, explicava à criança e aos pais que esta não podia realizar exercício físico durante um mês (dependendo da intervenção cirúrgica a restrição podia ser maior), incluindo não andar a correr, a saltar, andar de bicicleta; explicava como deveriam ser prestados os cuidados de higiene, reforçando que até serem retirados os pontos de sutura o penso não poderia ser molhado e os cuidados com a alimentação. Por exemplo, nos casos de apendicectomia, explicava que deveriam ser evitados alimentos obstipantes, como é o caso da banana, cenoura, arroz e que os molhos e os fritos deviam ser evitados.

Quando a criança é hospitalizada, a família é “hospitalizada” também, por isso o beneficiário dos cuidados é o binómio criança/família. A Ordem dos Enfermeiros considera a competência para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar, um imperativo, sendo transversal a todos os enfermeiros especialistas (OE, 2010).

É no seio familiar que a criança se desenvolve e esta representa a principal fonte de segurança e de apoio para a criança. Assim sendo, os pais acompanhavam sempre a criança até à porta do bloco operatório e eram incentivados a despedirem-se da criança com um beijinho e dizíamos à criança que a mãe/pai ia só vestir uma bata para ir para junto dela. Quando a criança acordava e ia para o recobro, onde permanecia cerca de 1h, tinha sempre uma das pessoas significativas, habitualmente a mãe, junto a ela. Quando a criança chegava ao recobro era monitorizado o pulso e as saturações de oxigénio, verificava como estava o penso operatório e o acesso venoso periférico, realizava os registos de enfermagem e esclarecia algumas dúvidas que poderiam surgir à mãe, juntamente com a minha enfermeira orientadora.

A família preparada estará também melhor habilitada para participar de maneira mais apropriada nos cuidados pós-operatórios, bem como de continuar a cuidar após a alta hospitalar, de modo a que a criança sinta as suas necessidades satisfeitas (HUERTA, 1996).

Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica sou responsável pelo ensino e a supervisão dos cuidados prestados à criança até que os pais se sintam competentes para os fazer.

É através do brincar que a criança desenvolve aptidões físicas, mentais, emocionais e sociais, dá continuidade ao seu processo de autoconhecimento, mantém contato com a realidade e passa a interagir com o mundo ao seu redor.

No ambiente hospitalar o brincar facilita a comunicação enfermeiro/criança, pois é através da brincadeira que a criança expressa os seus sentimentos, as emoções e as ansiedades. Logo, diminuem o seu sofrimento e conseguem ter uma recuperação mais rápida (HENRIQUE e CAÍRAS, 2006).

O facto de trazerem de casa um brinquedo transmite-lhes segurança e conforto, reduzindo o medo. Quando transportava a criança para o bloco operatório o brinquedo ia com ela, principalmente nas fases toddler e pré-escolar.

O Serviço de Cirurgia Pediátrica encontra-se todo decorado com desenhos nas paredes, incluindo o bloco operatório, tal facto também ajuda a reduzir o medo da criança hospitalizada, bem como a criar um ambiente adequado à infância e acolhedor.

Nas cirurgias de ambulatório as crianças quando saíam do recobro permaneciam connosco cerca de 4h. Quando bem acordadas iniciavam dieta líquida aos poucos. Se tolerassem comiam umas bolachas. Posteriormente ia ajudá-las a realizar o primeiro levante após a cirurgia e incentivava-as a ir à casa de banho. Se tudo fosse tolerado tinham alta. Eu reforçava os ensinamentos efetuados aos pais e à criança e esclarecia dúvidas.

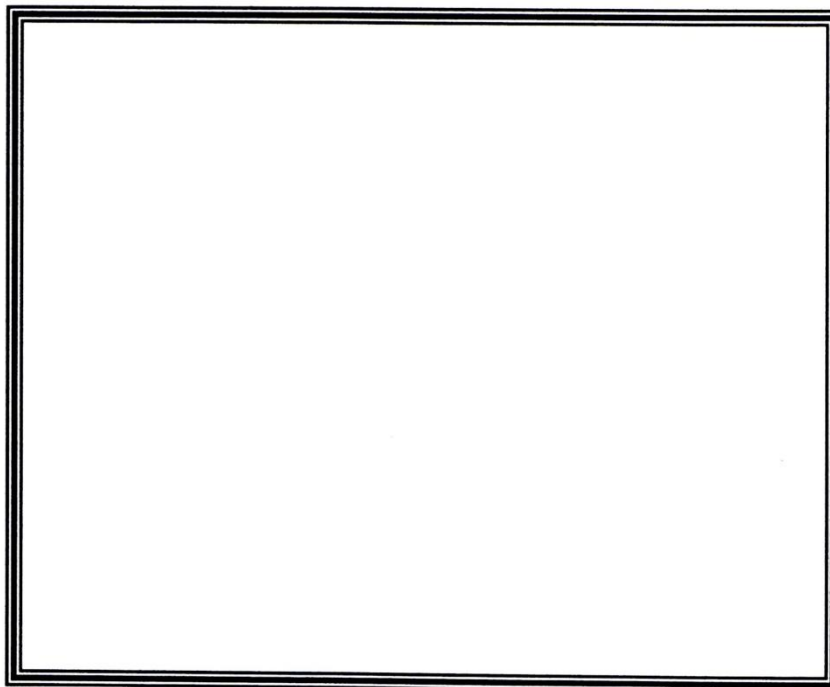
ANEXO VII

A História do Leo

O dia diferente de Leo



Este livro pertence a:



Desenha o teu retrato.

Esta história conta-te como tudo se vai passar e ajuda-te a perceber algumas coisas que vais ver, ouvir e sentir antes e depois de seres operado.

Amanhã o Leo irá ter um dia diferente, vai ser operado. Hoje ele e os seus pais estão atarefados com alguns preparativos.

- Leo...Anda tomar banho...

- Espera mãe...

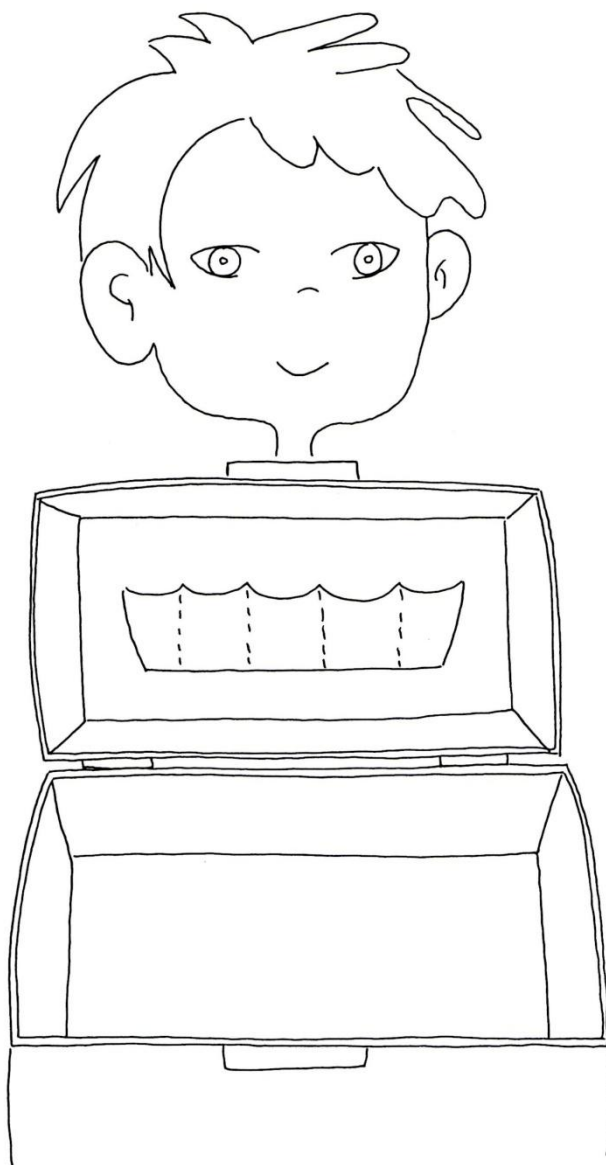
- Anda lá Leo, depois já vais brincar.

O Leo arrumou os carrinhos com que estava a brincar e foi para a casa de banho.

- Mãe é amanhã que vou ter um dia diferente?

- É sim Leo. Depois do banho vamos arrumar a tua mala para levares amanhã.

A mãe colocou na mala um pijama, uns chinelos e o Leo colocou o seu brinquedo preferido para o acompanhar nesta aventura.



Já cheio de sono bebeu um copo de leite quentinho e umas bolachinhas antes de ir dormir.

Na manhã seguinte os pais do Leo foram ao seu quarto acordá-lo bem cedinho.

- Leo! Acorda. – Disse a mãe, enquanto lhe dava beijinhos.
- Vamos filhote, temos de nos despachar! – Disse o pai.



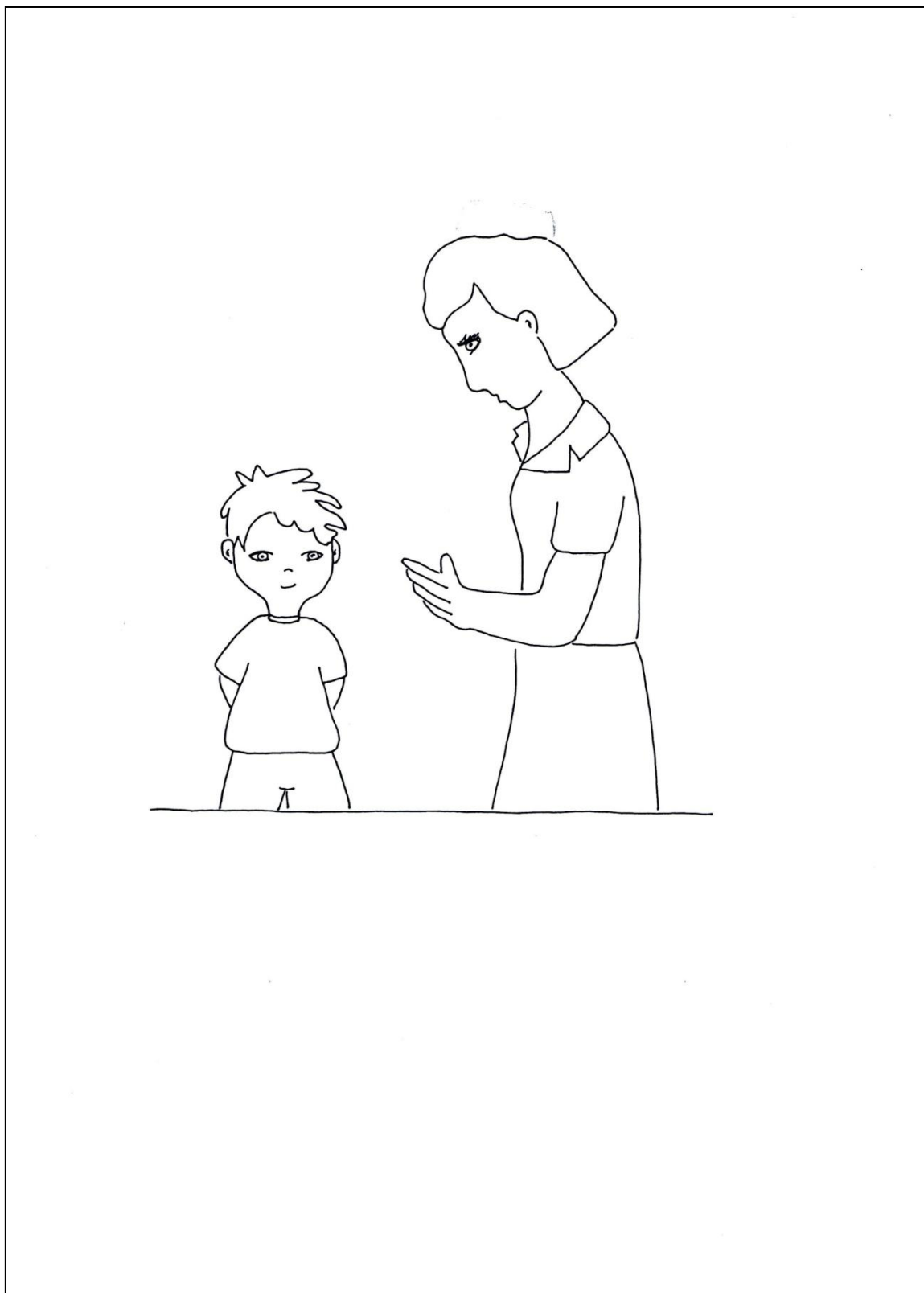
O Leo abriu os olhos, espreguiçou-se, levantou-se da cama e foi à casa de banho, ainda cheio de sono, lavar a cara e os dentes. Depois foi de carro para o hospital acompanhado pelos seus pais.

Proposta de atividade:

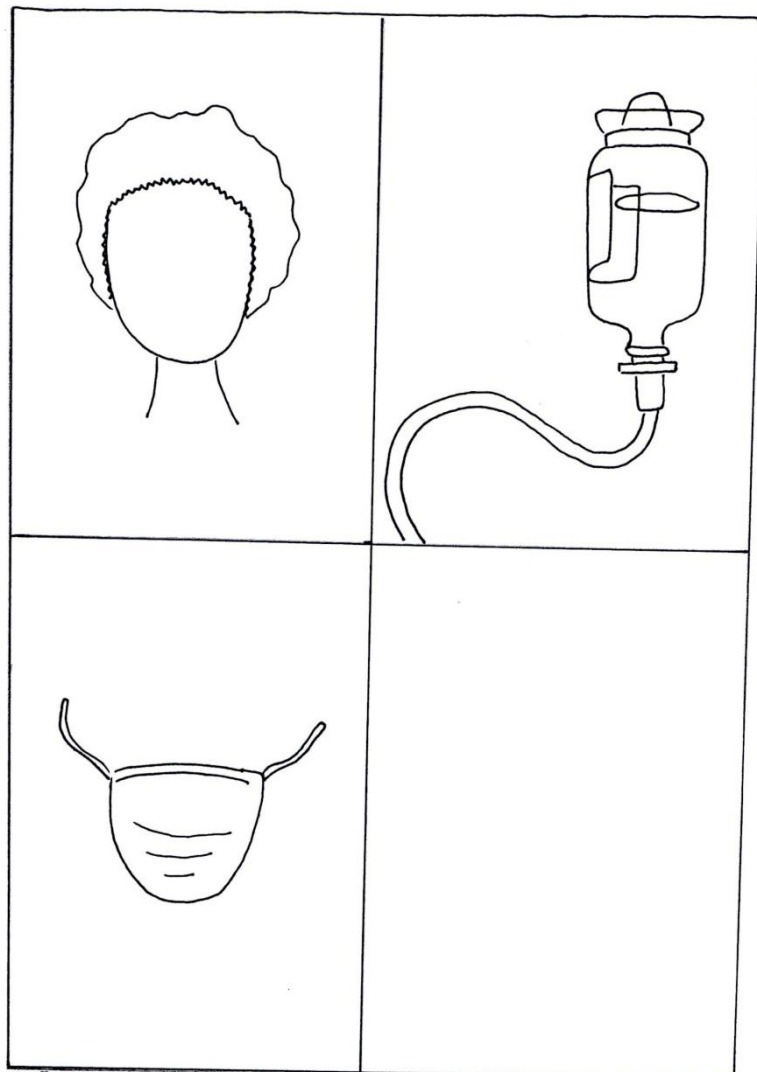
Neste percurso desenha ou escreve o que mais te chamou á
atenção.

Quando chegou ao hospital teve de aguardar numa sala onde estavam outros meninos que iam passar um dia diferente como o seu.

- Olá Leo...Eu sou a enfermeira Catarina, mas podes tratar-me por tia Catarina! Vamos ali para outra sala falar um bocadinho?



O Leo estava um bocadinho envergonhado, nervoso e com medo mas depois de começar a falar com a enfermeira, que lhe explicou o que ia acontecer naquele dia, tudo passou. A enfermeira Catarina mostrou-lhe o kit pré-operatório, que tinha o balão de soro, o balão que tinha de soprar, explicou-lhe que dentro do bloco operatório tinha de estar tudo muito limpinho por isso os médicos e os enfermeiros usavam um fato verde ou azul, uma touca e uma máscara e disse-lhe que quando acordasse os seus pais estariam junto a ele.



Depois da conversa, a enfermeira foi mostrar ao Leo qual era a sua cama e disse-lhe para vestir o seu pijama e que enquanto aguardava para ir soprar o balão podia brincar com o seu brinquedo preferido e os seus novos amiguinhos.

Após algum tempo de brincadeira a enfermeira foi junto do Leo com um xarope cor-de-rosa.

- Leo, agora vais engolir depressa este xarope cor-de-rosa e docinho, porque se demorares muito tempo a engolir ele fica um bocadinho amargo.

O Leo foi um valente e engoliu o xarope muito depressa e aguardou que a enfermeira Catarina o chamasse novamente.

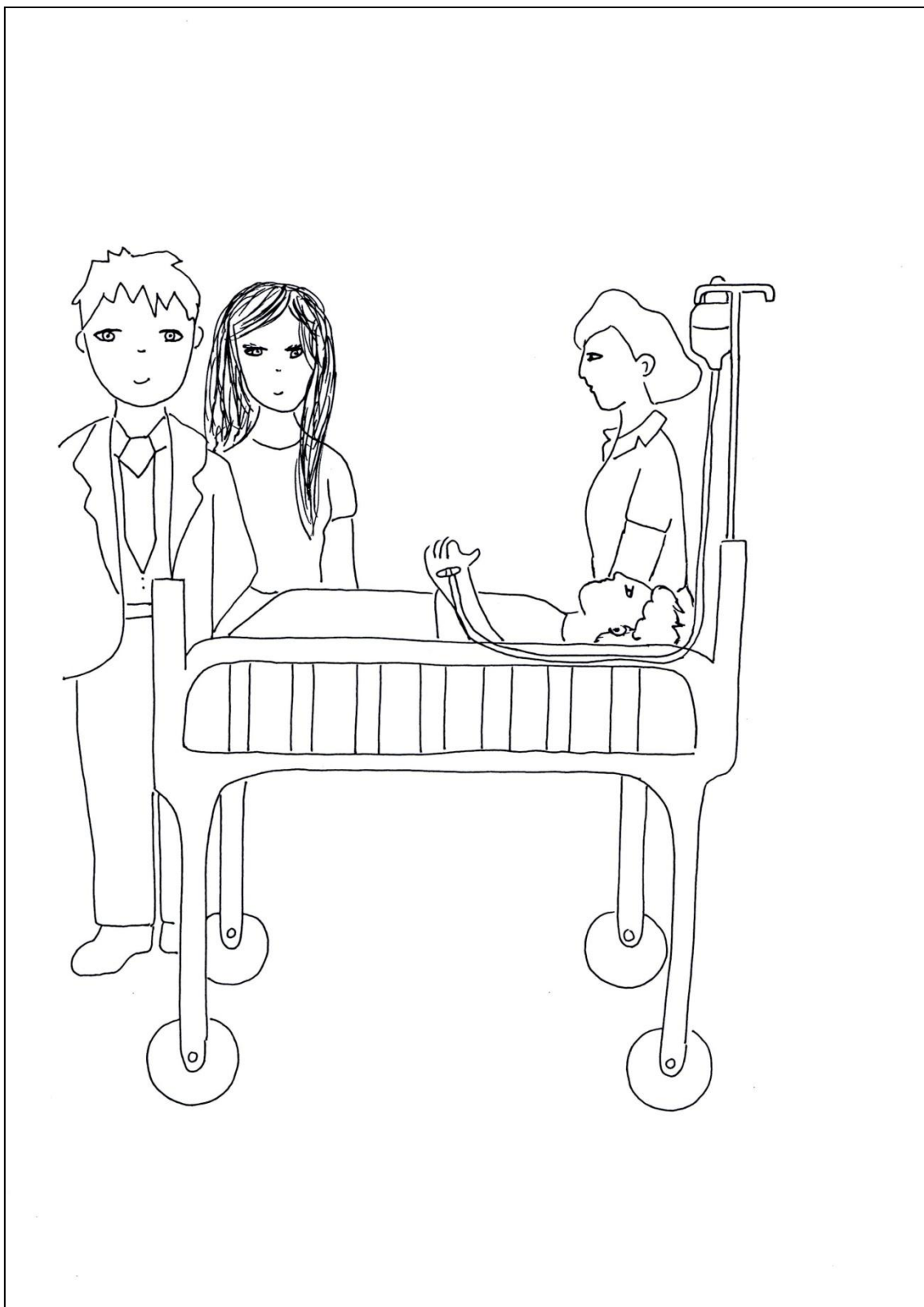
- Leo... agora é a tua vez de ires soprar o balão.

O Leo deu um beijinho aos seus pais e foi com as enfermeiras vestidas de verde, de toca e com uma máscara, soprar o balão e adormeceu.

Quando acordou tinha a sua mãe junto a si, também vestida com uma bata azul e uma touca verde.

De repente ouve a voz da enfermeira Catarina, que o tinha ido buscar para o levar para a sala onde tinha estado antes de ir soprar o balão e onde estavam os seus novos amiguinhos que o estavam a acompanhar nesta aventura. Naquela salinha bebeu um sumo e depois comeu umas bolachinhas, juntamente com os seus amiguinhos.

Depois o Leo foi para casa com os seus pais. Chegou ao fim o dia diferente do Leo. Foi um dia em cheio, fez novos amigos e já não tem medo de ir ao hospital. Agora tem uma aventura para contar na escola.



ANEXO VIII

Impacto da Hospitalização nas Fases Pré-Escolar e Escolar



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Módulo II: Hospital de Santa Maria - Serviço de Cirurgia Pediátrica

Impacto da Hospitalização nas Fases Pré-Escolar e Escolar

Elaborado por:

Tânia Sofia Pascoal dos Santos

Sob Orientação da EESIP:

Enfermeira Marta Esteves

Sob Orientação Tutorial:

Professora Elisabete Nunes

Lisboa

Fevereiro 2013

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	iii
2 – CRIANÇA HOSPITALIZADA	iv
3 – ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO	v
3.1 – Criança em Idade Pré-Escolar	v
3.2 – Criança em Idade Escolar	vi
4 – A FAMÍLIA E A CRIANÇA HOSPITALIZADA	vii
5 – ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO	ix
6 – CONCLUSÃO	xi
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xii

1 – INTRODUÇÃO

A infância é um período de grande importância no desenvolvimento do ser humano, tanto ao nível da personalidade, como das capacidades cognitivas, capacidades psicossociais e crescimento biológico. O desenvolvimento e o crescimento da criança não dependem apenas da maturação biológica, mas também das condições do meio ambiente onde vive. Assim, dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontra, a criança reagirá de modo diferente para se adaptar ao meio que a rodeia (BORTOLOTE e BRÊTAS, 2008).

O desenvolvimento significa que existe uma sucessão de acontecimentos organizados, em que para se chegar a um estágio mais complexo tem que se passar por um menos diferenciado, implicando crescimento, amadurecimento e aprendizagem (WHALEY E WONG, 2006). Deste modo, todas as experiências vivenciadas pela criança vão influenciar o seu desenvolvimento, tudo depende da forma como o stress é vivenciado e do apoio que recebe das pessoas de referência, no sentido de mobilizar estratégias moderadoras (RODRIGUES e RODRIGUES, 2009).

Posto isto, um episódio de doença e hospitalização pode significar um trauma, bem como um atraso ou até mesmo interrupção no processo de crescimento e desenvolvimento da criança (DIAS, 1988 citado por BORTOLOTE e BRÊTAS, 2008). Por outro lado, a doença e hospitalização pode contribuir de forma positiva para o seu desenvolvimento (RODRIGUES e RODRIGUES, 2009).

2 – CRIANÇA HOSPITALIZADA

Falar em hospitalização em pediatria, implica falar em separação, nomeadamente do ambiente familiar físico e afetivo e das rotinas habituais. A criança tem dificuldade em aceitar as restrições da hospitalização, no que diz respeito à dieta, à permanência no leito, estar ligada a máquinas e num ambiente desconhecido, das quais os pais não a defendem (JORGE, 2004). Todas estas restrições condicionam os estímulos que são essenciais para o desenvolvimento da criança, podendo levar a algumas regressões, devido às perturbações psicológicas e afetivas (ansiedade, oposição, dificuldades de adaptação) que a criança sofre com o internamento (BORTOLOTE e BRÊTAS, 2008). Muitas vezes, as consequências do internamento, no desenvolvimento da criança, só são observadas após a alta. Quando a criança regressa a casa e são retomadas as rotinas familiares diárias, é frequente ocorrerem algumas alterações de comportamento. A criança exige maior atenção parental, retrocede em alguns hábitos que realizava de forma autónoma (tomar banho, comer), mostra-se mais mimada e sensível e as birras são mais frequentes (BARROS, 2003).

Assim, a doença e a hospitalização provocam uma crise na vida da criança, pelo que esta procura estratégias de ajustamento que podem influenciar o seu comportamento com a permanência no hospital (PORTELA e GRAVETO, 2011). Mas o facto de procurar estratégias pode ser vista como um momento de aprendizagem e desenvolvimento, pois pode possibilitar o estabelecimento de relações positivas e apoiantes com elementos da equipa de saúde e de uma relação mais próxima com os familiares. Permite, também, que a criança aprenda o que é capaz de fazer face à dor, a estar num lugar estranho e longe de casa, a desembaraçar-se, a solicitar ajuda e apoio de diferentes adultos e a diminuir o medo, a ansiedade e a dor (BARROS, 2003).

3 – ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO

Ao longo das várias etapas do desenvolvimento da criança vão ocorrer períodos previsíveis de desorganização, pelo que a prevenção através de cuidados antecipatórios e a construção de uma aliança entre os pais e os profissionais são de extrema importância (BRAZELTON, 2003).

Dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontra, a criança reagirá de modo diferente para se adaptar ao meio circundante. Assim, torna-se essencial que os enfermeiros em pediatria atuem eficazmente para minimizar as consequências negativas da hospitalização.

3.1 – Criança em Idade Pré-Escolar

As crianças em idade pré-escolar desejam realizar atividades próprias dos adultos, ultrapassando muitas vezes os limites estabelecidos pelos pais, sentindo-se posteriormente culpados por isso. Logo, veem a doença e a hospitalização como uma punição pelos seus erros (WHALEY e WONG, 2006).

Apesar de nesta idade a criança já conseguir estabelecer relacionamentos interpessoais mais seguros, ou seja, conseguem permanecer separados dos pais por curtos períodos e são capazes de desenvolver confiança noutros adultos significativos, em caso de doença e hospitalização, a criança torna-se renitente à separação e demonstra ansiedade através de recusa alimentar, dificuldade em adormecer, chora baixinho ou faz birras, recusa brincar com outras crianças, deseja colo e pergunta continuamente pelos seus pais (WHALEY e WONG, 2006).

O pensamento mágico e egocêntrico que caracteriza os pré-escolares, limita a sua capacidade para compreender os acontecimentos e desperta a curiosidade para compreenderem como acontecem as coisas (idade dos porquês). É através desta curiosidade pelo mundo que a rodeia, que a criança faz novas descobertas e aumenta a percepção para o compreender. (WHALEY e WONG, 2006).

Tornar-se mais dependente, nesta fase, pode ser um sinal de regressão no desenvolvimento da criança (WHALEY e WONG, 2006).

3.2 – Criança em Idade Escolar

As crianças em idade escolar possuem maior capacidade para enfrentar a separação, mas a hospitalização aumenta, muitas vezes, a necessidade de segurança e orientação por parte dos pais/cuidadores (WHALEY e WONG, 2006).

Nesta faixa etária a criança adquire um elevado nível de desenvolvimento físico e mental, começando a ser notória a luta pela independência e produtividade, logo torna-se mais vulnerável a situações que diminuem o seu controlo e poder, tais como, a incapacidade física, o medo da morte, o abandono, perda de aceitação pelos pares, falta de produtividade e incapacidade para lidar com o stress. Tal facto faz com que sintam solidão, tédio, isolamento e depressão quando hospitalizada (WHALEY e WONG, 2006).

Os pais e outras figuras cuidadoras, nomeadamente os enfermeiros, com objetivo de ajudarem a criança a realizar as suas tarefas próprias desta faixa etária devem dar-lhe e expressar-lhe um amor incondicional, estabelecer-lhe limites, fornecer-lhe valores e regras, dar oportunidade à criança de arranjar estratégias para lidar com os problemas, embora com supervisão e apoio de um adulto e encorajar a comunicação de modo a que os assuntos, expectativas, sentimentos e problemas possam ser discutidos e partilhados (GROTBERG, 1995 citado por RODRIGUES e RODRIGUES, 2009).

4 – A FAMÍLIA E A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A família impõe-se como referência fundamental quando se pensa em cuidados pediátricos, pois não há ninguém que conheça tão bem os seus filhos como os próprios pais (JORGE, 2004). As crianças dependem dos seus pais (ou substitutos) quanto aos cuidados físicos, psicológicos, formação educacional e social.

Nos últimos anos têm surgido grandes mudanças nos cuidados de saúde prestados à criança. Abandonou-se a ideia de criança “isolada” para a incluir no seio da sua família, na comunidade e no ambiente, dando-se cada vez mais importância à promoção da saúde durante o seu desenvolvimento. Assim, a grande mudança diz respeito à possibilidade que os pais têm de fazerem parte integrante no internamento. Está previsto na legislação portuguesa o acompanhamento familiar permanente da criança hospitalizada com idade até aos 18 anos (Dec. Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro).

É no seio familiar que se inicia a socialização da criança, logo com a hospitalização este marco importante para o desenvolvimento da criança fica comprometido. Um acompanhamento constante da criança hospitalizada permite melhorar a assistência à criança e a sua adaptação, pois sentem-se mais seguras e protegidas, o que a leva a reagir mais positivamente ao ambiente hospitalar, ou seja, a presença de pessoas significativas para a criança, reduz os traumas psicológicos e emocionais da hospitalização. Esta ligação afetiva saudável e permanente entre pais e filhos é um processo complexo e de extrema importância para o desenvolvimento da criança, constituindo-se como base da sua saúde mental e também para a estabilidade psicológica de ambos. Por outro lado, se a criança ficar privada desta relação afetiva, vão ocorrer alterações no seu desenvolvimento social. A criança vai sentir e demonstrar uma necessidade exagerada de amor, angústia e sentimentos de vingança, ou será mesmo incapaz de estabelecer relações com outras pessoas (PORTELA e GRAVETO, 2011).

A hospitalização de uma criança torna-se um momento particular na vida familiar. Esta experiência desencadeia sentimentos de angústia, stress, dor e muitas vezes sentimentos de culpa (MENDES, 2008). Muitos pais julgam que os seus filhos foram internados porque falharam no seu papel de pais e nas expectativas de si próprios (JORGE, 2004).

A equipa de enfermagem, logo após o primeiro contacto com a criança/família deve ter uma atitude empática, compreensiva, honesta, acolhedora e cuidadosa, uma escuta atenta e capacidade para estar próximo do outro, valorizando todos os momentos, pois

só assim consegue criar uma relação de confiança que ajude a reduzir medos, angústias e ansiedade provocada pela hospitalização (TEIXEIRA, 2002, citado por PORTELA e GRAVETO, 2011).

O enfermeiro é o profissional que mais tempo está presente nos cuidados que são prestados à criança, ou seja, é a figura central na vida da criança hospitalizada, pelo que está mais desperto para uma avaliação contínua da sua evolução clínica, apoiando os pais durante os cuidados, de modo a prepará-los para a alta. Logo, a equipa de enfermagem é o pilar desde a entrada da criança/família no hospital até ao momento da alta, dando atenção a diversas variáveis complexas, como o conforto da criança, a recuperação de uma estabilidade funcional, o estado emocional dos pais e as diversas dúvidas que os pais ou criança possam apresentar (MORÃO, 2009).

5 – ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO

Os enfermeiros em pediatria podem adotar um número de recursos e medidas para promover a assistência mais humanizada da criança e diminuir o impacto da hospitalização.

O facto de se permitir a presença contínua dos pais durante a hospitalização, permite melhorar a assistência e a adaptação da criança, pois ao sentirem-se mais seguras e protegidas, reagem de forma mais positiva ao ambiente hospitalar. Deve ser também permitida a visita de outras pessoas significativas para a criança, com o objetivo de preservar a continuidade da sua vida antes da hospitalização. A privação da relação afetiva implica uma alteração no desenvolvimento social, logo a criança sente e demonstra uma necessidade exagerada de amor, angústia, sentimentos de vingança e incapacidade para estabelecer relação com outras pessoas (PORTELA e GRAVETO, 2011).

Outra estratégia que se pode utilizar é restringir o número de profissionais que cuida da criança, de modo a se estabelecer uma relação de proximidade e confiança com a criança (PORTELA e GRAVETO, 2011). Para se criar este tipo de relação e para diminuir a ansiedade da criança provocada pela hospitalização, torna-se relevante que os profissionais de saúde não invadam o espaço da criança, lhe expliquem os procedimentos utilizando uma linguagem adequada ao seu estágio de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, devem permitir que a criança manipule/explore os objetos desconhecidos do meio hospitalar (estetoscópio, seringas, compressas...) (MEIRA, 1999).

A brincadeira é considerada bastante importante durante a hospitalização, pois além de proporcionar o desenvolvimento físico, mental, emocional e a socialização da criança, é através da brincadeira que a criança expressa os seus medos, angústias e dúvidas. Assim se os profissionais de saúde a incentivarem a brincar e estiverem atentos às suas atitudes enquanto brinca, conseguem diminuir o seu sofrimento e possibilitar uma recuperação mais rápida (HENRIQUE e CAÍRAS, 2006). Deve ainda ser incentivado a presença do objeto/brinquedo preferido/de referência para a criança pois este consegue transmitir-lhe segurança, calma e conforto (COLLET e OLIVEIRA, 2002).

Os profissionais de saúde devem ainda ter especial atenção ao ambiente onde a criança está envolvida. Se proporcionarem um ambiente calmo, tranquilo e acolhedor, através da diminuição do ruído, da diminuição da iluminação, falarem num tom de voz baixo e

suave e decorarem os serviços com desenhos/bonecos conseguem diminuir o medo e a ansiedade que a hospitalização provoca na criança (COLLET e OLIVEIRA, 2002).

Para além destes recursos, o enfermeiro podem intervir junta da criança e sua família mobilizando também os recursos já existentes na dinâmica familiar (RODRIGUES e RODRIGUES, 2009).

6 – CONCLUSÃO

O desenvolvimento biopsicossocial da criança, que está dependente do meio e principalmente do adulto, consiste em proporcionar condições de afeto, segurança, estimulação e aprendizagem, que possibilitam o desenvolvimento harmonioso, tanto a nível emocional, como psicomotor, linguístico e cognitivo (FONSECA, 1986, citado por BORTOLOTE e BRÊTAS, 2008).

Muitas são as manifestações que a hospitalização provoca na criança, o que condicionará o seu desenvolvimento físico, psicológico, emocional e afetivo adequado.

A crise da hospitalização na infância afeta cada membro da família, uma vez que a família é um sistema de partes interdependentes, cuja mudança em qualquer membro do sistema provoca uma mudança em cada um dos outros membros (WHALEY e WONG, 2006).

O enfermeiro deve incentivar o acompanhamento parental, pois ao promover uma relação entre os pais e os filhos estão a ganhar o futuro, uma vez que os pais proporcionam segurança, equilíbrio emocional e a recuperação da criança no período de internamento (PORTELA e GRAVETO, 2011).

Brincar é a atividade mais importante da vida da criança e é crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É através da brincadeira que a criança comunica com o meio em que vive e expressa os seus sentimentos, ansiedades e frustrações, quando não consegue expressar-se verbalmente (HENRIQUE e CAÍRAS, 2006).

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, Luísa – **Psicologia pediátrica. Perspetiva desenvolvimentista**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-081-2.
- BORTOLOTE, Giovana Soares; BRÊTAS, José Roberta da Silva – O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo** (2008). p.422-428.
- BRAZELTON, Terry B. – Brazelton Touchpoint Center. [Em linha] (2009). [Consult. 23/10/2012].
Disponível em <http://www.brazeltontouchpints.org/about/what-is-touchpoints/>
- COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz – **Manual de Enfermagem em Pediatria**. Goiânia: ABDR, 2002. p. 339.
- HENRIQUES, D. C.; CAÍRAS, F. M. - **A criança hospitalizada: Manual de orientação aos pais**. [Em linha] [Consult. 12/10/2012].
Disponível em:
http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1131&tipo_detalhe=s.
- JORGE, Ana Maria – **Família e Hospitalização da Criança. (RE) Pensar o cuidar em enfermagem**. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-79-7.
- MEIRA, A. et al. - O universo infantil chega aos hospitais: hospitais mais próximos do universo da criança. **Coren-SP**, nº. 3 (1999).
- MENDES, Rosa Maria das Neves – Hospitalização das Crianças: Olhares Cruzados. **Revista Nursing**. n.º 237, ano 18 (Setembro 2008). p.14-19.
- MOURÃO, E. – Ser enfermeiro em pediatria. **Revista Nursing**. n.º 242, ano 21 (Fevereiro 2009). p. 13-18.
- PORTELA, C.; GRAVETO, J. – Enfermagem e a criança hospitalizada: Participação parental nos cuidados. **Revista Nursing**. n.º 271, ano 23 (Julho 2011). p. 10-14.
- RODRIGUES, Joana Rita Guarda da Venda e RODRIGUES, Patrícia Gonçalves – Elo mais forte – A promoção da resiliência na primeira hospitalização da criança. **Revista Nursing**. n.º 241, ano 21 (Janeiro 2009). p. 38-44.
- WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. – **Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006. ISBN: 85-352-1918-8.

ANEXO IX

Folheto: Impacto da Hospitalização nas Fases Pré-Escolar e Escolar



Impacto da Hospitalização nas fases Pré-Escolar e Escolar



Realizado por:
Tânia Santos

Curso de mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

Sob Orientação:
Enf.^a Marta Esteves

Sob Orientação Tutorial:
Prof.^a Elisabete Nunes

Fevereiro 2013

Introdução

- ❖ A **infância** é um período de grande importância no **desenvolvimento** do ser humano, tanto ao nível da **personalidade**, como das **capacidades cognitivas**, **capacidades psicossociais** e **crescimento biológico**.
- ❖ O desenvolvimento e o crescimento da criança não dependem apenas da maturação biológica, mas também das **condições do meio ambiente onde vive**.
- ❖ Dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontra, a criança **reagirá de modo diferente para se adaptar ao meio que a rodeia**.



Criança Hospitalizada

- ❖ A criança tem **dificuldade em aceitar as restrições da hospitalização**, das quais os pais não a defendem:
 - Dieta;
 - Permanência no leito;
 - Estar ligada a máquinas;
 - Estar num ambiente estranho.
- ❖ Todas estas restrições condicionam os estímulos que são essenciais para o desenvolvimento da criança, podendo levar a **algumas regressões**, devido às perturbações psicológicas e afetivas.



- ❖ Assim, a **doença e a hospitalização** provocam uma **crise** na vida da criança, pelo que esta procura **estratégias de ajustamento** que podem influenciar o seu comportamento com a permanência no hospital.
- ❖ O facto de procurar estratégias pode ser vista como um **momento de aprendizagem e desenvolvimento**.

Etapas do Desenvolvimento

- ❖ É essencial que os enfermeiros em pediatria atuem eficazmente para **minimizar** as consequências **negativas da hospitalização**.

Idade Pré-Escolar

- ❖ Desejam **realizar atividades próprias dos adultos**, **ultrapassando** muitas vezes os **limites** estabelecidos pelos pais, sentindo-se posteriormente **culpados** por isso. Logo, veem a doença e a hospitalização como uma **punição pelos seus erros**.
- ❖ Conseguem permanecer **separados dos pais** por **curtos períodos** e são capazes de desenvolver **confiança** noutros **adultos significativos**.



- ❖ Em caso de **doença e hospitalização**, a criança torna-se **renitente à separação** e demonstra **ansiedade** através de recusa alimentar, dificuldade em adormecer, chora baixinho ou faz birras, recusa brincar com outras crianças, deseja colo e pergunta continuamente pelos seus pais.

- ❖ Têm pensamento mágico e egocêntrico.



Idade Escolar

- ❖ **Maior** capacidade para enfrentar a separação.
- ❖ Começa a ser notória a **luta pela independência e produtividade**, logo torna-se mais vulnerável a situações que diminuam o seu controlo e poder, tais como, a incapacidade física, o medo da morte, o abandono, perda de aceitação pelos pares, falta de produtividade e incapacidade para lidar com o stress. Tal facto faz com que sinta solidão, tédio, isolamento e depressão quando hospitalizada.



¶ Família e a Criança Hospitalizada

- ❖ Os pais têm o **direito** de fazerem parte integrante no internamento dos seus filhos.
- ❖ É no **ceio familiar** que se **inicia a socialização** da criança, logo com a hospitalização este marco importante para o desenvolvimento da criança fica comprometido.
- ❖ Um acompanhamento constante da criança hospitalizada permite **melhorar a assistência** à criança e a sua **adaptação**, pois sentem-se mais **seguras e protegidas**, o que a leva a reagir **mais positivamente** ao ambiente hospitalar.
- ❖ A hospitalização de uma criança torna-se um momento particular na vida familiar. Esta experiência desencadeia sentimentos de **angústia, stress, dor** e muitas vezes sentimentos de **culpa**.

¶ Estratégias para reduzir o Impacto da Hospitalização

- ❖ Permitir a presença contínua dos pais durante a hospitalização;
- ❖ Permitir a visita de outras pessoas significativas para a criança;



- ❖ Restringir o número de profissionais que cuida da criança;
- ❖ Proporcionar momentos de brincadeira;
- ❖ Incentivar a presença do objeto/brinquedo preferido/de referência para a criança;
- ❖ Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e acolhedor, através da diminuição do ruído, da diminuição da iluminação, falarem num tom de voz baixo e suave e decorarem os serviços com desenhos/bonecos.



¶ Conclusão

- ❖ O desenvolvimento biopsicossocial da criança, que está dependente do meio e principalmente do adulto, consiste em proporcionar condições de afeto, segurança, estimulação e aprendizagem, que possibilitam o desenvolvimento harmonioso, tanto a nível emocional, como psicomotor, linguístico e cognitivo.
- ❖ Muitas são as manifestações que a hospitalização provoca na criança, o que condicionará o seu desenvolvimento físico, psicológico, emocional e afetivo adequado.
- ❖ O Enfermeiro deve utilizar estratégias para diminuir o impacto negativo da hospitalização na criança.