



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem**

Marco Luís Valente Oliveira

Porto, Março de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Elaborado por: Marco Luís Valente Oliveira

Orientado por: Mestre Maria Clara Braga

Porto, Março de 2011

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade descrever de forma sucinta e rigorosa o trabalho desenvolvido no estágio do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa que decorreu no período de 4 de Outubro de 2010 até 29 de Janeiro de 2011, com um total de 360 horas de contacto na Unidade São Sebastião do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga.

Foi possível assistir a criança doente e família ao longo dos contextos de estágio em serviços de internamente hospitalar já que foi atribuída creditação ao módulo I que corresponde aos Cuidados de Saúde Primários.

Ao enfermeiro que desenvolve a sua actividade junto da criança/família, é-lhe solicitado um profundo conhecimento e sua aplicação na área da especialidade da saúde infantil e pediátrica. Todas as intervenções retratadas neste documento, são direccionadas à resposta aos objectivos elaborados ao longo do percurso do estágio, tendo como propósito o desenvolvimento e evidência das competências do enfermeiro especialista na área acima referida. Essas intervenções efectuadas centram-se sobretudo no trabalho em equipa com as famílias, fomentando e promovendo o papel parental e no apoio às transições vivenciadas pela díade. As várias experiências e oportunidades de contacto, conjuntamente com os conhecimentos na área da Saúde Infantil e Pediátrica foram as condições fundamentais que se conjugaram com o intuito de obter o Grau de Mestre em Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVES:

Enfermagem, parentalidade, criança hospitalizada, promoção da saúde

ABSTRACT

This report aims to describe in a succinct and thorough the work developed in the stage of the Masters course in Nursing with a Specialization in Child Health and the Pediatric Institute of Health Sciences in Porto, of the Portuguese Catholic University that took place during the period of October 4, 2010 until January 29, 2011, with a total of 360 hours of contact in the Unity São Sebastião of the Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga.

It was possible to watch the sick child and family along the contexts of internship in services of internally hospital already that was allocated crediting the module I that corresponds to the Primary Health Care.

The nurse who develops its activity with the child/family, and he asked an in-depth knowledge and its application in the area of specialty of child health and pediatrics.

All interventions portrayed in this document, are targeted to meet the objectives drawn up along the way of the stage, with a view to the development and evidence of the powers of the nurse specialist in the area referred to above. These operations are focused primarily on the work in a team with the families, fostering and promoting the parental role and in support of the transitions experienced by dyad. The various experiences and opportunities for contact, together with the knowledge in the area of Child Health and Pediatric were the basic conditions that have joined with the intention of obtaining a Master Degree in Nursing.

KEY-WORD:

Nursing, parenting, child hospitalized, health promotion

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório contou com o contributo de várias pessoas que não podem deixar de ser realçadas e por essa razão a todos sem excepção um muito obrigado.

À orientadora Mestre M^a Clara que sempre conseguiu mostrar o caminho certo para além do que estava escrito e que sem a sua ajuda não teria chegado ao final desta caminhada.

Aos profissionais que se cruzaram na minha caminhada que me apoiaram e me integraram como elemento efectivo da equipa.

Aos meus sempre amigos Quim Tó e Filipe pela paciência de ver nas linhas que eu redigi o percurso percorrido.

À minha família pela motivação, compreensão e paciência que demonstraram ao longo destes meses.

Finalmente, a todos os amigos que tornaram directa ou indirectamente possível a execução deste trabalho.

Um muito obrigado.

Todos foram de uma maneira ou de outra uns dos pilares fundamentais para a concretização deste relatório.

ABREVIATURAS & SIGLAS

ARS	Administração Regional de Saúde
COMP	Competência
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direcção Geral de Saúde
EESIP	Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EPE	Entidade Pública Empresarial
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
NIDCAP [®]	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
NIPS	Neonatal Infant Pain Score
OBS	Observação
OE	Ordem dos Enfermeiros
SAPE [®]	Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem
SU	Serviço de Urgência
UCP	Universidade Católica Portuguesa
ULS	Unidade Local de Saúde
USCP	Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO	13
1. PERCURSO PROFISSIONAL ANTERIOR AO ESTÁGIO	15
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	17
3. COMPETÊNCIAS EVIDENCIADAS NA ÁREA DA SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	19
3.1 ÁREA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	19
3.2 ÁREA DA GESTÃO.....	37
3.3 ÁREA DA FORMAÇÃO.....	40
3.4 ÁREA DA INVESTIGAÇÃO.....	44
4.CONCLUSÃO	47
BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS	53
ANEXO I - Cronograma do Estágio.....	55
ANEXO II - Caracterização do Internamento de Pediatria	59
ANEXO III - Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica	63
ANEXO IV - Caracterização da Neonatologia	67
ANEXO V - Triage de Enfermagem, prioridades instituídas	71
ANEXO VI- Proposta para a criação de um Cantinho de Amamentação.....	75
ANEXO VII - Guia de Acolhimento aos Pais (1)	87
ANEXO VIII - Guia de Acolhimento aos Pais (2)	91
ANEXO IX - Questionário sobre a Prática de Cuidados ao Coto Umbilical	95
ANEXO X - Resultado e gráfico sobre a prática de cuidados ao Coto Umbilical	101
ANEXO XI - Resultado e gráfico sobre periodicidade dos cuidados ao Coto Umbilical .	105
ANEXO XII - Plano de Formação com o tema: Banho do Recém-nascido e cuidados ao Coto Umbilical	109
ANEXO XIII - Formação com o tema: Banho do Recém-nascido e Cuidados ao Coto Umbilical.....	113

ANEXO XIV- Avaliação e Análise da Formação “Banho ao Recém-Nascido e Cuidados ao Coto umbilical”	123
ANEXO XV- Plano de Formação com o tema: Febre	129
ANEXO XVI - Formação com o tema: Febre	133
ANEXO XVII- Avaliação e Análise da Formação: Febre	139
ANEXO XVIII- Panfleto: Vale a pena prevenir! Febre.....	145
ANEXO XIX - Questionário feito as mães sobre o aleitamento materno	149
ANEXO XX - Panfleto sobre o “Aleitamento Materno - Algumas recomendações.....	155
ANEXO XXI - Análises dos resultados obtidos das respostas das mães sobre o Aleitamento Materno	159
ANEXO XXII - Plano de Sessão sobre Amamentação	165
ANEXO XXIII - Diapositivos da apresentação sobre Amamentação	169

0.INTRODUÇÃO

As crianças são seres em desenvolvimento e necessitam de cuidados específicos e adequados a cada etapa do seu crescimento. No atendimento à criança/família em qualquer contexto de assistência de enfermagem, é solicitado ao enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, competências diversas que respondam as necessidades identificadas. A Ordem dos Enfermeiros (2010 a: 69), numa reflexão que faz sobre os cuidados à criança refere que esta *“... é um ser vulnerável, facto que não deverá impedir o interesse e compreensão da sua vontade, consagrando-se o maior respeito e o dever de lhe proporcionar condições favoráveis a um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados directos como os principais promotores desse desenvolvimento”*, pelo que em conjunto enfermeiro e família, deverão proporcionar o acompanhamento da criança no seu crescimento físico e intelectual o mais saudável possível.

A elaboração deste relatório enquadra-se no Estágio com os respectivos – **Módulo II: Internamento de Pediatria e Módulo III: Serviço de Urgência e Serviço de Neonatologia**, do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências de Saúde do Porto. Não estando contemplado o Modulo I referente à saúde infantil por ter sido obtida a creditação do mesmo.

Pretendeu-se com este estágio, o aprofundamento de saberes, aptidões e competências que habilitem para a prestação e gestão de cuidados especializados na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

Para além de ser uma das formas de avaliação, este relatório possibilitou efectuar uma análise crítica do desempenho e do desenvolvimento das competências durante o processo de aprendizagem, assim como, reflectir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo uma ascensão a nível do pensamento reflexivo e auto-critico, relativo ao percurso pessoal e profissional da perspectiva do seu autor. Facultou ainda descrever o trabalho desenvolvido, expor as actividades empreendidas para chegar às conclusões expostas nas respectivas reflexões. Este relatório visa também responder aos objectivos gerais propostos pelo plano de estudos do curso, pelo que deverá expressar a aquisição de:

- ✓ Conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em saúde infantil e pediatria;

- ✓ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, explicar soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, desenvolvendo reflexões sobre as implicações éticas e sociais resultantes dessas situações e juízos ou os condicionem;
- ✓ Capacidade de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades.

No seguimento destes objectivos gerais sobrevieram as competências que foram evidenciadas ao longo destes meses que são alvo de reflexão ao longo do texto.

Para a realização deste relatório e por uma questão de organização foi usada a metodologia descritiva e reflexiva, encontrando-se o mesmo estruturado por capítulos. Numa primeira abordagem é feita uma breve referência as competências já adquiridas profissionalmente como enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários, seguido de uma breve contextualização ao local onde decorreu o estágio. Numa segunda fase e para uma melhor exposição das competências demonstradas durante este estágio, estas estão divididas por quatro áreas distintas: **área da prestação de cuidados, área da formação, área da gestão** e a **área da investigação** seguido das actividades e respectivas reflexões. Por fim uma conclusão com a análise geral, a bibliografia e os anexos.

A realização deste relatório foi cimentada de acordo com o projecto de estágio, o portfólio e pesquisa bibliográfica, que se revelaram fundamentais para consolidar os novos conhecimentos construídos ao longo destes meses.

Transcrever para o papel tudo o que foi realizado, através de uma análise cuidada é uma árdua tarefa, mesmo assim teve consciência do esforço que foi feito para tornar este relatório uma realidade, tentando não omitir nenhum facto que tenha sido importante para a sua concretização.

1. PERCURSO PROFISSIONAL ANTERIOR AO ESTÁGIO

As competências adquiridas ao longo do percurso de vida profissional não podem ser denegáveis ou olvidadas sendo pertinente fazer referências as mesmas neste capítulo do relatório, para a compreensão da atribuição da creditação ao Modulo I.

Exerce a actividade profissional nos cuidados de saúde primários desde 2000 até à presente data. Actualmente é o enfermeiro responsável de duas unidades de saúde (Lever e Lomba), num total de 6682 utentes entre eles 4886, inscritos em Lever, e 2096 na unidade da Lomba.

O enfermeiro, no contexto dos cuidados de saúde primários, encontra-se numa posição privilegiada para detectar e reconhecer potenciais riscos para a saúde e em conjunto com todos os intervenientes negociar o melhor encaminhamento.

Ao longo dos anos fomentou e organizou a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil que não existia, onde em conjunto com a equipa médica são calendarizadas as consultas importantes a cada etapa na vida da criança/adolescente. A calendarização da vacinação é feita de modo a beneficiar e rentabilizar cada vinda à respectiva unidade. O trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar permite detectar e encaminhar situações consideradas de risco que possam afectar negativamente a qualidade de vida, podendo ser necessário recorrer à colaboração do psicólogo, nutricionista e assistente social. Através das consultas de desabitação tabágica foram encaminhados jovens e adolescentes onde são desenvolvidas as competências e as estratégias para ajudar os fumadores a cessarem de fumar, com o conhecimento dos vários apoios na desabitação tabágica e normas de tratamento da dependência tabágica. Durante estes anos foi **demonstrada capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, como também **de liderar equipas de prestação de cuidados e zelar pela qualidade dos cuidados prestados especializados na área saúde infantil e pediatria**.

Implementou em 2004, um projecto para a criação de uma equipa de visite domiciliário à puérpera e recém-nascido. Através dessas visitas são verificados vários parâmetros à criança e à mãe, geralmente é feito o diagnóstico precoce e concedidas várias orientações e ensinamentos como a nível da promoção do aleitamento materno, dos cuidados a prestar ao recém-nascido e mesmo à puérpera, aferir a dinâmica familiar e integração da criança na mesma. Com objectivo de aproximar os cuidados de saúde à família, ainda são programadas a primo-vacinação e primeira consulta de enfermagem. Foi um dos promotores na criação do cantinho de amamentação da unidade, onde são feitos vários ensinamentos, uma vez que a grande parte das dificuldades surgem após a alta hospitalar, no contexto do domicílio das puérperas e pais.

Desde 2004 íntegra a equipa de saúde escolar da unidade de Lever onde todos os anos são realizadas diversas sessões de educação à comunidade escolar com diversos temas tais como: alimentação saudável, saúde oral e higiene pessoal, prevenção da violência escolar, prevenção de comportamentos desajustados, conforme o preconizado pelo programa de saúde escolar segundo o Despacho nº 12.045/2006 (2ª série), publicado no Diário da República nº 110 de 7 de Junho. É importante fomentar e proteger a saúde, prevenindo a doença na comunidade escolar. É feita assim a ponte entre a escola e a unidade de saúde através de visitas regulares/programadas ou requeridas estruturando laços e fomentando partilha.

É da sua responsabilidade orientar a equipa de enfermagem para o bom funcionamento das duas unidades, tendo sempre em atenção os recursos disponíveis para garantir os cuidados ao utente e acautelar os interesses das instituições com as necessidades da restante equipa.

A gestão das unidades levou muitas vezes a ter de gerir conflitos entre os elementos da equipa e utentes e mesmo intra-equipa. Para elaboração de horários também negociou com os restantes elementos a sua concretização. Por tudo isto foi fundamental saber ouvir, saber estar, usar uma comunicação assertiva e adequada, o que resultou num contacto eficaz e seguro com todos.

Realiza a gestão de material das duas unidades em que todos os meses são feitos os pedidos de material de consumo clínico e produtos farmacêuticos, entre eles as vacinas. Foi responsável pelos stocks, verificação dos prazos de validade assim como a sua utilização. Foram efectuados ainda os pedidos de reparação e substituição de material/equipamento quando tal o exigiu.

Fez a integração de vários enfermeiros, assim como outros profissionais sobretudo na aprendizagem e funcionamento de novos programas principalmente como o SAPE® (Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem). O seu papel para além de dirigir a equipa passa também por motivar os enfermeiros na necessidade de partilhar saberes quer a nível de cuidados quer a nível de formação, pelo que incentiva e estimula dentro da equipa o processo contínuo de aprendizagem, dando a oportunidade de frequentar formações, eventos que elevam o conhecimento pessoal e profissional acabando por garantir uma mais-valia na qualidade na prestação de cuidados. Durante estes anos como responsável evidenciou competências a nível do **processo de integração de novos profissionais, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**, para chegar a um fim essencial o máximo de **qualidade dos cuidados prestados**.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Para uma melhor percepção deste relatório torna-se importante enquadrar a instituição onde decorreram os dois módulos. O Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga – Unidade São Sebastião situa-se a norte do Distrito de Aveiro, região onde se encontram localizadas mais 3 unidades hospitalares de pequena dimensão, a saber a unidade de São João da Madeira, a unidade São Miguel (Oliveira de Azeméis) e a unidade Francisco Zagalo (Ovar). A unidade de São Sebastião recebe doentes das unidades de cuidados de saúde primários envolventes e dos hospitais distritais menos diferenciados da região, enviando para hospitais de nível superior os doentes que exigem cuidados mais diferenciados do que os existentes nesta unidade que é a principal do concelho. O distrito de Aveiro detém como área de influência os concelhos de Arouca, Castelo de Paiva (algumas freguesias), Ovar e Santa Maria da Feira. O centro Hospitalar é assim responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população que ronda os 340 000 habitantes.

O estágio foi realizado nos serviços internamento de pediatria da unidade hospitalar de São Sebastião de 4 de Outubro a 28 de Novembro 2010 referente ao **Modulo II** com 180 horas de contacto directo e na Urgência de Pediatria e Neonatologia da mesma unidade relativo ao **Modulo III** entre 29 de Novembro 2010 e 29 de Janeiro 2011 num total de 180 horas de contacto directo. Num conjunto de 500 horas em que 360 horas foram de contacto directo como indicado no cronograma em Anexo I e 140 horas de estudo.

O estágio permitiu desenvolver e aprofundar a assistência à família como foco principal da actuação dando especial atenção às estratégias cognitivas e comportamentais de coping utilizadas pela criança/família perante adaptação à nova realidade que é a hospitalização que desencadeia várias alterações na estabilidade familiar. Nesse desafio diário foi de extrema importância encontrar e desenvolver em conjunto mecanismos de interacção com cada criança/adolescente e família, para desenvolver um reajuste da situação, cada qual com o seu tempo de internamento mais ou menos longo, dependendo da condição específica de cada situação encontrada.

Cada equipa com a sua especificidade, sua dinâmica de interacção com a criança e seus familiares leva à realização de um trabalho em conjunto, tentando minimizar o sofrimento subentendido da criança e família em situação de internamento hospitalar, nos respectivos Anexos II, III e IV apresenta-se uma breve caracterização de cada serviço.

Existem momentos na vida de qualquer criança que por motivos alheios à vontade da própria e dos seus pais, sobrevém uma situação de doença crítica e/ou imprevista. No **serviço de**

urgência de pediatria são atendidas situações que não são programadas, caracterizadas pelo risco de vida eminente ou não, em que os pais/cuidadores solicitam uma resposta rápida e eficiente no momento. A função do enfermeiro vai para além dos cuidados específicos a cada situação, atendendo a criança de modo eficaz e seguro, dando atenção tudo o que está à sua volta, com a finalidade de diminuir a ansiedade/medo ligada a todo um ambiente desconhecido.

Nascer prematuramente carece na maioria das vezes de assistência numa unidade mais especializada, isto é, numa **unidade de cuidados intensivos neonatais**. A separação obrigatória logo a seguir ao nascimento pode interromper o processo de vinculação entre o recém-nascido e os pais. O nosso compromisso é desenvolver todo este processo e ajudar os pais a adaptarem-se à transição e exercício do papel parental, minimizando os efeitos da hospitalização, pelo que umas das prioridades conforme mencionam Tamez e Silva (1999: 15) é, “...*permitir que os pais visitem o recém-nascido assim que for possível. A visualização e o contacto ajudam a aliviar o stress e promover o apego.*” Na unidade cuidados intensivos neonatais vive-se uma mistura de emoções tais como alegria, anseios e medos, onde cada dia é visto como uma vitória, cada hora é uma conquista e o enfermeiro deve ajudar e auxiliar os pais a integrarem-se nesta nova realidade, a envolverem-se nesta atmosfera à primeira vista assustadora ao consciencializa-los da nova realidade e da condição particular de cada recém-nascido.

Quando a família se depara com o **internamento** de uma criança, pode surgir toda uma esfera de manifestações, entre elas, insegurança e revolta gerada pelo medo e desconhecido. O enfermeiro como elemento fundamental nos cuidados, é essencial para caminhar junto dos pais, torná-los verdadeiros portos de abrigo, onde a criança se sente protegida e auxiliada. O momento de admissão é um momento crítico, tanto para a criança como para a família, o ponto essencial é preparar ambos para esta nova fase. Se por um lado existem os factores de stress da criança como a angústia da separação, perda de controlo e lesão corporal, os pais também apresentam uma serie de factores que afectam as suas reacções. Estar preparado e saber apoiar todos os membros da família, estimular a participação dos pais nos cuidados e proporcionar a unidade familiar para além do lar, surge como um desafio a todos os enfermeiros que trabalham nestes serviços.

3. COMPETÊNCIAS EVIDENCIADAS NA ÁREA DA SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Para demonstrar as suas competências o aluno necessita de aplicar os conhecimentos adquiridos e utilizá-los no contexto de estágio, empregando assim diversas estratégias e aptidões para a resolução de problemas perante situações complexas, na área da especialidade. É assim um processo construtivo que leva à procura de acções e atitudes, bem como à emissão de juízos, após reflexão para além do enfermeiro generalista, é a diferença entre fazer por fazer e saber como se deve fazer utilizando conhecimento científico.

O Enfermeiro Especialista inserido na sua área de actuação procura para além das actividades de interdependência com os outros técnicos, desenvolver um papel autónomo resultando na tomada de decisão pensada e reflectida na sua área de especialização. Como refere o nº 3 do artigo 7.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros o título de enfermeiros especialista (2010: 2) “*reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem*”. A prestação de cuidados insere-se assim no meio de uma multiplicidade de fenómenos e acontecimentos. O enfermeiro não está só, e realiza a sua actividade sobretudo em equipa multidisciplinar. O mais importante de toda a sua actuação é o ser Humano, dirigindo todos os seus cuidados de forma holística, respeitando a criança/adolescente e sua família.

Seguidamente expôs os objectivos elaborados, as actividades que os concretizaram, a reflexão sobre as mesmas e por último a/as competências que se evidenciaram.

3.1 ÁREA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A esfera de cuidados não se limita apenas à realização das tarefas. Como refere Deodato (2008: 27): “*...o compromisso assumido perante os outros concretiza-se na prestação de cuidados de enfermagem, num agir fundamentado na ética no respeito e Direito vigente*”, o indivíduo deve ser visto de forma holística, tendo o direito a sua dignidade e a sua cultura, tratamentos dignos e sem discriminação, factores que influenciarão de forma decisória a tomada de decisão em enfermagem.

Objectivos:

- ↻ Desenvolver cuidados à criança e família.***
- ↻ Compreender a dinâmica da equipa de enfermagem na assistência à criança/família.***
- ↻ Fomentar a participação da família no processo de cuidados à criança.***

Actividades

- ⊗ Observou a equipa a nível do atendimento.***
- ⊗ Colaborou com a equipa de enfermagem e especialmente com a tutora de estágio.***
- ⊗ Fez os registos de enfermagem no processo individual.***
- ⊗ Identificou o modelo de cuidados utilizado.***
- ⊗ Estimulou a colaboração dos pais.***
- ⊗ Incentivou os pais a verbalizar seus medos e anseios.***
- ⊗ Compreendeu a dinâmica da equipa de enfermagem na assistência à criança/família nos vários contextos.***
- ⊗ Prestou cuidados de enfermagem à criança/família, em todos os contextos.***
- ⊗ Executou os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança entre a criança/família e a equipa de saúde.***
- ⊗ Negociou com os Pais/família o planeamento dos cuidados.***

Reflexão:

O Enfermeiro Especialista deve apresentar um elevado nível conhecimento científico e tomada de decisão em relação aos outros enfermeiros, que lhe confere mais aptidões quando surgem situações menos habituais e complexas, desde a prestação de cuidados intrínsecos à situação, do apoio emocional aos pais correspondente a todo o processo de hospitalização, até a preparação para a alta hospitalar e o regresso a casa. Nos diversos contextos de actuação a materialização das actividades deve ser efectuada através de uma metodologia adequada e uma tomada de decisão reflectida.

No atendimento da criança/família numa unidade de **urgência pediátrica**, o enfermeiro deve apresentar conhecimentos científicos e relacionais para estar preparado para os acontecimentos do dia-a-dia, que envolvem as relações e interacções da família/criança com a

própria equipa de saúde e estar atento a toda a envolvência da situação aos sinais de angústia e stress, e por vezes, ao inesperado que sucede rapidamente.

O serviço de urgência admite crianças e adolescentes até aos 17 anos. Em cada grupo de trabalho existe um enfermeiro responsável. Quando presente é a enfermeira especialista ou então será o elemento mais graduado e/ou com mais experiência que desempenha esta responsabilidade.

O inverno é por excelência a época das infecções respiratórias, que acarretam uma pluralidade de sinais e sintomas e que comprometem o bem-estar das crianças. Os pais, receosos, recorrem numerosas vezes à urgência de pediatria, por vezes mais de que uma vez por semana, demonstrando algum desgaste pela não resolução rápida da situação inicial. Estes solicitam dos enfermeiros mais do que a simples prestação de cuidados. Os cuidadores necessitam de uma resposta célere, segura e um encaminhamento rápido face ao que despoletou a vinda ao hospital, assim como apoio para entender a situação e a razão pela qual esta se desencadeou. Neste contexto observou a equipa de enfermagem e particularmente a tutora de estágio sobretudo na forma como é realizado o atendimento nas diversas situações, presenciou a reacção dos pais face as diversas formas de estar do profissional, pelo que se apreendeu e se actuou de forma a transmitir segurança face à causa do acontecimento, assim como compreensão dos sentimentos expostos sem nunca deixar de responder as dúvidas colocadas. Foi assim possível colaborar e prestar cuidados de enfermagem com a equipa e sobretudo com a orientação da enfermeira especialista. Nas crianças em observação (OBS) procurou sempre obter um clima de máxima confiança, deu apoio e promoveu o envolvimento da família nos cuidados, estimulando ao máximo a sua autonomia atendendo sempre ao seu estado de saúde.

Os registos de enfermagem são fundamentais para a continuidade dos cuidados, pelo que teve a maior atenção na sua elaboração. A monitorização e avaliação do estado de cada criança levam a uma observação cuidadosa esteja ela em OBS ou não são preceitos fundamentais para cuidados de enfermagem eficazes e para um desfecho positivo. Foi sua preocupação manter sempre o plano de cuidados actualizado, para uma melhor assistência e avaliação da prestação dos cuidados. No serviço de urgência proporcionou-se a realização de ensinamentos pontuais tendo abordado vários temas como: febre, amamentação, prevenção de quedas e acidentes entre outros.

Em contexto de **neonatologia** com todas as particularidades e exigência próprias da prestação de cuidados desenvolvidos ao recém-nascido pré-termo e todo o ambiente específico que ai se vive, foi necessária e preponderante a procura de conhecimentos, através da literatura científica, observação e ajuda dos pares e especialmente da tutora. Prestou cuidados e colaborou com toda a equipa, aproveitando todas as oportunidades para enriquecer a nível profissional e pessoal. Beneficiou com todas as oportunidades que lhe foram facultadas, sempre aceites com espírito crítico e disponibilidade total para abarcar mais conhecimentos na prática de cuidar dentro deste contexto. Todos os cuidados prestados têm um único objectivo

geral que é o de facilitar adaptação e o desenvolvimento do recém-nascido fora do ambiente intra-uterino, para além de facilitar e auxiliar a interacção entre os pais e filhos neste novo ciclo da vida familiar onde cada membro desempenhará novos papéis em relação aos outros.

Tudo o que é realizado ao recém-nascido é transcrito no processo individual, que consiste num registo em papel que fornece os dados de avaliação sempre actualizados, de forma a poderem ser uma ferramenta importante em tempo útil, permitindo uma adequada monitorização dos cuidados. Em cada dia foi utilizada uma folha de cuidados de enfermagem vistos estas exibirem as 24 horas do dia, onde são registados dados relevantes como o peso, alimentação, sinais vitais, cor cutânea, etc. que são monitorizados ao longo do dia conforme prescrição médica ou pela sua relevância são assinalados para futura avaliação. A filosofia assistencial neste serviço considera a família parte integrante da equipa de enfermagem preconizada pelo modelo de parceria dos cuidados de Anne Casey. Este modelo teórico realça a importância da família no cuidar da criança no ambiente hospitalar. Os “novos” pais são encorajados a participarem nos cuidados prestados aos filhos. Como referem Ferreira e Costa (2004: 55) “... *os pais serão inicialmente encorajados a permanecer junto do bebé e gradualmente a interagir com ele e por último a prestar-lhe cuidados, dispondo para tal, do tempo que necessitem*”. Existe assim partilha de competências entre ambas as partes que se mostrou fundamental para o vínculo da díade criança/família promovendo a cada novo dia a satisfação dos pais.

Os pais necessitam de tempo para poderem interagir com o filho, e de se sentirem preparados para lhe tocarem, amarem e prestarem cuidados. Foi nesse sentido que todo esforço foi planeado para ajudar os cuidadores a interagirem com o seu filho, numa fase inicial apenas a conversar e tocá-lo. A voz suave da mãe pode acalmar o recém-nascido assim como o toque carinhoso dos pais. O contacto pele a pele é de grande importância e ajuda na aproximação entre os membros da família, seguindo assim o método canguru que consiste como refere Turnage-Carrier (2004) citado por Santos (2009: 7) “... *numa medida desenvolvimentista que promove o contacto pele a pele, integrado no plano de cuidados ao bebé e família, e que visa proporcionar uma estimulação vestibular, táctil, quinestética, olfactiva e auditiva ao bebé, para além de fomentar o envolvimento parental, proximidade e vinculação pais -bebé*”. Cuidar da criança, trocar a fralda, dar banho e alimentá-lo também ajuda na aproximação pais-filho. Toda a equipa do serviço de neonatologia está ciente e incorpora nos seus cuidados a manipulação mínima e a promoção do conforto ao recém-nascido, que foi incutido desde o primeiro dia. Por isso é preciso estar atento para reduzir a estimulação ambiental como a luminosidade e o nível de ruído sonoro. Os cuidados são realizados preferencialmente nos períodos em que o recém-nascido se encontra em estado de alerta e seu posicionamento dentro da incubadora pretende preservar a posição natural em flexão. Estas medidas fazem parte do modelo de Cuidados Desenvolvimentais Individualizados e programa de Avaliação para o Recém-nascido (NIDCAP®), que o director do serviço de pediatria/neonatologia quer implementar neste contexto num futuro próximo. Como refere Madalena Ramos (2004: 9) “ *Este programa pretende proporcionar orientações educacionais e treino específico, em avaliação e observação comportamental, da equipa multidisciplinar responsável pela assistência ao recém-*

nascido de risco e à sua família". Em suma, o objectivo principal é promover o correcto desenvolvimento do recém-nascido, principalmente, dos prematuros internados no serviço de neonatologia. Muito importante é a preparação da alta que tem de ser pensada logo no início do internamento, pois os pais têm de estar preparados para cuidar do próprio filho e de se adaptar ao novo papel que a sociedade exige (serem pais). Teve como principal enfoque a consciencialização dos pais que passo a passo vão passar de simples observadores para cuidadores. Esta realidade verificou-se sobretudo ao nascimento do primeiro filho onde tudo é incerteza e o mais ínfimo pormenor têm de ser explicado, para libertar as dúvidas, anseios e medos.

Na realização dos cuidados de enfermagem no **internamento** adoptou sempre um clima de máxima confiança, promovendo sempre o envolvimento da criança e família nas diversas actividades produzidas assim como na cooperação com a restante equipa. Identificar situações de risco social é uma obrigação do enfermeiro especialista, deve interagir com outros profissionais da equipa multidisciplinar na protecção da criança. Nas situações mais complexas como em casos sociais, teve em atenção a parte emocional e a estabilidade da criança que se encontra só ou parcialmente só, foram os casos de abandono (num recém-nascido) ou de criança vivendo numa instituição de solidariedade onde os cuidados tiveram uma conotação especial pelo facto de não existir estrutura familiar de apoio. Noutra condição teve atento aos sinais de desgaste dos familiares e das próprias crianças devido a toda a envolvimento da situação. Por exemplo a criança submetida a tracção cutânea dos membros inferior (ortopedia) e por conseguinte imobilizadas por período mais ou menos longo, para além de todas as intervenções necessárias inerentes aos seus cuidados, foi dada igualmente atenção especial aos familiares. Estes pais demonstraram ao fim de alguns dias um certo cansaço, desânimo ou mesmo frustração por não poderem fazer mais. Assim o apoio emocional é de grande importância; Por vezes um simples diálogo, fornecendo toda a informação adequada e possível contribui na diminuição do stress inerente à situação. Fomentou também a partilha de experiências entre os pais que se encontravam na mesma situação, o que se verificou ser útil para se encorajarem mutuamente e poderem falar abertamente sobre o que pensavam e discutirem sobre o que fazer para ultrapassar esta situação.

Na pediatria é de particular importância o trabalho desenvolvido diariamente com as crianças e com os seus pais, também aqui é adoptado como filosofia de trabalho o modelo de parceria de cuidados. O método utilizado é o método individual de trabalho, que se reflecte nos registos efectuados no processo do doente. Este processo inicia-se com a colheita de dados de uma forma sistemática, através da folha de avaliação inicial, onde são referidos os dados considerados relevantes.

A avaliação da prestação de cuidados é uma preocupação constante das três equipas de enfermagem por onde estagiou, pois a cada passagem de turno e não só, é transmitido e discutido o que foi feito á criança, de forma a garantir a continuidade de cuidados mantendo desta forma o processo de enfermagem actualizado. A realização das intervenções em tempo

oportuno e a sua avaliação efectuada nos registos permitiram uma adequada monitorização dos cuidados à criança/família. Através do pensamento reflexivo os registos têm a finalidade de acarretar lógica nas actividades efectuadas, uniformizar e por fim auxiliar a prática diária. Na instituição existe o sistema informático SAPE® mas ainda não está em funcionamento nos serviços de pediatria, onde se utiliza nos processos de enfermagem um registo escrito em papel. Na alta hospitalar é fundamental a carta de transferência ou de alta que a criança/família devem ter na sua posse para transmissão de informação quando é necessário encaminhamento para os cuidados de saúde primários ou outros. Realizou essa tarefa da qual pôde perceber, o quão é difícil para quem trabalha a nível hospitalar, resumir em poucas linhas o que um enfermeiro dos cuidados de saúde primários necessita realmente de saber, esse facto deve-se à não existência uma folha própria para a incorporação de toda a informação essencial para alta, tornando os registos por vezes confusos com muita informação.

O progresso proporcionado a nível dos três contextos de estágio permitiu evoluir em termos de competências, sempre colaborando e apresentando espírito de iniciativa desenvolvendo todas as actividades de acordo com os referenciais teóricos e com o regulamento da instituição em cada serviço, mantendo espírito crítico relativamente ao processo de prestação de cuidados, dando algumas sugestões e partilhando experiências. Pôde assim **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente** (comp.14).

Foi necessário ao longo destes meses uma contínua procura de conhecimentos e o aprofundar de informação através de muita leitura e pesquisa bibliográfica que conduziu sem hesitação à evolução pessoal e profissional, através desta “outra” realidade que não é a diária. Pôde assim; **Demonstrar compreensão relativamente às implicações válidas e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências** (comp.20).

Objectivos:

- ↗ Promover a gestão diferenciada da dor.**
- ↗ Identificar situações de risco para a criança/adolescente.**
- ↗ Gerir situações de risco**

Actividades:

- ⊗ Conheceu as escalas de dor utilizadas nos contextos de estágio e a sua aplicabilidade.**
- ⊗ Reconheceu e utilizou as medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para diminuir a dor.**
- ⊗ Estimulou a presença dos pais sempre que possível para apoio as crianças.**

☞ **Utilizou informação procedente da experiência profissional e de vida.**

Reflexão:

Segundo Carvalho (2009: 322) “Cada dor é a dor de uma pessoa, com sua história, personalidade, contexto, momento. A mesma dor, em diferentes situações, pode nem ser percebida ou ser muito forte, dada à distração ou atenção oferecidas a ela. ”. Refere ainda Batalha (2010: 3) “ que a dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental, e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. Cada pessoa tem um significado próprio de dor marcado pela particularidade e unidade do seu ser”.

Avaliar uma experiência sensorial desagradável não é tarefa fácil, e numa criança é ainda mais complexo. Mesmo assim é um dever estar atento a este 5º Sinal Vital (segundo a Direcção Geral de Saúde). Visto o **serviço de pediatria** trabalhar com uma variedade tão grande de idades é natural que seja utilizada mais de que uma escala para ajuda dos enfermeiros. Assim o serviço de internamento de pediatria utiliza três escalas diferentes. A escala comportamental dos 0-2 anos (NIPS-Neonatal Infant Pain) onde pôde observar 6 variáveis: Mímica Facial, Membros Inferiores, Membros Superiores, Choro, Nível de Consciência e Padrão Respiratório, isto é uma escala do observador. A segunda escala utilizada é a escala de Faces, em que aparecem 6 faces indo desde a mais sorridente (correspondendo ao “0” não dói, até a face que chora representando dor máxima com “5”), utilizada dos 2 aos 16 anos. Ainda existe a escala numérica que se encontra também no processo de internamento de enfermagem, aplicável a todas as crianças que possam entender o seu significado até aos 17 anos. Estas três Escalas aparecem na folha inicial do processo de enfermagem. Foi verificado que a utilização das escalas de dor é usada em situações em que as crianças foram alvo de cirurgia ou então por alguma patologia subsequente do seu internamento.

Mesmo assim pôde conferir que em relação às medidas farmacológicas e não farmacológicas, toda a equipa se encontra sensibilizada utilizando os recursos necessários e disponíveis para qualquer situação no alívio da dor e conforto da criança. Verificaram-se estas medidas em vários momentos, como por exemplo a quando de procedimentos dolorosos, utilizando o EMLA[®] 5% em creme ou o uso de sacarose nos recém-nascidos. Ainda ao dispor dos enfermeiros pôde encontrar quando é prescrito em SOS ou mesmo em horas fixas a administração de ibuprofeno e paracetamol. Ainda são utilizados menos frequentemente, mas sempre com prescrição médica, as seguintes formas de analgesias: petidina, ácido acetilsalicílico, dilcofenac, morfina. Não existe um protocolo efectivo de administração de analgesia.

Sendo o alívio da dor considerado uma necessidade básica e um direito de todas as crianças, para além das intervenções farmacológicas, utilizaram-se as não farmacológicas sempre que

possível. Através da diminuição da estimulação ambiental (luz, barulho), promovendo sempre um ambiente o mais sereno e calmo possível. Eliminando os factores que pudessem causar desconforto, vigiando o posicionamento e os movimentos. Estimulou a presença dos pais sempre que possível e que o desejem, explicando-lhes o quanto é importante e de mais-valia a sua presença neste processo. Estas medidas empregaram-se sempre e ainda mais quando a criança demonstrou medo, ansiedade, stress ou quando se deparava com a realização de um procedimento doloroso ou que tenha sido anteriormente traumatizante. Foram dadas soluções glicosadas, sucção não nutritivas como por exemplo oferecendo a chupeta durante e após qualquer procedimento. Qualquer uma destas medidas foram reconhecidas e realizadas nos outros dois campos de estágio mesmo se não foi feita referência especificamente a cada um deles.

O enfermeiro na sua actividade diária deve ter especial cuidado aos casos menos habituais, onde pode confrontar-se com situações cuja necessidade de apoio emocional ou afectiva é maior e por vezes inesperada. É através dos conhecimentos adquiridos durante as vivências pessoais e profissionais que se efectiva a gestão dessas situações. Como refere Hesbeen (2001:27), *“O prestador de cuidados é um perito porque dispõe de diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da experiência profissional.”* Uma dessas situações foi experienciada no contacto que estabeleceu com uma criança pequena que por pertencer a uma instituição não tinha acompanhante uma grande parte do tempo. No meio da noite ao despertar os seus pequenos olhos pousaram sobre o enfermeiro e ao vê-lo levantou-se do berço e começou a chama-lo de pai e a pedir toda a atenção. Ao acariciar a criança, esta, de imediato saltou para o colo e encostou a cabeça no seu pescoço apertando-o com força. Esta circunstância despoletou uma panóplia de sentimentos: para além do cuidar que a situação exigiu foi necessário transmitir segurança e apoio emocional num ambiente que é hostil à criança em que não existe qualquer referência familiar e nenhum vínculo com qualquer profissional de saúde, por outro lado era crucial que a criança não fosse sujeita a nova rotura emocional, na relação que estava a estabelecer consigo, prejudicando a sua já débil estrutura psicológica. Os cuidados prestados devem conter segurança e sensibilidade a fim de transmitir segurança e apoio, através do recurso á comunicação e relacionamento afectivo. O que levou a criança a encontrar no profissional um “porto seguro”. O enfermeiro como prestador de cuidados que é, utiliza diversos conhecimentos proveniente tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional permitindo ampliar as soluções possíveis para chegar ao resultado pretendido que serão sempre a excelência do cuidar. Permitted identificar as seguintes competências; ***Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida como da sua formação pós-graduada (comp.1) e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas (comp.15) e demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Saúde Infantil e Pediatria (comp.8).***

Objectivos:

- ✶ **Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a criança/família, nos vários contextos.**

Actividades

- ✶ **Utilizou uma comunicação assertiva e eficaz.**
- ✶ **Apoiou os pais/cuidadores a verbalizarem seus temores e angústias.**
- ✶ **Transmitiu de forma clara e relevante o estado de saúde da criança aos pais/cuidadores.**
- ✶ **Verificou se a informação transmitida foi devidamente apreendida.**
- ✶ **Esteve atento às mensagens não verbais transmitidas pela criança/família.**

Reflexão:

A língua e a cultura não devem ser um entrave na relação e no cuidar com a criança /família mas sabemos que muitas vezes são impeditivas para o estabelecimento de uma comunicação assertiva e eficaz. Neste estágio houve a oportunidade de partilhar momentos com crianças e famílias de etnias romena e/ou cigana, onde para além das dificuldades linguísticas, que advêm logo no início, teve de estar sempre presente o respeito pela cultura e crenças que cada um possui. A barreira da língua é facilmente ultrapassada através da utilização de um sistema informático que auxilia na tradução de palavras, na gestualidade e imagens que são utilizadas para nos fazermos entender ou ainda com o auxílio do serviço social que a unidade hospitalar possui com protocolos com várias entidades.

Desenvolver uma comunicação eficaz é fundamental para uma relação empática entre a criança/família e toda a equipa de saúde para atingir a excelência do cuidar. Como refere Papalia (2001: 105) “ *Muitos factores influenciam o processo de comunicação. Para ser bem-sucedida...deve ser apropriada á situação, adequadamente oportuna e feita com clareza*”. Durante o período de estágio, sempre usou uma linguagem adaptada a cada fase da criança/adolescente e respectivos pais ou cuidadores, tentando ser claro, objectivo e assertivo. Verificou que os pais evidenciam o desejo de serem informados e procuram cada vez mais informação, por essa razão utilizam por vezes termos técnicos que não são vulgares da área da saúde e por outro lado solicitam muitas vezes serem elucidados sobre temas que frequentemente são a causa da vinda ao hospital.

Em relação ao **internamento de pediatria** conseguiu verificar a grande preocupação dos pais em relação à saúde e aos cuidados prestados aos seus filhos. Algumas reacções mais

exacerbadas do que outras, se por um lado é o primeiro filho, demonstram toda a ingenuidade de quem procura saber, sem encontrar muito bem as palavras certas para exprimir os seus sentimentos de insegurança, temos por outro lado os pais que demonstram possuir alguma experiência e procuram respostas mais complexas, submetendo-nos a dar outro tipo de soluções e respostas mais elaboradas. A relação criada neste contexto entre o profissional e a família é diária, por conseguinte, vai sendo fortalecida em cada dia. Construindo-se e desenvolvendo-se uma afinidade através da comunicação eficaz contribuindo para a promoção e/ou melhoria dos cuidados prestados a criança.

No serviço de urgência com toda a sua particularidade, há que ter em conta que tudo o que é dito é entendido pelo cuidador de uma forma superficial no momento da triagem, pois é nesta circunstância que se sente mais inseguro e desprotegido. É do senso comum que a primeira impressão obtida num primeiro contacto é fundamental para uma adaptação em qualquer serviço, e neste contexto a resposta às necessidades têm de ser imediata e segura. Tornou-se evidente a necessidade de haver um apoio emocional relativamente aos pais/cuidadores, justificada pela fragilidade emocional que estes apresentam face às intervenções efectuadas aos filhos. Essa situação torna-se complexa em relação à idade, pois quanto mais pequenas são as crianças mais os pais mostram angústia e sofrimento, ou então, aquando da descoberta do diagnóstico, este traduzia-se como factor de sofrimento o qual era necessário atenuar.

Na **neonatologia** era factor preponderante a angústia e receio dos pais em tocar e cuidar do recém-nascido. Num ambiente com tanta tecnologia os pais sentem-se intimidados, acentuando o sentimento de improficiência no dever protector e cuidador que lhes é atribuído por natureza e que gostariam de desempenhar. A comunicação torna-se fundamental para uma melhor percepção dos pais e melhor entendimento do que é desenvolvido em parceria, respondendo sempre de modo assertivo e de forma clara, procurando nos silêncios e nalguns sinais exteriores as dúvidas dos pais, encorajando e valorizando positivamente as suas competências. Demonstrou possuir **conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura** (comp.16).

Objectivos:

- ✦ **Desenvolver competências na admissão da Criança/Família, no contexto do Serviço de Urgência (Triagem).**

Actividades

- ✦ **Observou e realizou triagem.**

- ☞ Entendeu a utilização do serviço de urgência pelos utentes.
- ☞ Identificou os focos de enfermagem e as causas mais frequentes na admissão da urgência de pediatria.
- ☞ Encaminhou as crianças/adolescentes quando necessitam de cuidados de outros profissionais.
- ☞ Realizou ensinamentos oportunos no contexto de urgência.
- ☞ Compreendeu a orientação efectuada à criança em risco no serviço de urgência.

Reflexão:

Numa grande parte das triagens feitas no contexto de urgência, verificou serem situações que poderiam ser resolvidas a nível dos cuidados de saúde primários. Autores como Ferraz *et al.* (2009: 173) e Caldeira *et al.* (2004: 4) corroboram com o afirmado. Analisada esta problemática, considerou pertinente a análise efectuada por Coelho *et al.* (1996: 22) que refere; “*Na verdade o atendimento no SU constitui um dos principais recursos de saúde da população e muitas vezes a primeira escolha, quer em caso de doença, quer em situações caricaturais que não sendo urgentes ainda assim implicam esclarecimento e encaminhamento adequado...*”, nesse sentido, verificou a insatisfação dos pais relativamente à demora ou mesmo incapacidade no atendimento nos cuidados de saúde primários o que consequentemente levou a procurar de uma alternativa neste caso a Urgência de Pediatria.

No contexto do SU (serviço de urgência), constatou que a equipa encontrava-se sensibilizada no que respeita à orientação dos pais sobre a questão da utilização correcta dos cuidados diferenciados, levando nessa altura do ano a um maior tempo de espera. Aqui também se verificou a importância do primeiro contacto entre o enfermeiro e a criança/família. Pôde concluir que no momento da triagem, a atitude, o comportamento e a forma de expressão, são fundamentais para transmitir confiança aos pais e diminuir a ansiedade.

Averiguou e foi corroborado pelos profissionais que trabalham na urgência e pelo serviço de admissão, um aumento substancial no atendimento à criança durante a época de inverno. Segundo os registos observados, o atendimento quase duplicou. Pôde conferir a diversidade de situações e patologias com que os enfermeiros se deparam diariamente, a maior preocupação dos pais incidia na febre e na tosse. Também se verificou a recorrência de crianças dos cuidados de saúde primários ou então das outras unidades hospitalares do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, com carta de referência, para serem reavaliados por pediatras ou encaminhados para uma especialidade. Deste modo, confirma-se que o agravamento de trabalho, leva a que os enfermeiros na sua prática diária estejam sujeitos a mais situações de stress, tornando-se imperativo a gestão das mesmas.

É exigido ao enfermeiro deste serviço a aquisição de competências e destreza que sirvam para “lidar” com uma realidade inconstante, que resolva problemas de carácter imprevisível e

sobretudo que tome decisões acertadas em tempo útil. Através da observação rápida mas objectiva, o enfermeiro encaminhará a criança e a família para um atendimento mais rápido atendendo à situação clínica. Foi também no momento da triagem que se proporcionou a realização de ensinamentos oportunos tendo abordado vários temas como: febre, cólicas, amamentação, entre outros.

Na urgência de pediatria não é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester dos adultos por este não se encontrar adaptado para a idade pediátrica. Mesmo assim é utilizado um sistema de triagem informatizado adaptado que define as prioridades e é orientador para cada situação. Também existe um quadro de prioridades instituído e assinado pelo Director do Serviço de Pediatria/Neonatologia, que se encontra exposto na sala de triagem, Anexo V, servindo de orientação ao enfermeiro.

No atendimento ao adolescente em situação urgente/emergente deparou com uma panóplia de situações que ofereceram momentos de grande reflexão. Considerando que o adolescente de hoje será o adulto de amanhã e que no período da adolescência ocorrem grandes modificações ao nível bio-psico-social e espiritual, o atendimento diferenciado assume principal importância.

Como menciona a Ordem dos Enfermeiros (2010 b: 18) “ *A população adolescente portuguesa é globalmente saudável. No entanto, no que respeita à morbi-mortalidade, a situação actual é preocupante em relação a problemas de saúde resultantes de comportamentos de risco...*”, pelo que actuação do enfermeiro na urgência pediátrica deverá ter em conta prevenção de situação de risco, identificação das mesmas e a promoção da saúde.

Neste estágio foram identificadas algumas situações que pelos seus efeitos nefastos foram consideradas de risco. O aparecimento de situações derivadas à ingestão de bebidas alcoólicas é frequente nos adolescentes. Devido às consequências de tais comportamentos de risco é importante também saber a razão dos mesmos, saber se são isolados ou habituais. Como refere Papalia (2001: 527) “*o abuso de substâncias significa o consumo prejudicial de álcool ou outras drogas. É um padrão de comportamento muito pouco adaptativo, ... em que uma pessoa continua a consumir uma substância, depois de conhecer a sua perigosidade...*”. Ou ainda como é referido na CIP/ICNP ® versão B2 (2005: 60) “ *o uso de álcool é um tipo de uso de substância com as características específicas: uso regular do álcool como estimulante; habitualmente vinho, cerveja ou bebidas espirituosas*”.

Um exemplo, um grupo de jovens de 14/15 anos de idade, as quais se apresentavam alcoolizadas no âmbito de festas escolares. Para além de todos os cuidados inerentes à situação, foi chamada a assistente social, que através de entrevistas aos pais procurou verificar até que ponto cada pais e adolescente detinham a noção e consciência do que tinha sucedido, pois se fosse necessário outro tipo actuação seria dado acompanhamento necessário. Uma adolescente por necessitar de mais cuidados permaneceu mais tempo de que o restante grupo, o papel do enfermeiro como promotor da saúde foi apelar através da comunicação assertiva e segura à consciencialização da jovem para comportamentos de risco, reforçando a importância

da reflexão nos actos e nos efeitos nefastos que possam daí surgir. Foi fundamental dar espaço aos pais para se expressarem e apoiar individualmente cada membro da família. Por conseguinte o adolescente como cita Queirós (2001), referido pela Ordem dos Enfermeiros (2010 b: 19) “ ... necessita de percorrer as diversas etapas de desenvolvimento sócio-moral, com vista à maturidade necessária para uma autonomia que vai sendo consolidada, possibilitando tomadas de decisão com responsabilidade”. O enfermeiro deve auxiliar o jovem a adquirir conhecimento para o conduzir a mudança e alterar o seu comportamento.

Outro caso, foi a vinda à urgência de uma criança de 13 anos com uma possível diabetes inaugural por apresentar determinados sinais e/ou sintomas como enurese noturna ou ainda polidipsia, poliúria, polifagia, perda de peso e fadiga inexplicável. Na triagem o papel do enfermeiro foi mais uma vez de extrema importância, para além de ter de entender os pais que não sabiam o que se passava com o filho, e por essa razão sentiam alguma revolta sobre a situação, também teve de perceber o que a criança estava a viver e pensar. Quando o enfermeiro conseguiu dar uma possível causa antes mesmo do diagnóstico médico os pais demonstraram compreensão e mesmo alívio. Isto é, os pais ficaram emocionalmente mais estáveis, tendo em relação ao filho uma atitude de compreensão e ajuda. O jovem pelo seu lado mostrou-se menos ansioso, pois compreendeu o porquê do que sentia.

Durante a passagem dessa criança pela urgência foram-lhe prestados os cuidados inerentes à situação clínica e feitos alguns ensinamentos sobre a diabetes com o envolvimento do agregado familiar, que depois de ter sido transferida para o internamento de pediatria foram reforçados. Pôde seguir a sua evolução através das várias deslocações feitas ao internamento antes da sua alta hospitalar onde através do diálogo com a criança e a mãe entendeu os seus progressos. A criança passou a ser vigiada nas consultas externas de Diabetes desta unidade Hospitalar. Tendo assim conseguido evidenciar as seguintes competências; ***Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da Saúde Infantil e Pediatria (comp.13) e avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada (comp.7) e demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar (comp.17).***

Objectivo:

➤ Promover o exercício do papel parental.

Actividades

⊗ Incentivou os pais a revelarem os seus sentimentos, medos e dúvidas.

- ⊗ **Ajudou/auxiliou no processo da parentalidade.**
- ⊗ **Apoiou os pais a verbalizar seus anseios e medos.**
- ⊗ **Incentivou a amamentação.**
- ⊗ **Ensinou estratégias que promovem o processo de vinculação.**

Reflexão:

Qualquer modificação na vida do Homem leva inevitavelmente à procura de conhecimentos e competências para se reajustar ao novo papel que a sociedade exige. No caso de nascimento ou morte a família sofre uma alteração dos papéis e interações de cada membro. O mesmo acontece no surgimento de uma doença até agora desconhecida e que por conseguinte acarretará à família um reajuste dos seus membros, mais complexos se torna essa mudança se a doença for crónica ou incapacitante pedindo aos respectivos membros uma aquisição de conhecimentos e competências para poderem lidar eficazmente com a nova situação.

São nesses momentos críticos que podem aparecer dificuldades e improficiência no cuidar e o enfermeiro deve auxiliar os pais à adquirirem conhecimentos e atitudes para alterarem os seus comportamentos que é exigência do seu novo papel. Como é referido por Silva (2007: 14) citando Meleis (2005), “...as transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades. Por outro lado, as transições requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos, e assim, altere o conceito de si num contexto social”.

A vinda ao hospital é sempre um momento de tensão para os pais, por desconhecimento do estado de saúde da criança gerando angústia e ansiedade. Outra situação que implica ajustamento da família surge com o diagnóstico “o seu filho tem uma doença crónica”. Apoiar a família nos seus processos de coping surge como desafio para o enfermeiro. Qualquer criança num contexto diferente do seu habitual necessita dos seus pais/ figura significativa para apoiar e ajudar a lidar com essa nova situação. Cada pai reage de maneira diferente em todo o processo de hospitalização. O enfermeiro uma vez mais tem aqui, um papel importante ao apoiar estes cuidadores, pois devem transmitir segurança, em todo o processo iniciado na triagem (se for caso de urgência) ou ainda no internamento programado até ao momento da alta. O papel da família sofre interferências ao longo do processo de hospitalização, faz com que as rotinas diárias tenham que ser modificadas e reorganizadas de acordo com as necessidades que surgem nesse período. O cuidador necessita de um acompanhamento e olhar diferente por parte da equipa de saúde que se encontra a cuidar do seu filho. Por isso, dedicaram-se alguns momentos diários para dialogar com os pais, ouvindo e sobretudo deixando os mesmos expressar os seus medos e anseios, tentando facilitar o modo de expressão de maneira a encontrarem as respostas para as suas dificuldades.

O papel parental está definido pela CIPE/ICNP® (2005: 63), como “ *um tipo de interacção de papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentais e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente*”. Para que o efeito da vinda ao hospital seja menos traumatizante para toda a família é importante a presença dos pais. Foi reconhecido que é de grande preocupação para os pais a evolução do estado de saúde da criança assim como o diagnóstico final para a alta. A permanência de um dos pais ou pessoa significativa ao longo internamento até à alta foi incentivada ao longo do estágio.

O nascimento de um filho e em particular se for o primeiro, é um passo importante para o ciclo vital de uma família. As alterações dos papéis familiares através da transição para a parentalidade, e o acréscimo de responsabilidade originam muitas vezes momentos de tensão.

A presença dos pais perto dos seus filhos é cada vez mais fomentada, convivendo com os enfermeiros no ambiente hospitalar. Quando o recém-nascido é admitido na **neonatologia** existem aspectos determinantes que conduzem à angústia e alguma decepção. A aparência física do recém-nascido no que se refere a dissemelhança entre o bebé idealizado e o real interfere no desenvolvimento da vinculação entre pais/filho. Os ruídos, as luzes intensas e contínuas, as rotinas diárias bem como os procedimentos invasivos, são factores que interferem em todo o processo familiar. Sem esquecer o papel que cada um passa a ter em relação ao filho; é um momento importante, em que os cônjuges que antes eram apenas um casal, agora tornam-se pais. Neste contexto, enfatizou os pais a revelarem seus medos, dúvidas e receios de forma a compreender as próprias necessidades e permitir o desenvolvimento pessoal.

É importante produzir cuidados humanizados conciliando tecnologia e assistência à criança e aos familiares, com fim a obtenção de resultados de qualidade, fortalecendo o envolvimento dos cuidadores, consolidando os laços afectivos para poderem interagir de acordo com as suas responsabilidades como pais e futuros educadores. Surge como capital importância a participação dos pais nas rotinas na neonatologia, como refere Naganuma e Kakehashi (1995: 163) “ *..., foram reconhecidas pelos benefícios que trazem ao bebé, à família ..., a integração dos pais na assistência deve ser incentivada por todos os profissionais...com objectivo de propiciar a formação do vínculo afectivo entre a criança e a sua família*”. Colaborou no sentido de os pais interagirem com os filhos, falando-lhes, acariciando-os, tirando fotografias ou ainda trazendo alguns objectos significativos. Constatou que alguns recém-nascidos quando agitados acalmavam ao ser tocados pelos pais, ou paravam de chorar ao ouvir a voz da mãe. São pequenos gestos diários que facilitam o processo de vinculação e afectividade única com o filho, apreciando no dia-a-dia a alegria dos pais em contactar directamente com o recém-nascido, diminuindo a ansiedade dos primeiros dias e preparando-os para a alta.

O tacto é um dos primeiros sentidos que permite a interacção da criança com o mundo, pois é através deste que é apreendido muito do que o rodeia. É assim de grande importância fomentar o toque, o carinho o contacto físico entre pai/mãe e a criança. Esta experiência permite desenvolver um vínculo único entre os cuidadores e o recém-nascido ao longo do internamento. Para além do que é encorajado na neonatologia foi verificado no contexto singular do curso para pais de massagem infantil a evolução do processo de vinculação. Essa interacção consegue ser fortemente estimulada entre as mães/pais e o filho. Participou nas aulas de massagem infantil da ULS de Matosinhos (inserido no projecto de enfermagem para a parentalidade: “Bem Me Quer”) onde cooperou e verificou, que as sessões para além dos benefícios já conhecidos a nível emocional e físicos, também contribuem no envolvimento parental. Para além do que foi referido averiguou que as sessões de massagem não servem apenas para apreender os benefícios da massagem mas sim são utilizadas para abordar vários temas tais como o da segurança infantil, a amamentação, as cólicas, as vacinas, onde os intervenientes falam sobre as suas experiências, pelo que considerou muito interessante, toda a relação que se estabelece entre os enfermeiros e os pais na promoção do papel parental.

O aleitamento materno é uma das vertente a ter enfoque no **internamento de pediatria**. Desde sempre que o leite materno faz parte da vida do ser Humano. Segundo Sanches (2002) referido por Pereira (2006: 102) “*O processo de amamentação está sujeito a múltiplos factores, largamente descritos na literatura, desde os biológicos, culturais, sociais, políticos, económicos, tornando a amamentação na maioria das culturas, quase sempre um processo complexo*”.

Por outro lado, a decisão de amamentar é inteiramente da responsabilidade da mãe. É ela que vai decidir o futuro sobre o seu processo de aleitamento materno. Num serviço como o da pediatria onde existe um berçário, mostra-se pertinente existir um local dinamizador, onde as mães que estejam a amamentar possam encontrar respostas às suas dúvidas onde toda a informação efectiva é colocada à disposição das mesmas, para que possam conhecer as boas práticas para um aleitamento materno com sucesso. Neste momento o serviço de pediatria não possui ainda o cantinho de amamentação ou qualquer outra estrutura com essa função, sendo que as mães não têm qualquer privacidade, referindo algumas vezes não estarem completamente à vontade aquando da extracção do leite ou para retirarem dúvidas ou apenas dialogar sobre o assunto. Neste sentido encarou a proposta para a criação de um cantinho da amamentação como um desafio. Fez uma pesquisa sobre o que é um “Cantinho da Amamentação”, as condições que este tem de possuir, sejam elas em relação ao espaço, ao mobiliário, ao equipamento e ao pessoal. Foi assim idealizada e reproduzida em papel a referida proposta que se encontra no Anexo VI. Esta foi dada a conhecer à enfermeira especialista e à responsável de enfermagem que depois de analisada, referiram que o serviço no presente não se encontra totalmente preparado para receber o respectivo cantinho, mencionando que fará todo sentido possui-lo quando este serviço progredirá na admissão para ser considerado Hospital Amigo do Bebê, e possuir mais elementos conselheiros do Aleitamento Materno. Permitindo **produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara**

(comp.5) e **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos relacionados com o cliente e família, especialmente na área de Saúde Infantil e Pediatria (comp.9).**

Objectivo:

- ↻ Promover parceria de cuidados com a família.**
- ↻ Promover estratégias que minimizam o impacto do processo da hospitalização na criança/adolescente e sua família.**

Actividades

- ☞ Identificou a filosofia de trabalho neste contexto.**
- ☞ Explicou os procedimentos efectuados à criança e família;**
- ☞ Favoreceu o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho.**
- ☞ Deixou os pais pronunciarem seus receios e medos.**
- ☞ Elaborou um Guia de Acolhimento aos Pais.**

Reflexão:

Nos serviços onde decorreu o estágio verificou que o foco de atenção é a criança e a sua família, sendo que a filosofia utilizada é o modelo de Anne Casey. Este modelo pressupõe parceria de cuidados onde a comunicação, a relação de ajuda são de extrema importância em todo o processo de recuperação.

O enfermeiro é visto como um perito, onde é possível encontrar cooperação. Este incentiva os pais a prestarem os cuidados, dando resposta às necessidades básicas da criança. O enfermeiro intervém até a família possuir capacidade e conhecimentos para garantir cuidados eficazes. A atenção dos pais está centrada no enfermeiro quando este manipula a criança em qualquer procedimento. É ele o potencial facilitador e transmissor de saberes, que vai evidenciar as competências para depois serem os próprios pais a cuidar dos seus filhos com segurança, satisfação e alegria no cuidar.

As intervenções executadas foram planeadas com os pais para estes poderem participar nos cuidados à criança. Por vezes foi necessário alterar a ordem de algumas rotinas para os pais poderem estar presentes, que não demonstrou ser problema para a equipa. Esta parceria impõe trabalhar em cooperação e negociação, incentivar e deixar os pais revelarem seus medos e receios para poderem prestar os cuidados à criança com apoio, ensino e supervisão do enfermeiro. A partilha de competências entre ambas as partes leva assim a satisfação das necessidades da criança. Foi entendido ao longo do estágio que os pais necessitavam de

apoio e ensinamentos para cuidar e ajudar a satisfazer as necessidades da criança. Já Bowlby (1951) referido por Papalia (2001: 33) “ *estava convencido da importância da ligação mãe-bebé tendo chamado a atenção para o perigo de se separar a mãe e o bebé sem que haja um prestador de cuidados alternativo adequado.*” Esse prestador adequado para além dos cuidados referentes às necessidades básicas da criança também é transmissor de afecto e carinho de maneira que esta se sinta segura e confiante. Como é referido por Casey (1995) descrito por Carvalho (2001: 22), “ *Os cuidados à criança são melhor prestados pelas famílias, desde que devidamente supervisionadas, do que pelos profissionais.*” Foram planeadas acções com os pais envolvendo-os no planeamento e implementação dos cuidados sempre com orientação da enfermagem. No início os pais foram levados a permanecer perto do filho e de dia para dia foram incentivados a interagir cada vez mais com ele, para que numa fase posterior pudessem ser eles próprios a prestarem os cuidados necessários ao filho, sempre com supervisão. Todo este processo leva o seu tempo, pois cada pai tem o seu ritmo diferente e não pode ser esquecido. Após uma explicação das necessidades da criança, foi feita uma abordagem sobre os respectivos cuidados a serem desenvolvidos, atendendo é claro o nível de percepção que cada pai possuía e sobretudo ao desejo de participar, facilitando dia-a-dia uma total integração da família nos cuidados. **Na neonatologia**, é importante os pais interajam com os filhos o mais precocemente, contribuindo para o estabelecimento de uma vinculação que facilitará a criação de laços afectivos entre os membros da família. Os pais deixam de ser simples visitantes para passarem a ser cuidadores presentes, participarem nas tomadas de decisão, favorecendo a integridade e continuidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, sempre com supervisão e ajuda.

O desenvolvimento da criança necessita de cuidados assentes em carinho e afecto. Para Casey (1993) citado por Ferreira e Costa (2004: 56), “*para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor.*” Através da abordagem diária o enfermeiro providencia apoio e ensino aos pais para prestarem os cuidados à criança. Através desta correlação os cuidados prestados à criança atingem um elevado nível de proficiência.

Na implementação deste modelo, o enfermeiro actua com a certeza de que o sucesso do mesmo depende da forma como a parceria de cuidados é estabelecida, sendo fundamental uma comunicação eficaz e segura. O enfermeiro através do ensino contínuo, da reflexão e comunicação permanente sobre cada situação traduz uma mudança comportamental gradual dos pais. Favorecendo o envolvimento familiar nos cuidados, contribuindo para a sua autonomia aquando da alta.

No internamento foi fundamental e de grande preocupação manter as rotinas que a criança possuía em casa, encorajar ao máximo a sua autonomia atendendo ao seu estado de saúde. Fomentando a percepção da realidade vivida naquele momento por ela e seus familiares, para uma melhor interacção entre todos. Essas escolhas levam a que todo o processo de hospitalização seja mais humanizante.

Na admissão da criança e família no internamento fez apresentação do serviço, orientou a família e a criança em relação às instalações e respectivas rotinas. Verificou diversas vezes que a informação dada inicialmente era esquecida, devendo-se sobretudo a condição gerada em torno da nova situação que a família enfrenta, a hospitalização. Após averiguar a ausência de um guia de acolhimento para os pais, fez uma recolha de toda a informação que é dada inicialmente e com ajuda da tutora de estágio e da responsável de enfermagem, criou um guia de acolhimento que foi distribuído ao longo do estágio com o consentimento das duas. Nesse guia foi colocada toda a informação sobre os horários das refeições e das visitas entre outros esclarecimentos (Anexos VII e VIII). Veio a confirmar-se a sua utilidade vistos os pais ou familiares poderem retirar as suas dúvidas a qualquer hora, é assim um meio facilitador da inclusão da própria família no serviço, permitindo-a tomar conhecimento da organização deste. Não foi um trabalho em vão pois foi utilizado pela equipa durante o período de estágio, tendo sido sugerido pelos profissionais para que no futuro os responsáveis da instituição autorizarem a realização de um guia de acolhimento para facultar aos pais/cuidadores. Demonstrou ser capaz de ***abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da Saúde Infantil e Pediatria (comp.10) e avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada (comp.12).***

3.2 ÁREA DA GESTÃO

Diariamente o enfermeiro especialista é confrontado com inúmeros desafios tendo de conciliar os interesses da instituição com as necessidades da restante equipa.

Como refere Margato Carlos (2005: 2), *“Um dos desafios que se colocam hoje aos gestores de cuidados de enfermagem é adoptar a concepção da disciplina de enfermagem tornando os espaços cada vez mais adequados à pessoa, doente e família/pessoa significativa, porque lhes proporciona uma intervenção multidisciplinar”*. A nível da gestão de cuidados segundo Kelly et al. (2007) referido pela Ordem dos Enfermeiros (2010 c: 1), *“ A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, ...procurando responder globalmente ao “mundo” da criança...incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança”*. O especialista na esfera diária das suas funções aduz compromissos com a equipa, a criança/família e a instituição.

Objectivo

- ↻ Analisar de forma crítica e reflexivo o papel do Enfermeiro Especialista na equipa.***

Actividades

- ↻ Dialogou com as Enfermeiras Especialistas sobre o seu papel no seio da equipa de enfermagem.***
- ↻ Observou as Enfermeiras Especialistas no seio da equipa.***
- ↻ Colaborou com as Enfermeiras Especialistas.***
- ↻ Reflectiu sobre o papel da enfermeira especialista na equipa.***

Reflexão:

Presenciei que o acto de cuidar vai para além da simples acção, isto é, implica envolvimento, respeito, satisfação, realização de actividades fomentadoras de conhecimento. O enfermeiro especialista é um enfermeiro a quem foi atribuído um título profissional, reconhecendo-lhe competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados na sua área. Observou que as Enfermeiras Especialistas apresentavam responsabilidades acrescidas ao nível da equipa. Estas são responsáveis de turno (quando presente) assumindo um papel importante na organização do serviço, na supervisão clínica e na gestão dos cuidados a prestar e material a utilizar com a qual colaborou. É de notar que a enfermeira especialista do serviço de neonatologia para além de todas as funções descritas anteriormente assiste diariamente a reuniões de serviço, com os médicos e o director de serviço para discutirem sobre cada recém-nascido e sua evolução para uma melhor gestão do serviço onde pôde também partilhar com a referida enfermeira alguns casos mas pertinentes.

Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros (2009: 4), define supervisão clínica, no contexto do Modelo de Desenvolvimento Profissional, como *“um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Por isso, pode afirmar-se que o processo de supervisão, num período de prática acompanhada de forma contínua, visa a autonomização gradual do supervisionado, em contexto de trabalho, centrado na prática clínica, nos processos de tomada de decisão autónoma”*.

Verificou que as enfermeiras especialistas para além das suas responsabilidades, são um elemento integrante e também um veículo de promoção dos cuidados prestados demonstram uma preocupação holística com vista ao bem-estar da criança/adolescente e da sua família, para além do enfermeiro generalista. Conduzindo toda a equipa de enfermagem sempre à procura de formação e ensino para elevar o conhecimento de todos os profissionais na área. O especialista forçosamente apresenta uma resposta mais célere e mais ajustada à situação, devido, as competências a nível de cuidados mais avançados e aprofundados permitem-lhe identificar sinais que induzem que algo não está bem, seja em relação a criança/família ou mesmo dentro dos elementos da equipa. Conferiu que as enfermeiras especialistas mantêm a disponibilidade e dedicação para a prestação de cuidados de enfermagem. Em relação à restante equipa, estas, tem um papel importante visto que lhe são solicitados pareceres e avaliações de situações mais complexas por lhe atribuírem qualidades e competências para tal, com a qual pôde colaborar. Assim pode **exercer supervisão de exercício na área da Saúde Infantil e Pediatria (comp.23), promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros (comp.25). Também pôde liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da Saúde Infantil e de Pediatria (comp.18) e zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área da Saúde Infantil e Pediatria (comp.24).**

A nível da gestão da unidade houve colaboração com as enfermeiras especialistas, administrando os recursos materiais e humanos disponíveis no serviço. Antes da admissão da criança/adolescente no **internamento de pediatria** é considerado vários critérios como a idade, patologia e o sexo (sobretudo em adolescentes), permitindo obter uma melhor visão e por conseguinte apreciação de todo o serviço. Quando a criança/adolescente chega ao serviço é colocada num quarto previamente preparado onde é feita uma apresentação sumária do serviço e suas rotinas. Também é nessa altura que é preenchida a folha avaliação inicial de enfermagem onde se procuram as rotinas da criança de forma a manter alguns desses hábitos quando o serviço o permite, minimizando assim o impacto da hospitalização. Conjuntamente colaborou com a especialista no plano diário onde são divididos os enfermeiros da equipa pelas várias camas, tendo sempre em atenção o tipo de patologia e os elementos de enfermagem a trabalhar. Tentou-se sempre conciliar enfermeiros mais experientes com elementos mais novos para uma entreaajuda eficaz. Essa escolha é feita numa avaliação criteriosa e objectiva no momento, mas com o intuito de garantir sempre a segurança da criança/família e dos profissionais, como nos casos de isolamento. De forma igual com a enfermeira especialista da **neonatologia** esteve atento a distribuição dos recém-nascidos aos enfermeiros ao longo das 24 horas. A nível da **urgência** como a rotatividade das crianças é mais rápida e não existe propriamente uma distribuição pelas várias salas de trabalho (triagem, OBS e sala de tratamento) denotou-se essa preocupação mais nos turnos da noite onde não poderiam estar dois elementos considerados novos no serviço, mas sim para uma melhor adaptação, o critério aplicado ponderou a permanência de um elemento mais antigo juntamente com um elemento mais novo. Considerando que nos turnos diurnos a presença da especialista e/ou mais antigo sempre deram apoio aos restantes elementos da equipa.

Cada serviço apresenta um pequeno depósito de material e conseqüentemente é pedido ao aprovisionamento o que faz falta diariamente. É assim da responsabilidade da enfermeira especialista a gestão de material e stocks onde também pôde colaborar, presenciando a importância da verificação de prazo de validades como também de alguns pedidos especiais como vacinas a nível da neonatologia ou mesmo estupefacientes nos outros dois serviços.

Juntamente com a enfermeira especialista do serviço de urgência cooperou na integração de novos enfermeiros. A integração é um processo essencial para a inclusão de novos elementos, através de apoio e orientação, transferindo conhecimentos específicos relativos ao serviço, auxiliam o recém-chegado a familiarizar-se com o ambiente e a equipa multidisciplinar que passará a integrar. Ainda permite a partilha de conhecimentos entre a equipa e os novos elementos. Neste caso as duas enfermeiras provinham da urgência geral e dos cuidados intensivos. É um processo gradual que visa facilitar a adaptação dos enfermeiros na urgência pediátrica, permitindo-lhes tomar conhecimento da estrutura organizacional e do funcionamento do mesmo. Acabando por conseguir **realizar a gestão dos cuidados na área da Saúde Infantil e Pediatria (comp.26) e colaborar no processo de integração de novos profissionais (comp.29).**

3.3 ÁREA DA FORMAÇÃO

O enfermeiro, a cada dia que passa, confronta-se com novos desafios inerentes à profissão, a alteração rápida da realidade na sociedade, as novas tecnologias e informação científica, obriga a uma constante actualização dos conhecimentos para a melhoria da prática diária.

Objectivos

- ↻ **Apresentar os temas que foram sujeitos a uma análise da situação.**
- ↻ **Realizar formação de serviço a Pares.**
- ↻ **Executar sessões de educação para a saúde pertinentes formais à criança/família.**
- ↻ **Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.**

Actividades

- ☞ **Identificou necessidades de formação.**
- ☞ **Realizou um diagnóstico de situação de forma a avaliar a pertinência da temática.**
- ☞ **Executou sessões de educação para a saúde pertinentes formais à criança/família.**
- ☞ **Promoveu o Aleitamento Materno.**
- ☞ **Realizou pesquisa bibliográfica.**

Reflexão:

A formação dos profissionais de enfermagem deve assumir-se cada vez mais como uma parceria entre todos, no sentido de consolidar conhecimentos, reflectir sobre assuntos pertinentes, retirar conclusões alicerçadas nos estudos credíveis e recentes para chegar aos cuidados de excelência.

Em acordo com as tutoras de estágio, propôs-se a elaboração e apresentação de acções de formação aos pares em conjunto com uma colega da especialidade, sobre a necessidade de clarificar alguns procedimentos, como o banho ao recém-nascido e cuidados ao coto umbilical, pela não existência de qualquer protocolo ou manual de actuações sobre estes dois temas, e não haver uniformidade no procedimento técnico. Permitiu **identificar as necessidades formativas na área da Saúde Infantil e Pediatria (comp.27) e promover formação em serviço na área da Saúde Infantil e Pediatria (comp.28).**

Em relação ao banho do recém-nascido observou-se que a sua prática diária é feita tanto na neonatologia como no internamento de pediatria. Através da pesquisa bibliográfica constatou-se que vários autores defendem a não realização de banhos diários aos recém-nascidos. Como é referido na Revista Brasileira de Enfermagem (2009: 780) “... o procedimento diário e de rotina aos bebés pré-termo é considerado desnecessário e contra-indicado...higienizar somente a área dos genitais, com água morna e sabão neutro”. Após a revisão da literatura do banho do recém-nascido pré-termo e de termo, foi feita referência aos procedimentos a ter ao longo do banho, sempre com interacção do grupo. No seguimento do que foi definido na apresentação foi exposto o tema “ Cuidados ao coto umbilical”, que após a análise de um questionário previamente elaborado e analisado, foi apresentado aos pares as elações daí retidas com a constatação que nem todos os profissionais utilizavam os mesmos produtos quanto à prática de cuidados ao coto umbilical como apresentado no Anexo IX. Os resultados mostraram que 100% dos enfermeiros responderam que habitualmente utilizam e aconselham o uso de álcool a 70°C. Na presença de **exsudado sem cheiro** 80% dos que responderam utilizam álcool a 70°C e 10% usam soro fisiológico. Na presença de **exsudado com cheiro** 40% utilizam álcool a 70°C, 50% empregam clorexidina e apenas 10% soro fisiológico. (Anexo X, gráfico 2).

No que se refere à **periodicidade dos cuidados** prestados ao coto umbilical, verificou-se que 20% dos enfermeiros responderam uma vez por dia e que 40% referiu a cada mudança de fralda e ainda 40% sempre que necessário, como indica o Anexo XI gráfico 3.

Após uma revisão da literatura apresentando a pesquisa feita sobre os produtos vulgarmente utilizados, expôs-se os argumentos a favor e contra a desinfecção e a limpeza do coto umbilical. Promovendo uma interacção enérgica do grupo.

O plano da sessão e os respectivos diapositivos da apresentação estão nos Anexos XII e XIII.

Numa análise final todos os enfermeiros concordaram que em relação ao banho era importante reforçar a não necessidade dos banhos diários e no que respeita à limpeza e desinfecção do coto umbilical é importante uniformização dos cuidados. Sendo pertinente insistir neste tipo de formação em serviço e reforçar os ensinamentos ao longo do tempo.

No final como avaliação foi solicitado a quem participou o preenchimento de um questionário com o intuito de avaliar entre outros a adequação da formação às necessidades do serviço, encontram-se em Anexo XIV os resultados obtidos assim como a sua leitura. Foi realçada a pertinência da formação com grande interesse para os serviços, pois contribuiu para a uniformização dos cuidados prestados à criança.

Através de uma observação feita desde de Outubro ao longo dos diferentes estágios, verificou-se que uma das grandes preocupações dos pais é o tema da febre. Por conseguinte foi elaborada uma formação especificamente para abordar este tema, tendo em atenção a linguagem adoptada por ser para pais e cuidadores. Foram abordados os itens: como identificar a febre, avaliar e actuar perante a febre. Nos respectivos Anexos XV, XI e XVII, consta o plano da formação, os respectivos diapositivos da apresentação, bem como o questionário da avaliação e respectiva leitura, que demonstrou uma vez mais a pertinência deste tipo de informação aos pais, com uma boa apreciação global. Ainda foi oferecido a cada pai um panfleto sobre o tema (Anexo XVIII).

Em contexto de estágio observou sobretudo a nível da neonatologia e internamento um ponto fundamental na enfermagem a amamentação, que devido a sua importância e características não pode ser menosprezada. Na literatura encontrou várias referências sobre a sua importância entre elas Polin, Yoder e Burg (1996: 110) que mencionam que: *“O leite humano é considerado a fonte nutritiva preferida para os prematuros... os bebés prematuros alimentados com leite humano prematuro demonstram taxas de crescimento mais rápidas em peso, estatura e perímetro cefálicos...”*.

Durante as primeiras semanas de amamentação o mais natural é que mães se sintam inseguras, cansadas e com maior instabilidade emocional. **Na neonatologia** a nossa função é sobretudo apoiar, atenuar os receios e sobretudo transmitir confiança e alento para as mães darem continuação a todo o processo, que é amamentar. Através de ensinamentos oportunos feitos às mães quando se encontravam a extrair leite no cantinho da amamentação que o serviço possui, ou no momento de amamentar. Foi evidenciada a importância da amamentação, os

seus benefícios para o recém-nascido e para a mãe; foram feitas algumas considerações sobre algumas técnicas da amamentação, com o intuito de diminuir problemas que possam surgir.

Um dos momentos mais importantes é ouvir o silêncio das mães que apenas pela expressão e gestos nos dão informações de como está a decorrer o momento de amamentar. Como refere Papalia (2001: 163) “ *Alimentar um bebé é simultaneamente um acto físico e emocional. O contacto quente com o corpo da mãe promove a ligação emocional entre a mãe e o bebé; e, dado que a alimentação com biberão pode ser efectuada pelo pai, pode igualmente promover a ligação entre o pai e o bebé*”. É muito importante para o pai participar no processo da alimentação do filho, pois permite uma maior vinculação entre ambos, criando uma forte interacção entre todos os membros da família. Como refere Costa (2009: 103) “ *...a necessidade de incluir o pai, orientando-o e encorajando-o a participar activamente nas tarefas da esposa e de cuidador do filho...provavelmente, reverterão em mudanças nas concepções e, conseqüentemente, no exercício de ser pai, o que possibilitará o apoio, incentivo e promoção da amamentação...favorecendo a saúde das crianças que serão nossos futuros adultos.*”

O cantinho da amamentação do serviço de neonatologia apresenta as condições mínimas para as mães retirarem o leite e para o armazenarem. Expõe também alguns posters e panfletos sobre o processo de amamentação e seus benefícios para a mãe e filho. No **internamento de pediatria** foi realizada uma formação formal às mães sobre o tema “Aleitamento Materno - Algumas considerações”, tema pertinente visto ser um contributo para a promoção e suporte do aleitamento materno. Aproveitando também o facto de o hospital se encontrar em fase de candidatura a Hospital Amigo de Bebê, informar sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno, é uma das medidas que deve ser implementada para o conseguir. Foi evidenciado a importância da amamentação com as suas vantagens para o bebé e sua mãe. A composição e constituição do leite materno, algumas técnicas de amamentação, e evidenciados alguns problemas que possam surgir durante a amamentação. Antes da sessão propriamente dita foi dado às mães um questionário com algumas perguntas para poder obter uma visão do que as mães sabiam sobre esta temática em Anexo XIX. Depois de uma breve introdução, foi-se desenvolvendo a formação sobre o conteúdo propriamente dito. As mães participantes fizeram perguntas as quais foram respondidas de imediato. No final e em jeito de avaliação foi perguntado às mães sobre a pertinência deste tipo de formação, tendo sido referido na sua generalidade que eram pertinentes e proveitosas. Foi oferecido um panfleto com algumas recomendações sobre o aleitamento materno no Anexo XX. O abordar desta problemática foi uma experiência interessante, pois leva-nos a reflectir ainda mais sobre a nossa função como educadores para a saúde. Os enfermeiros necessitam de estar sempre atentos e reforçar todos os dias a importância do aleitamento materno. Os resultados do questionário são apresentados em forma de gráficos no Anexo XXI. O plano da sessão e os respectivos diapositivos da apresentação estão nos Anexos XXII e XXIII. **Pôde comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto aos enfermeiros quanto ao público em geral (comp.2); Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica (comp.3).**

No decorrer deste estágio sentiu a necessidade de actualizar e adquirir novos conhecimentos na área da especialidade que foram uma constante, pelo imperativo obrigatório de poder responder às novas exigências colocadas como também pelo gosto de possuir informação útil em todo o momento.

O estágio permitiu uma integração e um maior desenvolvimento das competências inerentes ao enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. A reflexão e autocrítica constituem uma oportunidade para o enfermeiro de aprender e de desenvolver quer a nível profissional quer a nível pessoal.

Na sua prática diária, o enfermeiro defronta-se com uma grande variedade de problemas, cada qual com a sua complexidade. Pôde reflectir sobre a sua prática e daí retirar as elações que foram fundamentais para o desenvolvimento pessoal e reconhecimento das necessidades de formação e actualização. Inicialmente a grande preocupação do enfermeiro centra-se pelo saber técnico, no decorrer do seu desenvolvimento chega uma nova fase em que a procurar do saber ser e fazer mais é demanda para um desenvolvimento no conhecimento científico. A partir de uma reflexão crítica acerca da própria realidade onde executa as suas acções pode decidir intervir e modificar a sua postura, favorecendo os cuidados, potencializar competências e habilidades para chegar a excelência do cuidar. Consegui identificar as seguintes competências; ***Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional e reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica*** (comp.4).

3.4 ÁREA DA INVESTIGAÇÃO

Como refere Vieira (2009: 125) “ *Uma das características de uma profissão é o aumento do seu corpo de conhecimento próprio, resultante da investigação.*” A importância da investigação no desenvolvimento da enfermagem reflecte-se sobretudo no consolidar do seu saber e na demonstração dos fundamentos da sua prática, evidenciando uma maior visibilidade a nível social inerente a todo este processo.

Objectivos

- ↻ Contribuir para a divulgação da investigação.***
- ↻ Promover uma prática baseada na evidência.***

Actividades:

- ⊗ **Reconheceu a importância da investigação para a qualidade dos cuidados prestados.**
- ⊗ **Fez pesquisa bibliográfica.**

Reflexão:

O enfermeiro tem necessidade de se actualizar constantemente, expandir o seu conhecimento e através da reflexão e da capacidade crítica transpor para o seu dia-a-dia o que foi desenvolvido na pesquisa e na metodologia científica. A investigação alicerça e sedimenta o corpo de conhecimento da enfermagem, elevando esta cada vez mais. Mas este conhecimento tem de ser divulgado através dos meios próprios para que os demais possam ter acesso aos novos saberes, e assim, poder debater os mesmos na comunidade científica. Para se identificar, a enfermagem, cada vez mais necessita de produção de conhecimentos com mais qualidade. Se no seu passado foram utilizados conhecimentos empíricos, à luz dos dias de hoje a enfermagem desenvolveu-se através dos estudos da arte.

A prática baseada na evidência possibilita uma melhor prestação de cuidados, isto é, aperfeiçoar a qualidade da nossa assistência dando resposta às transições humanas vividas pelo indivíduo ao longo do ciclo vital. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2006: 1) “... *uma pratica de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis*”. Sendo um dever dos enfermeiros promover a investigação.

Todos os dias somos confrontados com práticas sobre as quais muitos profissionais não se questionam do porquê de ser executado desta ou daquela forma. Verificou essa premissa tanto na actividade de higiene aos recém-nascidos como nos cuidados ao coto umbilical, onde se apurou a diversidade da assistência. Por não existir um protocolo de actuação efectivo sobre estes, tornou-se importante demonstrar e evidenciar aos pares a necessidade da uniformização dos cuidados. Essa constante procura de conhecimento é indispensável para uma prática fundamentada, num propósito único, o da excelência da prática. É necessário ser um elemento proactivo e vector de mudança levando ao pensamento crítico e reflexivo. Através das formações feitas aos pares demonstrou-se a importância da actualização dos conhecimentos, despertando-lhes a curiosidade e incutindo uma atitude reflexiva para uma mudança da prática quando esta é benéfica. Fazemos parte da investigação quando procuramos respostas, quando participamos nalgum trabalho de investigação ou ainda quando utilizamos os resultados da investigação na nossa actividade diária com os pares, os cuidadores ou com a própria criança/adolescente. Sendo um elemento activo acredito ter aprimorado as seguintes competências; ***participar e promover a investigação na área da saúde infantil e pediatria***

(comp.22) e Comunicar os resultados da sua prática clínica e da investigação aplicada para audiências especializadas (comp.6).

Toda a investigação científica requer ética, rigor e isenção, e é através do nosso contributo, do investimento feito dos estudos e desenvolvimento do conhecimento científico que a enfermagem vai alicerçando e desenvolver-se cada vez mais. Evidenciando a seguinte competência; ***Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências (comp.21).***

4. CONCLUSÃO

O relatório é um dos requisitos do processo de avaliação e consiste numa apreciação global do trajecto desenvolvido durante o estágio. Constitui ainda um momento de reflexão sobre as actividades realizadas para atingir os objectivos elaborados e conseqüentemente evidenciar as competências necessárias para obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O estágio foi sem dúvida uma experiência enriquecedora, a nível profissional tendo superado os desafios propostos, com ajuda dos profissionais que mostraram uma outra realidade da sua prática profissional em contexto de cuidados de saúde primários. No contexto de doença da criança/família requer a necessidade uma resposta adequada e por vezes complexa em relação às necessidades de diáde pelo que foi fundamental um empenho substancial na pesquisa bibliográfica. Assim foi possível interligar a parte teórica com a realidade hospitalar, articular os vários conhecimentos adquiridos na perspectiva do desenvolvimento e o alcançar de competências. A nível pessoal é de salientar a progressão na forma de pensar e olhar para si mesmo, no domínio a nível da escrita e da reflexão, permitindo um momento de transformação pessoal e profissional, com a colaboração da equipa de enfermagem e mais concretamente com as enfermeiras tutoras foi possível aprofundar os conhecimentos teóricos, desenvolver competências na prestação de cuidados mais específicos em pediatria, elaborar estratégias de intervenção direccionadas para a prevenção das doenças e promoção da saúde. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010 c: 1) em relação as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, este “ *...trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto... (em hospitais, cuidados continuados, centro de saúde, escola, comunidade, casa, ...), promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa*”.

Observando o percurso efectuado nestes quatro meses, houve a recolha do máximo de experiências e situações que foram proporcionadas, criando oportunidades que foram bem aproveitadas com a certeza de que cada momento de aprendizagem é único e não pode ser desperdiçado.

Cada estágio apresentou as suas particularidades, onde existiu a oportunidade de apreender em cada momento a relação entre criança/família e equipa de saúde. Foi possível aprofundar conhecimentos sobre as funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, em

que uma prestação de cuidados implica sempre uma componente humanizante, competência técnica, e uma reflexão implícita em cada acto para chegar a excelência do cuidar.

A criança depende da família para crescer de forma saudável, por isso a preocupação em promover aproximação e interacção entre todos os elementos familiares foi uma constante. A família pelo seu lado necessita de ajuda e atenção para lidar com a nova situação seja ela por doença crónica, aguda, ou pelo nascimento de um novo membro e prepara-la assim para os novos desafios. Como é referido na Declaração Universal dos Direitos do Homem no Artigo 16º nº3 “ *A família é o elemento natural e fundamental ...*” e como é mencionado na Carta da Criança Hospitalizada (1988) “ *Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho...*”, numa finalidade única de aproximar as famílias das suas crianças enquanto estão em tratamento no hospital minimizando os efeitos adversos e fomentando o potencial familiar de crescimento que pode advir desta experiência.

Ao longo do estágio foi um elemento efectivo que conseguiu integrar e participar na equipa de enfermagem mesmo assim como aluno da especialidade sentiu dificuldades em algumas situações como na apresentação de projectos, aquando da elaboração e apresentação do guia de acolhimento aos pais do internamento de pediatria, considerado por toda a equipa de saúde um trabalho útil para o serviço e sobretudo para a família como meio auxiliador da inserção da família ao serviço. Mas para qualquer projecto é necessária uma aprovação da instituição que é um processo complexo e delicado, não conseguindo assim serem efectuados num tempo útil do próprio estágio.

Elaborar este relatório foi um desafio pela sua complexidade em expor no papel tudo que foi realmente importante. Alcançou através do esforço e empenho chegar ao fim, com a confiança de conseguir transmitir um pouco desta caminhada de quatro meses de estágio.

Atingiu-se os objectivos propostos no início desta etapa, elevando e consolidando os conhecimentos e as competências na área da saúde infantil e pediátrica. Foi uma oportunidade fundamental para fortalecer todos os saberes adquiridos neste processo de ensino e aprendizagem, para além de ser uma experiência enriquecedora e que despertou curiosidade e desassossego interior fez com que aumentasse a motivação para responder diariamente ao desafio que é agir com a criança/família. Para além da gratificação diária que encontrou nas actividades realizadas com a criança/famílias também criou laços fortes com alguns elementos da equipa que sempre o apoiaram nos momentos de dúvidas e de vitórias. Ao finalizar esta página inicia um novo capítulo da sua vida acreditando ser mais enfermeiro, mais humano e sobretudo mais pai.

BIBLIOGRAFIA

BATALHA, Luís – *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel - edições técnicas Lda., Março 2010.

CALDEIA, Teresa *et al.* - O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica, *Acta Pediatria Portuguesa (APP)* [Em linha]. Lisboa, vol 37, nº 1, 2006. [Consult. 15/01/2011]. Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatria.pdf.

CARVALHO, Fernanda – *A criança submetida a cateterismo cardíaco: Contributo da informação para a pareceria de cuidados* [Em linha]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Pediatria, 2001. [Consult. 11/01/2011]. Disponível em: http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9948/2/3997_TM_01_C.pdf.

CARVALHO, Maria Margarida M. J.– *A dor do adoecer e do morrer, Periódicos Electrónicos em Psicologia* [Em linha]. São Paulo, vol. 29. 2009, p.322-328 [Consult. 11/11/2010]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v29n2/v29n2a09.pdf>

CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E. – *Hospital de São Sebastião* [Em linha]. [Consult. 10/12/2010]. Disponível em: http://www.hospitalfeira.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=374

COELHO, Mário; CASIMIRO, Ana *et al.* – *Urgências Pediátricas e Casuística do Hospital de Dona Estefânia*. Lisboa: Edições ASA, S.A., 1996.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – *Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP)* Versão ß2. 3ª Edição Lisboa: Edição Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

COSTA, Cleise dos Reis, - *Representação do Papel do Pai no Aleitamento Materno*, Teses de Mestrado em Nutrição Clínica [Em linha]. Porto, 2007. [Consult. 18/01/2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7527/2/dissertFinalPt4%205B1%205D11.pdf>.

COSTA, José dos Santos, *Método e percepção de Cuidar Em Enfermagem*, Teses de Mestrado em Ciências de Enfermagem [Em linha]. Porto, Universidade do Porto. Reitoria 2009. [Consult. 10/01/2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10141>.

DECRETO – LEI nº 57/ 78 “D.R. I Série” [Em linha] 10 Dezembro 1948 p. 490 [Consult. 10/01/2011]. Disponível em: <http://dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>.

DEODATO, Sérgio – *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade*. Coimbra: Editora Almeida, 2008.

FERRAZ, Catarina *et al.* – Readmissões na Urgência Pediátrica do Porto, *Arquivos de Medicina ArquiMed*, [Em linha]. Porto, 2009, p.173-175. [Consult. 15/01/2011]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v23n5/v23n5a01.pdf>.

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria – *Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação pais/bebé pré - termo*. [Em linha]. Viseu, 2004. [Consult. 11/01/2011]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/5.pdf>.

FIGUEIREDO, Nébia; VIANA, Dirce; MACHADO, William – *Tratado Prático de Enfermagem*. 2ª Edição. São Caetano do Sul - SP: Yendis Editora Ltda., 2008.

HESBEEN, Walter – *Qualidade Em Enfermagem – Pensamentos e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.,2001.

INSTITUTO DE APOIO A CRAINÇA - *Carta da Criança Hospitalizada* [Em linha]. 1988 [Consult. 03/01/2011]. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf

KENNER, Carole – *Enfermagem Neonatal*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

MANO, Maria João – *Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pai*, *Revista de Enfermagem Referência*, [Em linha], Coimbra, nº 8, Maio 2002, p. 53-61 [Consult. 29/12/2010]. Disponível em: http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=57&id_rev=5&id_edicao=14.

MARTINS, C. P.; TAPIA C. E. V. - *A pele do recém-nascido prematuro sob avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha] Brasília, (Sept./Oct.): Vol. 62, N.º 5. 2009 [Consult. 05/12/2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

MARGATO, Carlos – *O Enfermeiro gestor de cuidados e a disciplina*. *Sinais Vitais*, Revista nº 59 [Em linha] Março 2005 [Consult. 15/01/2011]. Disponível em: http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=133&Itemid=49&limitstart=1.

MOLEIRO, Agostinho *et al.* - *Consensos Nacionais em Neonatologia*. [Em linha]. Coimbra 2004 [Consult. 03/01/2011]. Disponível em:
<http://www.lusoneonatologia.net/usr/files/publications/c3175db729b79045adef3fde314ddd42.pdf>.

NAGANUMA, Masuco; KAKEHASHI, Tereza; BARBOSA, Vera *et al.* – *Procedimentos Técnicos de Enfermagem em UTI Neonatal*. São Paulo: ATHENEU, 1995.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- *Competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Divulgar, Outubro 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- *Estatuto: Nova redacção pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro*.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [Em linha] Maio 2010 a [Consult. 03/01/2011]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE_267_2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE [Em linha]. Série I, nº 3. Setembro 2010 b, p. 69-70 [Consult. 03/01/2011]. Disponível em:
https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPraticaSaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf. p.69-70

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Investigação em Enfermagem -Tomada de Posição*. [Em linha] Abril 2006 [Consult. 03/01/2011]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* [Em linha] Novembro 2010 c [Consult. 05/01/2011]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Supervisão clínica*. Revistas OE [Em linha] Abril 2009 [Consult. 03/12/2010]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ExpressOE_Abril_2009.pdf

PAPALIA, Diana E., OLDS, Sally W., FELDMAN, Ruth D. – *O mundo da criança*. 8ª Edição. Lisboa: Editora MC Graw-Hill de Portugal, Lda.,2001.

PEREIRA, Maria Adriana – *Aleitamento Materno - Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação, Resultados de um Estudo Experimental*. Loures: Lusociência - Edição Técnicas e Científicas, Lda., 2006.

POLETTI, Rosette A. – *Cuidados de enfermagem, Tendencias y conceptos actuales*. Barcelona: Ediciones Rol, S.A., 1980.

POLIN, Richard A.; YODER, Mervin C.; BURG, Frederic D.; - *Neonatologia Prática*. 2ª Edição. Porto Alegre: Edição Artes Médicas, 1996.

RAMOS, Madalena – *NIDCAP® Uma realidade possível...* Sinais Vitais.Nº54 [Em linha] Maio 2004-p.9 [Consult. 15/01/2011]. Disponível em:

http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=252&Itemid=78&limitstart=8.

SANTOS, Dina – *A vivência dos pais com o método estudo exploratório, Mestrado Integrado Em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença* [Em linha] 2009 [Consult. 10/10/2010]. Disponível em:

em:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2193/1/22413_ulfp034952_tm.pdf.

SILVA, Abel, Paiva – *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina, Servir*, Lisboa, Volume 55. Nº 01-02, Janeiro – Abril 2007, 13-20.

TAMEZ, Raquel; SILVA, Maria - *enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1999.

VIEIRA, Margarida – *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda., 2009

WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. – *Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efectiva*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1999.

ANEXOS

ANEXO I - Cronograma do Estágio:

Cronograma do estágio

Internamento de Pediatria:

	Mês		Mês		
	Outubro		Novembro		
Dias	Horas		Horas		
		4	1 (Introdução)	2	10.30 (Noite)
		5	10.30 (Noite)	8	7.30 (Manhã)
		10	14.30 (Ma. /Tarde)	9	7.30 (Tarde)
		11	7.30 (Tarde)	10	10.30 (Noite)
		13	7.30 (Tarde)	13	7.30 (Manhã)
		14	7.30 (Manhã)	14	10.30 (Noite)
		18	7.30 (Tarde)	18	7.30 (Manhã)
		20	10.30 (Noite)	24	7.30 (Tarde)
		24	7.30 (Manhã)	28	14.30 (Ma. /Tarde)
		25	10.30 (Noite)		
		28	7.30 (Manhã)		
		29	10.30 (Noite)		
Total horas mês:		102.5		83.5	
Total horas estágio: -----					

Urgência de Pediatria & Neonatologia:

	Mês		Mês		Mês		
	Nov. 2010		Dez. 2010		Jan. 2011		
Dias	Horas		Horas		Horas		
		29	7.30 (Manhã)	1	7.30 (Manhã)	3	7.30 (Manhã)
		30	7.30 (Tarde)	2	7.30 (Tarde)	4	7.30 (Manhã)
				3	7.30 (Manhã)	7	7.30 (Manhã)
				8	7.30 (Manhã)	10	7.30 (Manhã)
				9	7.30 (Tarde)	11	7.30 (Manhã)
				13	7.30 (Manhã)	13	7.30 (Manhã)
				14	7.30 (Manhã)	14	7.30 (Manhã)
				16	7.30 (Manhã)	17	7.30 (Manhã)
				17	7.30 (Manhã)	18	7.30 (Manhã)
				20	7.30 (Manhã)	24	7.30 (Manhã)
				22	7.30 (Manhã)	25	7.30 (Manhã)
						26	7.30 (Manhã)
Total horas mês:		15		82.30		90	
Total horas estágio -----: 373.5							

ANEXO II - Caracterização do Internamento de Pediatria:

Caracterização do Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de pediatria encontra-se no quarto piso na ala virada para Sul. Acolhe recém-nascidos até adolescentes com dezassete anos. As crianças chegam a este serviço vindas da urgência (OBS Pediatria), das consultas externas, da neonatologia e do internamento de obstetrícia. É possível encontrar uma grande variedade de patologias, sobretudo do foro respiratório, cirúrgico, ortopédico, urinário e metabólico.

As instalações físicas do serviço de pediatria estão pensadas para responder às especificidades de cada criança e família. As paredes apresentam cores suaves e decorada de forma a criar um ambiente o mais acolhedor possível. Possui ainda duas salas de jogos com diversos brinquedos e televisão mais um computador com ligação a internet.

Este serviço foi sujeito a obras de ampliação em 2009, passando assim a ter disponíveis 28 camas podendo ser aumentado em situações especiais e com reforço de número de profissionais de saúde para 33 camas. No centro do serviço encontramos o berçário que pode conter 5 berços em simultâneo, com fraldário, banheira e todo o material para o banho do bebé. Existe uma enfermaria com 3 berços para os lactentes também com fraldário. Para as crianças de 1 aos 6 anos podemos encontrar 2 quartos de 3 camas com fraldário e banheira, mas sem casa de banho, e mais 2 quartos com duas camas com as respectivas casas de banhos. Para os adolescentes o serviço possui 6 quartos, com duas camas com casa de banho incluída. Se for necessário isolamento o serviço possui 3 quartos com casa de banho individual. Todas as enfermarias disponibilizam um armário e um cadeirão para cada cama, algumas cadeiras e televisão para que a criança e seus familiares.

O serviço possui várias casas de banho, umas disponíveis para os cuidados de higiene da criança e outras de uso dos adultos, devidamente identificadas, distribuídas ao longo do serviço. Possui também uma sala de tratamento, uma sala de registos onde é feita a passagem de turno de Enfermagem, gabinete da Enfermeira Chefe, gabinete do Chefe de Serviço, secretariado, uma sala de reuniões, e uma copa para os profissionais.

Para poder guardar alguns objectos de mais valor é disponibilizado a cada acompanhante que permanecer junta da criança um cacifo com chave.

Os acompanhantes têm direito a usarem uma copa própria para as pequenas refeições como o pequeno-almoço, lanche e ceia que o hospital serve de graça, as duas principais refeições são realizadas no refeitório da unidade hospitalar também de graça ao apresentar o cartão de acompanhante. A copa de leite é parte integrante do serviço de Pediatria (encontrando-se

externamente a este) e é aqui que são preparados os leites para os serviços de Obstetrícia e Neonatologia e de Pediatria. Devido a sua configuração e dimensão organizacional o internamento apresenta uma área de trabalho bastante grande onde não é possível ter uma visão global de todo o serviço no mesmo ponto de vista dificultando o trabalho dos enfermeiros.

FONTE: CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E. Disponível em:
http://www.hospitalfeira.minsaude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=355 .

ANEXO III - Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica:

Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica

O **serviço de urgência** de pediatria encontra-se no segundo piso a funcionar ao lado da urgência geral. Este serviço acolhe crianças desde os 0 até aos 17 anos. As crianças chegam a este serviço vindas de casa, escola, e/ou outras instituições. É possível encontrar uma grande variedade de patologias, sobretudo da área respiratória nesta altura do ano.

Temos assim três áreas diferentes, que estão divididas por passagens de acesso, correspondem à triagem, atendimento médico e OBS, esta última destina-se às crianças que necessitam de permanecer em observação até 24 horas ou efectuar tratamentos de curta duração.

Em termos de organização, as instalações da triagem e de atendimento médico são constituídas por uma sala de triagem, uma sala de espera com um fraldário, quatro gabinetes médicos e uma casa de banho. As instalações de OBS são compostas por um corredor com um balcão onde os enfermeiros organizam o seu trabalho, duas casas de banho para as crianças e outra para o pessoal do serviço, uma sala de arrecadação de material, uma sala de contaminados e roupas sujas, uma copa, dois gabinetes de enfermagem, uma sala para tratamentos e nebulizações com duas camas pediátricas e uma sala de OBS com capacidade para 5 camas pediátricas e duas macas.

A sala de OBS tem ainda um armário onde se encontram as diversas terapêuticas farmacológicas, o carro de emergência, os monitores cardíacos e outras máquinas. Verificando-se a insuficiente área física que dificulta o trabalho da equipa de saúde e acomodação do acompanhante, composta por um corredor exíguo e bastante extenso em que se vão anexando os vários consultórios

FONTE: CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E. Disponível em:

http://www.hospitalfeira.minsaude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=355.

ANEXO IV - Caracterização da Neonatologia:

Caracterização da Neonatologia

O **serviço de neonatologia** encontra-se no terceiro piso. Assume as responsabilidades descritas no Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal, e possui recursos para o diagnóstico e tratamento de patologias neonatais incluindo os procedimentos especializados, encontrando-se perto da sala de parto. Este serviço acolhe crianças desde o nascimento vindas do Núcleo de parto, da obstetria, da urgência ou mesmo de outras instituições particulares.

As instalações físicas, materiais e humanas da Neonatologia foram planeadas para responder às especificidades clínicas de cada criança. O ambiente é calmo com cores suaves permitindo aos pais e a quem trabalha um ambiente o mais calmo e acolhedor possível.

É assim constituída por duas áreas distintas, a primeira de prestação de cuidados e a segunda de apoio. Na área da prestação de cuidados encontramos 5 unidades para os Recém-nascidos de maior risco, 4 de cuidados intermédios e 1 quarto para isolamento. Todas as unidades estão equipadas com monitorização e uma incubadora ou berço dependendo da situação clínica do recém-nascido.

A nível de apoio existe neste serviço uma sala de amamentação, onde as mães podem retirar o leite e encontrar alguma informação. Esta sala é assim equipada com o material necessário para a extracção e conservação do leite assim como para o aquecer.

Apresenta ainda 1 gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma copa e uma sala para armazenamento do material de uso clínico. O serviço de **Neonatologia** apresenta uma área de prestação de cuidados ampla e o enfermeiro frui de uma visão de todo o serviço a partir do balcão de trabalho.

FONTE: CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E. Disponível em:

http://www.hospitalfeira.minsaude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=355.

ANEXO V- Triagem de Enfermagem, prioridades instituídas:

Triagem de Enfermagem, prioridades instituídas

Triagem de Enfermagem:

(transcrição do quadro de prioridades instituído desde de 30 de Abril de 2001 e assinado pelo Director do Serviço de Pediatria/Neonatologia)

Prioridades	Designação	Situações	Orientação
1º	Emergência	Convulsões (1) Choque ALTE (2) Intoxicação (3) IRA (4)	Sala de Reanimação e Comunicação imediate ao Pediatra
2º	Urgência Pediátrica I	SDR Diabetes Intoxicações Pós-convulsões Desidratação (5) Quadros meníngeos	OBS Pediatria
3º	Urgência Pediátrica II	R.N. de risco Abdómen cirúrgico Referenciados de outros hospitais	Consulta pelo Pediatra
4º	Não Urgência	Todos os outros casos	SAP

Notas:

A - (1) Convulsões: por emergência entende-se mal epilético/status convulsivo, com risco eminente de paragem cardio-respiratória; descompensação hemodinâmica ou convulsões refractárias ao tratamento.

(2) ALTE: episódio ameaçador da vida (Acute Life Threatning Event) – apneia; bradicardia com descompensação hemodinâmica; quase afogamento; etc.

(3) Intoxicação: por emergência entendem-se as intoxicações graves, com alteração de consciência ou descompensação hemodinâmica (organofosforados, digitálicos, salicilatos, paracetamol, barbitúricos, etc.).

(4) IRA – Insuficiência Respiratória Aguda, nomeadamente status asmático com silêncio pulmonar; cianose central; hipóxia grave (se saturação de O₂ inferior a 88% em ar ambiente e criança com idade inferior a 2 anos; estridor laríngeo grave – epiglote, com IRA eminente, corpo estranho, Bronquiolite grave, etc.)

(5) Sinais de desidratação: letargia, hipotonia, hipertermia, olhos encovados, fontanela deprimida (na desidratação hipernatrémica a fontanela pode apresentar-se tensa), pele e mucosas secas, alterações de pulso, FC ou FR, alterações de consciência, etc.

B – Funções de Enfermagem:

Avaliar e registar os sinais vitais (temperatura, FC, FR, TA);

Administrar antipirético sempre que justificável (se temperatura superior a 38°C e de acordo com protocolo instituído) e fazer arrefecimento físico.

Material de reanimação – é da inteira responsabilidade do Pediatra de serviço à urgência. É da responsabilidade da Enfermeira responsável, no início do turno, a verificação e confirmação de todo o material e medicação de urgência.

C – Politraumatizados, TCE e Queimados: serão enviados para a emergência tal como actualmente. A eventual colaboração do Pediatra será solicitada pelo colega do serviço de Emergência.

D – Em todas as situações não incluídas neste diagrama, ou sempre que surjam dúvidas quanto à orientação de doentes, as Sras. Enfermeiras devem consultar o Pediatra de Urgência.

E – As crianças que após observação pelos colegas do SAP necessitem do parecer de pediatria, serão por nós referenciadas posteriormente.

FONTES: Quadro de prioridade instituído e assinado pelo Director do Serviço de Pediatria/Neonatologia, exposto na sala de triagem.

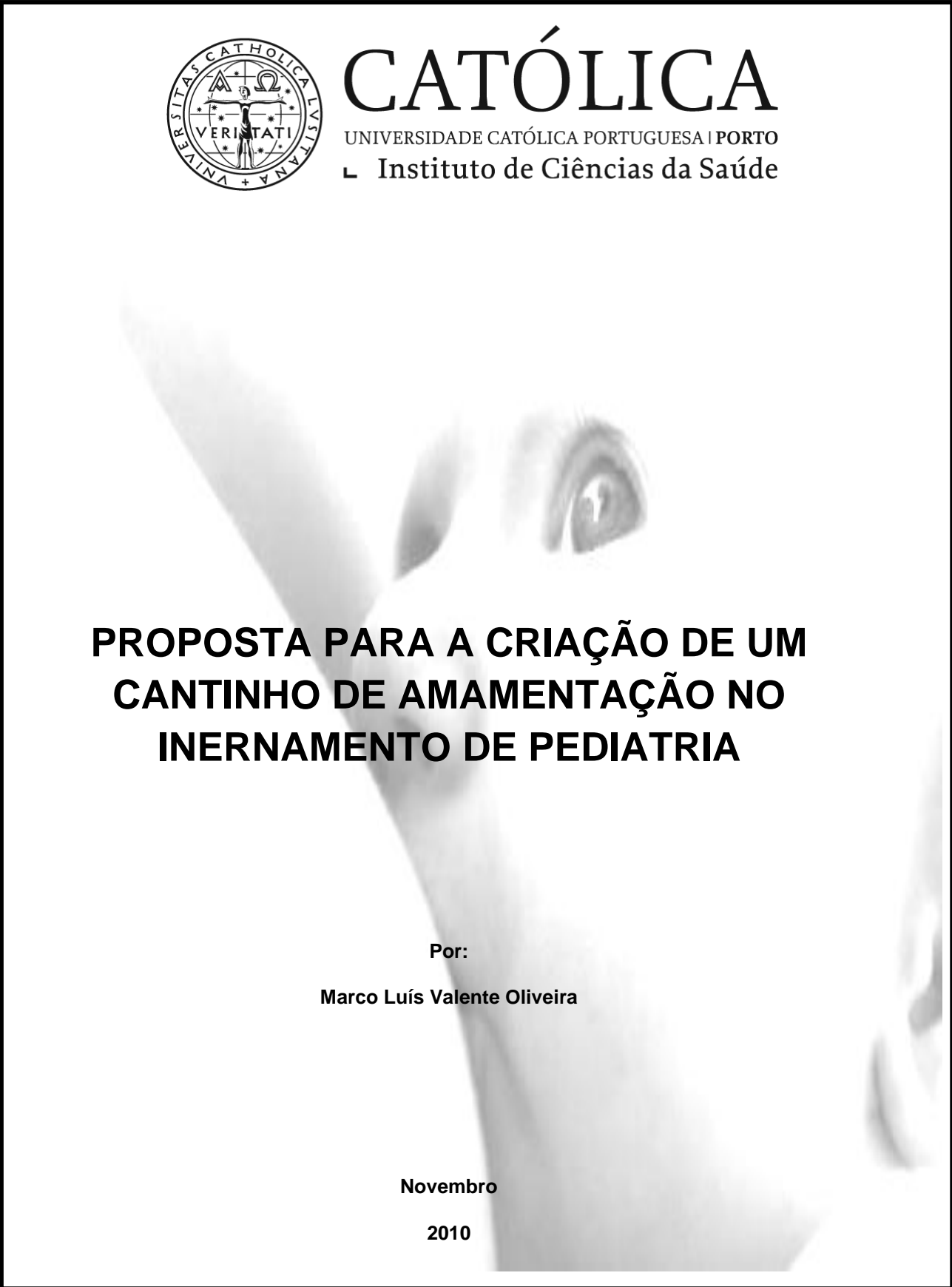
ANEXO VI- Proposta para a criação de um Cantinho de Amamentação



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde



PROPOSTA PARA A CRIAÇÃO DE UM CANTINHO DE AMAMENTAÇÃO NO INTERNO DE PEDIATRIA

Por:

Marco Luís Valente Oliveira

Novembro

2010

INDICE

0.INTRODUÇÃO.....	2
1. ALEITAMENTO MATERNO.....	3
2. O CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO	5
3. PROPOSTA PARA CRIAÇÃO DO CANTINH.....	7
4.BIBILOGRAFIA	9

0. INTRODUÇÃO

Desde de sempre que o leite materno faz parte da vida do ser Humano. É considerado como o melhor alimento para o recém-nascido e a criança.

Como refere a OMS *“Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam, o aleitamento materno; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desiste de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projecto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação”*. Significa então que é importante continuar com o nosso trabalho a nível da educação e promoção para obter resultados cada vez melhor no sucesso do aleitamento materno.

Segundo Sanches (2002) referido por Pereira (2006: 102) *“O processo de amamentação está sujeito a múltiplos factores, largamente descritos na literatura, desde os biológicos, culturais, sociais, políticos, económicos, tornando a amamentação na maioria das culturas, quase sempre um processo complexo”*.

Por outro lado sabemos que a decisão de amamentar é inteiramente da responsabilidade da mãe. É ela que vai decidir o futuro sobre o seu processo de aleitamento materno.

Durante as primeiras semanas de amamentação o mais natural é as mães sentirem-se mais inseguras, cansadas e com maior instabilidade emocional, necessitando da intervenção de um profissional que acompanha e apoia todo esse processo.

Como conselheiro em Aleitamento Materno, verificou-se na actividade diária e também neste estágio que por vezes as dúvidas só emergem depois do acto de ser mãe. Mesmo com muita vontade de alimentar o seu filho, este processo por vezes não é assim tão fácil, tornando-se mais complexo do que se possa esperar. A nossa função é sobretudo apoiar, atenuar os receios e ansiedades, e sobretudo transmitir confiança e conhecimento para que tudo avance para o bem de todo o processo que é Amamentar.

1.ALEITAMENTO MATERNO:

Já bem estudadas as virtudes do leite materno, são indiscutíveis. A Organização Mundial de Saúde também recomenda o Aleitamento Materno exclusivo até ao sexto mês de vida e deve ser mantida até aos dois anos em conjunto com alimentação complementar.

Os numerosos estudos desenvolvidos sobre este tema referem as vantagens do leite materno mencionando ainda que é de mais fácil digestão e nutritivo, do que o leite artificial, protege de infecções e outras doenças, tendo menor probabilidade de produzir reacções alérgicas. Aumenta os laços de afectividade e segurança entre a mãe e a criança.

Para não falar também da importância do acto de amamentar para a própria mãe que segundo os mesmos estudos referem maior segurança e diminuição da ansiedade, maior facilidade em recuperar o peso, maior facilidade do útero regressar mais cedo ao estado pré -gravítico e maior protecção contra o cancro da mama, cancro do ovário, osteoporose e anemia.

Referindo ainda as vantagens a nível económicas e ecológicas, pois o leite materno está sempre pronto a consumir e na temperatura ideal para a criança. Não necessita de latas nem de outro tipo de material o que quer dizer que é económico.

Segundo recomendações da OMS/UNICEF estes são os dez passos para o sucesso da amamentação:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Informar todas as grávidas atendidas sobre as vantagens e a prática da amamentação.
4. Ajudar as mães a iniciarem a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostra às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas de seus filhos.
6. Não dar ao recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação livre (sempre que o bebé quiser).
9. Não oferecer bicos artificiais (tetinas) ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

O aleitamento é um tema pertinente para os enfermeiros que se encontram em contacto com puérperas todos os dias. Num breve espaço de tempo o profissional apercebe-se de algumas reacções que estas mães possam ter.

Partiu-se assim para um projecto, será a proposta para a criação de um Cantinho da Amamentação.

O objectivo principal é fazer com que as mães tenham a intenção de alimentar exclusivamente seus filhos com Leite Materno desde do nascimento á alta hospitalar e continuar até aos 6meses ou mais.

Com as seguintes Estratégias, prevenindo e/ou tratar problemas decorrentes da amamentação, com a realização de ensinios oportunos. Sessão de Educação para saúde á puérpera. Reunião com a equipa de enfermagem para análises de casos.

2. O CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO:

Entende-se por Cantinho da Amamentação, um espaço dinamizado por profissionais com habilitações próprias (curso de aconselhamento em leite materno da OMS/UNICEF), que juntamente com as mães ou futuras mães e suas famílias é oferecida ajuda específica com o intuito de que cada mulher consiga realizar o seu projecto de amamentar o seu filho, são recomendações da OMS/UNICEF. Este espaço tem de ter as condições mínimas para as mães darem de mamar, material de apoio e de informação.

Segundo Associação Mama Mater (associação de profissionais de saúde, mães e apoiantes do aleitamento materno), o cantinho deverá possuir as seguintes condições:

A) Em relação ao Espaço:

- Deve situar-se numa zona calma, sem muito ruído e/ou circulação;
- Deve possuir (quando é possível) iluminação natural, regulável (com cortinas ou estore) de modo a evitar a luz intensa e o sobreaquecimento no Verão e garantir a quantidade suficiente para uma boa utilização do espaço no período do inverno, propondo se uma orientação da sala Nascente ou Poente (quando Possível);
- Que (se necessária), disponha de luz artificial indirecta, e não lâmpadas de tecto;
- Que disponha de um lavatório;
- Que ofereça aos utentes sensações de tranquilidade e harmonia, nomeadamente no que diz respeito às cores aplicadas e/ou à disposição /decoreação do mobiliário, preferencialmente minimalista).

B) Em relação ao Mobiliário:

- 1 ou mais Cadeirões (conforme as possibilidades) de preferência reclináveis, ou uma cadeira ou cadeirão que forneça apoio aos braços e costas da mãe;
- 1 Banquinho ou equivalente para apoio dos pés, se o cadeirão ou cadeira não forem reguláveis em altura;
- 3 ou 4 cadeiras para interventores ou familiares das mães;
- 1 “Catre pediátrico” ou similar para muda dos bebés;
- 1 Armário pequeno, com portas, para arrumação do material esterilizado e eventualmente da extractora de leite;

C) Em relação ao equipamento:

- 1 Tabuleiro inox para “sujos”, com aproximadamente 40x30x10 cm;

- 1 Caixote do lixo com tampa, para fraldas descartáveis;
- 1 Caixote do “lixo” com tampa, para resguardos de pano sujos;
- 10 Resguardos de pano.

D) Em relação ao equipamento: (Opcional)

- 1 Máquina Extractora Eléctrica;
- 5 Conjuntos individuais de recolha de leite, para máquina, esterilizáveis em auto-clave;
- 10 Copinhos de plástico e/ou vidro, reutilizáveis e esterilizáveis, para aleitamento de bebés;
- Embalagens de vidro ou plástico, próprias para alimentos, esterilizadas, para recolha e eventual conservação de leite materno;
- Frigorífico (se viável)

E) Em relação ao equipamento: específico:

- Identificação da porta do espaço, com a designação “*Cantinho da Amamentação*” e o respectivo horário de funcionamento;
- 2 ou 3 Almofadas de apoio, de diversos formatos e tamanhos, com forro impermeável, revestido por capas laváveis e facilmente substituíveis.
- 1 ou 2 modelos de mama, em lã ou similar, para demonstrações;
- 1 Cartaz sobre a conservação do leite;
- Folhetos informativos de apoio;
- Dossier arquivo para os registos que foram necessários.

Verifica-se assim que um Cantinho da Amamentação tem de reunir certas condições físicas e pessoais para o seu bom funcionamento.

3. PROPOSTA AO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA:

O Cantinho da Amamentação é um projecto dirigido a todos os pais/famílias com Recém-Nascidos e Crianças que estejam ainda a ser alimentados com leite materno de todo o serviço de Internamento de Pediatria da Unidade de São Sebastião do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga EPE.

Tem como principal **objectivo**, abranger todas as puérperas e as mulheres que estão amamentar, e respectivos filhos.

Como principais actividades faz parte o **apoio** à amamentação, a **promoção** do Aleitamento Materno, o **esclarecer** de dúvidas e anseios que possam surgir no processo de amamentar.

É referido por várias mães que tiveram sucesso na amamentação, como sendo uma experiência única entre mãe e filho, mesmo se nos primeiros dias as dificuldades possam surgir e o processo não se proceda tão naturalmente como se pretendia. Daí a importância das mães se sentirem esclarecidas e amparadas neste espaço de tempo.

Seguindo por este caminho é de certo pertinente a realização deste projecto, cujo principal objectivo será a promoção do aleitamento materno.

Visto o serviço de Pediatria não possuir um Cantinho da Amamentação, foi iniciado o processo para a proposta da criação do mesmo.

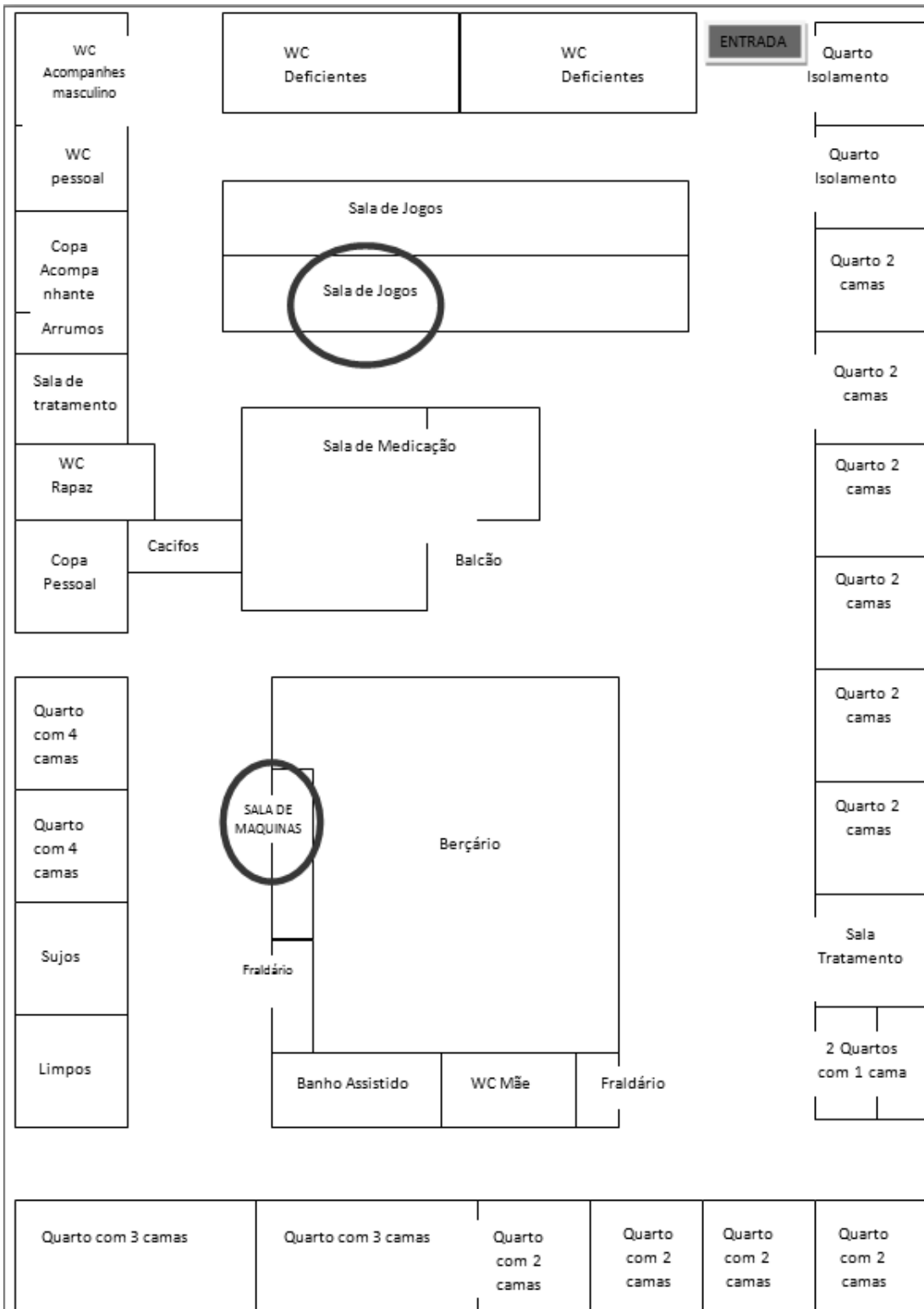
Numa primeira fase, fazer pesquisas bibliográficas sobre o tema, expor o pontos mais importantes e reflectir sobre a sua utilidade para o serviço. Em seguida examinei onde poderia ser projectado e concretizado o “Cantinho da Amamentação”. Depois de analisar o espaço que é o Internamento de Pediatria cheguei a conclusão que poderia ser concretizado em dois locais distintos como assinalados por círculos com indica a figura 1 a seguir.

O Hospital apresenta várias iniciativas acerca deste tema como posso referir a “Semana Europeia do Aleitamento Materno”, que decorreu de 4 a 9 de Outubro 2010. Apresentando várias acções como por exemplo a visualização na entrada principal do Hospital vários Posters alusivo ao tema, distribuição de um Panfleto também sobre o tema.

A Associação Mater disponibiliza a colaboração possível para a instalação do Cantinho da Amamentação no Hospital, quer no que diz respeito à análise do espaço de que dispõem, quer da correcta instalação do mobiliário e ou equipamento, bastando por isso entrar em contacto em: mamamamter.org ou rua José Garcia, 1057-2775-218. Com o telefone: 214547080

Esta proposta será dada a conhecer a respectiva chefe de serviço (Celina Capela) e a tutora de estágio.

Fig. 1: Possíveis locais para implementação do Cantinho da Amamentação



4. BIBLIOGRAFIA:

CARVALHO, Marcus; TAMEZ, Raquel – *Alimentação: Bases Científicas a Prática Profissional*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002.

PEREIRA, Maria Adriana – *Aleitamento Materno - Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação, Resultados de um Estudo Experimental*. Loures: Lusociência - Edição Técnicas e Científicas, Lda., 2006.

SILVA, Diana; FONSECA, Sandra – *Aleitamento Materno: Manuela de Informação aos Pais*. Porto : Editor Norberto Teixeira Santos, 1997.

Sites Consultados

Aleitamento.com: http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=2393&id_subcategoria=2
(consultado em 2010.10.10)

PINTO, Tiago – promoção e apoio ao aleitamento materno na comunidade:
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf> (visitado em 20/10/2010)

Stratégie Mondiale Pour la Santé de la Femme et de l'enfant:
http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_fr.pdf (consultado em 2010.10.10)

World Health Organization:
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/> (consultado em 2010.10.10)

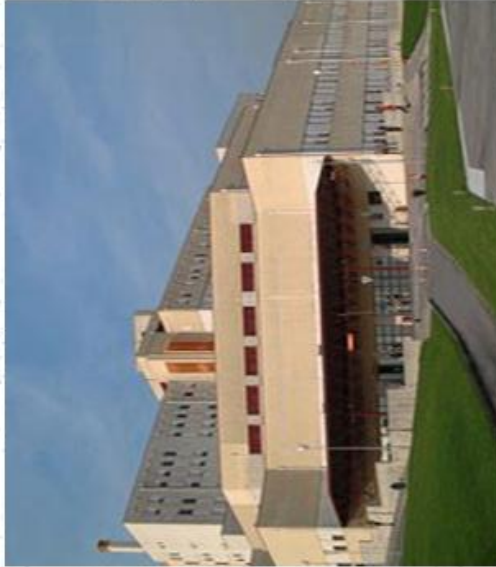
ANEXO VII – Guia de Acolhimento aos Pais (1):



No serviço de Pediatria, é permitido a permanência de um acompanhante por criança durante as 24 horas do dia.

A família decide quem é o acompanhante da criança, pede-se apenas que seja uma pessoa com o qual a criança esteja familiarizada.

Ao acompanhante é permitido trocar com outra pessoa (cuidador), quando a família decidir, devendo fazê-lo das 8 às 21 horas.



Guia de acolhimento aos pais



Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira
Telf: 256 379 700
Fax: 256 373 867

Hss@hospitalfeira.min-saude.pt

Serviço de Pediatria

Director Serviço: Prof. Dr. Rui Carrapato
Enfermeira Chefe: Celina Capela

Realizado por: Marco Oliveira
Aluno do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.
do ICS-Porto.UCP





Alimentação

Durante o internamento, as crianças têm uma dieta indicada pelo seu médico assistente, de acordo com a idade e situação clínica, procurando-se respeitar os seus hábitos alimentares.

Algumas crianças têm dietas especiais, pelo que **NÃO** deve oferecer comida às outras crianças.

Horário das refeições

O acompanhante terá direito às refeições gratuitamente. Assim pode tomar o pequeno – almoço, lanche e ceia na copa dos pais dentro do Serviço de Internamento de Pediatria. As restantes refeições são servidas no refeitório do Hospital (3º piso) com apresentação do cartão de acompanhante.

Pequeno - almoço: 8:30 às 9:45 horas

Almoço : 12 às 14 horas

Lanche : 16 às 17 horas

Jantar : 19 às 21 horas

Ceia: 22 às 23 horas

Horário das Visitas

Consideramos que a presença dos Pais/Família e Amigos, são essenciais para manter o equilíbrio emocional da criança.

Todos os dias das

Das 8 às 15 horas além do acompanhante a criança pode ter mais uma visita, que não pode permutar com outra.

Das 15 às 21 horas é permitida a visita de duas pessoas por criança que podem permutar entre si, uma das visitas deve utilizar o cartão de acompanhante e a outra o cartão de visita comum.

As crianças até aos 13 anos (inclusive), só podem visitar doentes no período (15:00-21:00), desde que devidamente autorizadas por escrito, pelo Director do Serviço (ou substituto).

Outros Serviços

Algumas enfermarias possuem um armário, uma mesa, um cadeirão, cadeiras e TV para a criança e seus familiares.

Existe ao longo do serviço várias casas de banho para uso exclusivo da criança e outras para os adultos convenientemente identificadas.



O serviço de Internamento de Pediatria possui ainda 1 sala de jogos para as crianças poderem brincar, jogarem e verem o seu programa preferido na TV.

Alta

No dia da alta, deverá:

Esclarecer todas as dúvidas com o seu médico e/ou Enfermeiro.

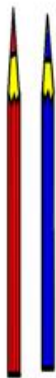
Prestar atenção a todas as recomendações.

Confirmar se tem toda a documentação necessária.

Certificar-se de que não deixe esquecido nenhum dos seus bens pessoais.



ANEXO VIII - Guia de Acolhimento aos Pais (2):



No serviço de Pediatria, é permitido a permanência de um acompanhante por criança durante as 24 horas do dia.

A família decide quem é o acompanhante da criança, pede-se apenas que seja uma pessoa com o qual a criança esteja familiarizada.

Ao acompanhante é permitido trocar com outra pessoa (cuidador), quando a família decidir, devendo fazê-lo das 8 às 21 horas.



Guia de acolhimento aos pais

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Rua Dr. Cândido de Pinho

4520-211 Santa Maria da Feira

Telf: 256 379 700

Fax: 256 373 867

Hss@hospitalfeira.min-saude.pt

Serviço de Pediatria

Director Serviço: Prof. Dr. Rui Carrapato

Enfermeira Chefe: Célia Capela

Realizado por: Marco Oliveira

Aluno do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.
do ICS-Porto.UCP





Alimentação

Durante o internamento, as crianças têm uma dieta indicada pelo seu médico assistente, de acordo com a idade e situação clínica, procurando-se respeitar os seus hábitos alimentares.

Algumas crianças têm dietas especiais, pelo que **NÃO** deve oferecer comida às outras crianças.

Horário das refeições

O acompanhante terá direito às refeições gratuitamente. Assim pode tomar o pequeno – almoço, lanche e ceia na copa dos pais dentro do Serviço de Internamento de Pediatria. As restantes refeições são servidas no refeitório do Hospital (3º piso) com apresentação do cartão de acompanhante.

Pequeno - almoço: 8:30 às 9:45 horas

Almoço : 12 às 14 horas

Lanche : 16 às 17 horas

Jantar: 19 às 21 horas

Ceia : 22 às 23 horas

Horário das Visitas

Consideramos que a presença dos Pais/Família e Amigos, são essenciais para manter o equilíbrio emocional da criança.

Todos os dias:

Das 8 às 15 horas além do acompanhante a criança pode ter mais uma visita, que não pode permutar com outra.

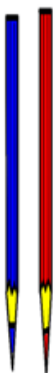
Das 15 às 21 horas é permitida a visita de duas pessoas por criança que podem permutar entre si, uma das visitas deve utilizar o cartão de acompanhante e a outra o cartão de visita comum.

As crianças até aos 13 anos (inclusive), só podem visitar doentes no período (15:00-21:00), desde que devidamente autorizadas por escrito, pelo Director do Serviço (ou substituto).

Outros Serviços

Algumas enfermarias possuem um armário, uma mesa, um cadeirão, cadeiras e TV para a criança e seus familiares.

Existe ao longo do serviço várias casas de banho para uso exclusivo da criança e outras para os adultos convenientemente identificadas.



O serviço de Internamento de Pediatria possui ainda 1 sala de jogos para as crianças poderem brincar, jogarem e verem o seu programa preferido na TV.

Alta

No dia da alta, deverá:

Esclarecer todas as dúvidas com o seu médico e/ou Enfermeiro.

Prestar atenção a todas as recomendações.

Confirmar se tem toda a documentação necessária. Certificar-se de que não deixou esquecido nenhum dos seus bens pessoais.



ANEXO IX - Questionário sobre a Prática de Cuidados ao Coto Umbilical:

QUESTIONÁRIO

Prática de Cuidados ao Coto Umbilical

Elaborado por:

Raquel Coelho

Marco Oliveira

Universidade Católica Portuguesa

Porto, Dezembro de 2010

Introdução

Marco Luís Valente Oliveira e Raquel Alexandra Azevedo Coelho, alunos do 3º Curso de Pós-licenciatura com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências de Saúde - Universidade Católica Portuguesa do Porto, vêm por este meio solicitar a sua participação no preenchimento de um questionário que visa identificar a prática da Equipa de Enfermagem do serviço de Pediatria do Hospital São Sebastião relativamente aos cuidados ao coto umbilical.

Este questionário é anónimo e confidencial, sendo os dados por si facultados utilizados exclusivamente para o propósito deste trabalho. O seu contributo é fundamental para a realização do diagnóstico da situação e para a fundamentação da realização da formação de pares, a qual tem por intuito a uniformização de práticas contribuindo, assim para a excelência de cuidados.

O questionário é composto por 5 perguntas, todas de respostas rápida.

Oportunamente divulgaremos os resultados e agradecemos, desde já a sua colaboração.

Atentamente,

Marco Oliveira e Raquel Coelho.

Questionário

1. Qual o produto que habitualmente utiliza na prestação de cuidados ao coto umbilical?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Água e sabão | <input type="checkbox"/> Clorexidina |
| <input type="checkbox"/> Álcool a 70°C | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico |

2. Qual a periodicidade que aplica na prestação de cuidados ao coto umbilical?

- Uma vez por dia
- A cada mudança de fralda
- Aquando da prestação dos cuidados de higiene
- Aquando da prestação de cuidados de higiene e sempre que este entre em contacto com urina ou fezes

3. Qual o produto que habitualmente aconselha, aquando da realização dos ensinamentos aos pais relativamente aos cuidados a prestar ao coto umbilical?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Água e sabão | <input type="checkbox"/> Clorexidina |
| <input type="checkbox"/> Álcool a 70°C | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico |

4. Perante a presença de exsudado sem cheiro, qual o produto que habitualmente utiliza?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Água e sabão | <input type="checkbox"/> Clorexidina |
| <input type="checkbox"/> Álcool a 70°C | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico |

5. Perante a presença de exsudado com cheiro, qual o produto que habitualmente utiliza?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Água e sabão | <input type="checkbox"/> Clorexidina |
| <input type="checkbox"/> Álcool a 70°C | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico |

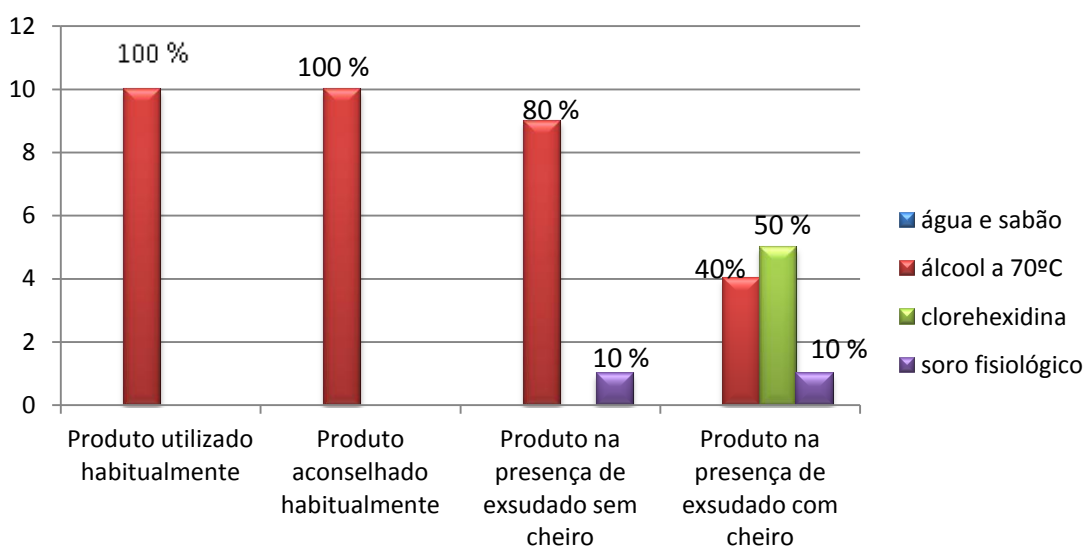
Obrigado!

ANEXO X - Resultado e gráfico sobre a prática de cuidados ao Coto Umbilical:

Resultado e gráfico sobre a prática de cuidados ao Coto Umbilical

O **gráfico 1**, mostra os produtos utilizados nos cuidados ao coto umbilical habitualmente ou a quando da presença de exsudado com ou sem cheiro.

Gráfico I - Prática de cuidados ao Coto Umbilical (n=10)



Através da análise do gráfico anterior, constatou-se que nem todos os profissionais utilizavam os mesmos produtos quanto à prática de cuidados ao coto umbilical.

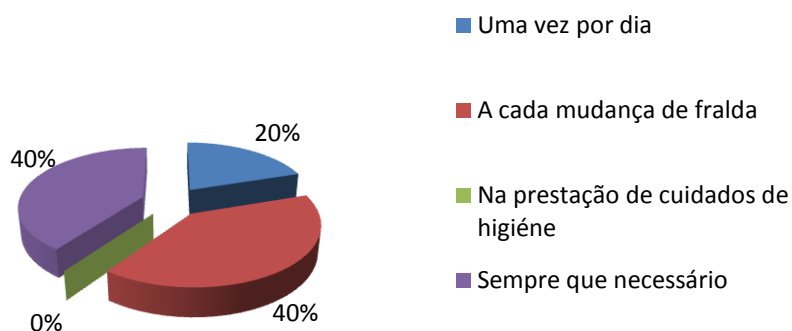
Podemos observar que 100% dos enfermeiros responderam que habitualmente utilizam e aconselham o uso de álcool a 70°C. Na presença de **exsudado sem cheiro** 80% dos que responderam utilizam álcool a 70°C e 10% usam soro fisiológico. Na presença de **exsudado com cheiro** 40% utilizam álcool a 70°C, 50% empregam clorexidina e apenas 10% soro fisiológico.

ANEXO XI - Resultado e gráfico sobre periodicidade dos cuidados ao Coto Umbilical:

Resultado e gráfico sobre periodicidade dos cuidados ao Coto Umbilical

O **gráfico 2** apresenta a periodicidade dos cuidados ao coto umbilical efectuado pelos enfermeiros que responderam ao questionário.

Gráfico 2 – Periodicidade dos Cuidados ao Coto



No que se refere à periodicidade dos cuidados prestados ao coto umbilical, verificou-se que 20% respondeu uma vez por dia e que 40% refere a cada mudança de fralda e outros 40% responderam sempre que necessário.

ANEXO XII - Plano de Formação com o tema: Banho do Recém-nascido e cuidados ao Coto Umbilical:

PLANO DE SESSÃO

Tema: Banho do Recém-nascido e Cuidados ao Coto Umbilical.

Objectivo Geral:
Contribuir de forma positiva para a uniformização dos cuidados relativamente ao Banho do Recém-Nascido e Coto Umbilical.

Objectivos Específicos:
Explicar uma revisão de literatura referente aos conteúdos temáticos em questão;
Referenciar os procedimentos adequados, no que se refere ao Banho do Recém-Nascido;
Referenciar os cuidados a ter com o Coto Umbilical.

Formador: Raquel Coelho & Marco Oliveira

Local: Internamento de Pediatria
Data: 17/01/2011

Duração: 40 minutos

População Alvo: Enfermeiros do Internamento de Pediatria e Neonatologia.

Fases / Tempo	Ações a Desenvolver	Material	Metodologias	Objectivos	Avaliação
Introdução - 5 min.	- Acolhimento; - Apresentação dos formadores; - Definição de objectivos; - Introdução ao conteúdo temático;	- Computador - Pen - Drive	- Método Expositivo	- Integrar os formandos na sessão; - Despertar o interesse para a sessão.	- Observação de atitudes e comportamentos, assim como a forma de estar dos formandos (Receptividade);
Desenvolvimento -25 min.	- Pertinência da Formação; - Revisão da Literatura; - Procedimento; - Bibliografia.	- Computador - Pen - Drive	- Método Expositivo - Método Interactivo (Diálogo Informal)	- Dotar os formandos de conhecimentos acerca dos cuidados no Banho ao Recém-Nascido e Coto Umbilical; - Consciencializar sobre a importância da uniformização dos cuidados.	- Observação de atitudes e comportamentos por parte dos formandos (Receptividade).
Conclusão - 10 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Interação entre formandos e formadores.	- Computador - Pen - Drive	- Método Interactivo (Diálogo Informal)	- Avaliar o feedback por parte dos formandos; - Enfatizar a importância da uniformização dos cuidados na prática assistencial de enfermagem.	- Diálogo com os formandos acerca da pertinência da sessão; - Questionar e esclarecer os formandos acerca de possíveis dúvidas (Receptividade e Feedback).

ANEXO XIII - Formação com o tema: Banho do Recém-nascido e Cuidados ao Coto Umbilical:

BANHO DO RECÉM-NASCIDO E CUIDADOS AO COTO UMBILICAL



Realizado por: Marco Oliveira & Raquel Coelho

Alunos do 3.º Curso de Pós-Licenciatura, com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da UCP - ICS do Porto.

SUMÁRIO:

- 1. Pertinência da Formação
- 2. Revisão da Literatura
- 3. Procedimento
- 4. Bibliografia



1. PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO

- O **banho** ao Recém-nascido e os **cuidados ao coto umbilical** fazem parte integrante da actuação do enfermeiro e dos próprios pais.
- A prática de **cuidados ao coto umbilical** implica a utilização de **cuidados específicos**, de modo a evitar que a **colonização bacteriana** por *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* atinja níveis suficientes passíveis de desencadear um processo infeccioso, até à sua completa cicatrização.



1. PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO



1. PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO

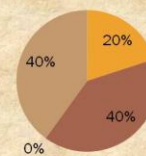
- Questionário aplicado aos enfermeiros relativamente à prática de cuidados ao Coto Umbilical (n= 10)



1. PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO

Periodicidade dos Cuidados ao Coto

- Uma vez por dia
- A cada mudança de fralda
- Na prestação de cuidados de higiene
- Sempre que necessário



2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- A **preservação da integridade da pele** é um aspecto importante do cuidado, sobretudo, durante o período neo-natal, pelo que deve **ser priorizada**, especialmente no caso do recém-nascido pré-termo.



- A **colonização** da pele do recém-nascido internado é **consequência de múltiplos factores** do ambiente hospitalar, entre eles o **banho rotineiro** (Cunha, M.L.C. et al: 2006).

2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Por não ser um procedimento **inócuo**, os benefícios do banho diário necessitam ser claramente justificados (AWHONN, 2001).
- Referente ao **banho**, o procedimento diário e de rotina aos **bebés pré-termo** é considerado **desnecessário** e **contra-indicado** (Revista Brasileira de Enfermagem, 2009).



2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- São raros os estudos comparando técnicas de banho ou o efeito de diferentes produtos de limpeza sobre o pH da pele do recém-nascido a termo e prematuro (Lund, C. et al: 1999).
- O banho e os produtos de limpeza, normalmente o sabonete interferem na protecção fisiológica cutânea (manto ácido), provocando mudança na composição da microflora cutânea e na actividade enzimática da epiderme. Para além disso, provoca a dissolução da gordura da superfície da epiderme, influenciando nas condições de hidratação e predisposição à secura da pele (Cunha, M.L.C et al: 2006).



2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Tanto os **sabonetes para bebé** quanto os **sabonetes suaves** genéricos oferecidos no mercado apresentam como ingrediente activo os **surfactantes**, que são **substâncias irritantes para a pele** (Siefgried, E.C.: 1998).
- Repetidas lavagens com sabonete **propiciam um aumento na colonização** da pele com *Staphylococcus coagulase negativo*, o qual tem sido relacionado com a mudança do pH provocada por esse (Baranda, L. et al: 2002).



2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- O banho **com sabão neutro** em oposição ao banho só com água **tem efeitos mínimos** na redução da colonização bacteriana da **pele** por bactérias patogénicas (Medves, J.M. et al: 2001).



- Nos **recém-nascidos pré-termo** (idade gestacional inferior a 32 semanas) recomenda-se a utilização de **água esterilizada morna** para a remoção dos fluidos corporais, pois ela não altera a flora da pele (Darmstadt, G.L.; Dinulos, J.G.: 2000).

2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- O banho do recém-nascido deverá **ser limitado a 3 vezes por semana** durante o **primeiro mês**. A água com sabão deverá ser utilizada um dia sobre três e apenas quando a água não é suficiente (Hummel, M.: 2001).
- Relativamente ao banho do recém-nascido pré-termo, estudos sugerem ser indicado o uso somente de água e o aumento do intervalo de dias entre os banhos para que se evite um aumento na colonização da pele (Cunha, M.L.C et al: 2006).



2. REVISÃO DA LITERATURA (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Assegura-se que há necessidade de limpar apenas a área genital com água morna e sabão neutro, mas nos recém-nascidos com menos de 1.5 kg a higiene deve ser feita apenas com água.
- Outros autores salientam que o banho deve ser prorrogado no mínimo até ao RN Pré-termo atingir 2 semanas de vida e depois deste período, realizá-lo por tempo curto (menor que 5 minutos), no ambiente da incubadora, restringindo-se à área suja e apenas 3 vezes por semana (Revista Brasileira de Enfermagem, 2009).



3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

Orientações Gerais:

- Não dar banho no 1º dia de vida:
 - (Função barreira do vernix caseoso)
- Idealmente 2 a 3 vezes por semana:
 - (Banho frequentes podem condicionar a secura da pele e uma maior susceptibilidade à infecção)
- Deverá ser dado na direcção céfalo-caudal:
 - (Evita o transporte de microrganismos de uma zona do corpo para outra)
- Evitar o banho após alimentação:
 - (Pode regurgitar)
- Duração do banho não deve ultrapassar os 5 minutos:
 - (Prevenir a hipotermia)
- Ter todo o material preparado antes do banho.



3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

Banho ao RN Pré-termo:

- Optimizar o meio ambiente (24 a 25°C);
- Lavar cuidadosamente as mãos;
- Preparar todo o material necessário:
 - Compressas pequenas esterilizadas;
 - Compressas grandes não esterilizadas;
 - Soro fisiológico;
 - Fralda;
 - Roupa do bebé;
 - Outro material necessário conforme a situação.
- Preparar a água do banho à temperatura de 37°C:
 - (Utilizar água esterilizada no caso de RN com menos de 32 semanas de gestação)



3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Lavar a cara e a cabeça:
 - (Os olhos deverão ser limpos com soro fisiológico).
- Lavar o resto do corpo incluindo o coto umbilical;
- Lavar a região genital e anal:
 - (A lavagem deverá ser efectuada no sentido antero-posterior para se minimizar a possibilidade de transmissão de bactérias e fungos da região anal para a genital).
- Limpar e secar cada área após lavagem.
- Colocar a fralda;
- Posicionar confortavelmente o recém-nascido.



3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

Banho ao RN de Termo:

- Optimizar o meio ambiente (24 a 25°C);
- Lavar cuidadosamente as mãos;
- Preparar todo o material necessário:
 - Roupa do recém-nascido;
 - Sabão (pH = 5,5), sem perfume nem conservantes (parabenos);
 - Compressas pequenas esterilizadas;
 - Compressas grandes não esterilizadas;
 - Soro fisiológico;
 - Fralda;
 - Outro material necessário conforme a situação.



3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

Banho ao RN de Termo (continuação):

- Preparar água do banho à temperatura de 37°C;
- Limpar os genitais se sujos com fezes;
- Colocar o recém-nascido lentamente na água;



3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Lavar a cara só com água, com especial atenção aos olhos;
- De seguida proceder à lavagem do couro cabeludo;
- Colocar o bebé com delicadeza na água e lavar o resto do corpo, incluído o coto umbilical;
- Virar cuidadosamente o recém-nascido apoiando bem a cabeça, lavar as costas de cima para baixo com movimentos delicados;
- Por último proceder à lavagem das regiões genital e anal;
- Retirar o bebé da água e embrulhá-lo numa toalha;

3. PROCEDIMENTO (BANHO DO RECÉM-NASCIDO)

- Secar sem friccionar, tendo especial atenção para com as pregas cutâneas e espaços interdigitais;
- Colocar a fralda deixando o coto umbilical a descoberto;
- Limpar os olhos com Soro Fisiológico, quando necessário (do canto interno para o externo);
- Vestir o recém-nascido, começando pelo tronco (evitar a hipotermia);
- Posicionar confortavelmente o recém-nascido.



NOTAS

- No Recém-nascido Prematuro com menos de 34 semanas de IG deve-se evitar aplicações generalizadas e profiláticas de pomadas, cremes gordas, vaselina ou emulsões água-vaselina-lanolina pelo risco aumentado de sépsis por estafilococo coagulase negativo.
- No Recém-nascido Prematuro com mais de 34 semanas de IG e no Recém-nascido de Termo justifica-se o emprego de cremes hidratantes e emolientes perante "dermatites irritativas" e nas zonas do perineo pode-se usar cremes de barreira ou óxido de zinco (especialmente no caso de lesões exsudativas)



Consensos de Neonatologia, 2004.

2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

➔ Produtos vulgarmente utilizados



- O uso rotineiro de desinfetantes e agentes anti-microbianos nos cuidados ao coto surgiu no anos 1950 e 1960, associado ao aumento das taxas de infeção que se verificaram nas enfermarias (Kelly, E. et al: 2004).
- A desinfecção deve ser feita com álcool após o banho, devendo ser repetida a cada muda de fralda e após queda (Ministério da Saúde, 2005).
- Sendo a clorhexidina um anti-séptico de largo espectro, a sua utilização tem sido verificada por reduzir a exposição do coto a agentes patogénicos e consequentemente o risco de infeção (Mullary, L.C. et al: 2009).

2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

- O álcool tem sido demonstrado em muitos estudos a nível hospitalar como menos eficaz no controlo da colonização umbilical e infeção da pele comparativamente com outros anti-microbianos, como a clorhexidina (Vural, G.; Kisa, S.; 2006).
- A clorhexidina a 0,5 % demonstra ser superior ao álcool a 70%, por ser menos tóxica e mais eficaz na redução da colonização por Streptococcus grupo A e Staphylococcus aureus (Adriano, L.S.M. et al: 2009).



2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

Argumentos a favor da desinfecção

- O uso de anti-sépticos esteve relacionado com uma diminuição da preocupação materna (Zupan, Y. et al: 2000).
- Nos países pobres ou nas enfermarias neonatais, pode diminuir o risco de aparecimento de infeções bacterianas (Axelsson, I.: 2002).
- A onfalite continua a ser uma entidade clínica, existindo um risco potencial associado à interrupção do tratamento bactericida do cordão. Esta cessação de cuidados bactericidas deve ser acompanhada por uma atenção vigilante para os sinais e sintomas de onfalite (Janssen, P.A. et al: 2003).

2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

Argumento contra a desinfecção

- A limpeza do cordão com anti-sépticos pode atrasar a separação do coto, para além de que manter o coto seco e limpo parece ser tão seguro e eficaz como o uso de anti-sépticos (Zupan, Y. et al: 2000).
- A maioria dos estudos comparando o tratamento com desinfetantes e agentes anti-microbianos versus o seu não uso nos cuidados ao coto não demonstraram um aumento da incidência da infecção quando o coto umbilical não era tratado (Evens, K. et al. 2004).
- Os anti-sépticos retardam os processos de putrefacção e consequentemente a sua queda (Walker, C.R., 1999; Zupan, J. et al. 2000), comparativamente com a água (Florentino, L.C. & Gualda, D.M.R., 1998; Shoaib, F.M. and El-Barrawy, M.A., 2005).

2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

- O uso de agentes anti-bacterianos para limpar e secar o coto do recém-nascido tem sido uma prática em desuso (Janssen, P.A. et al. 2003).
- Não existe evidência científica para continuar com uso do álcool, mas este continua a ser o produto mais utilizado.
- O uso de álcool tem consistentemente demonstrado prolongar o tempo de separação do cordão umbilical. Além disso casos de toxicidade aguda de álcool em crianças até 21 dias foram relatados após aplicação generosa do mesmo (Vural, E. and Kisa, S.: 2006).



2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

- O processo normal de separação do coto poderá incluir odor sem que lhe seja atribuído algum significado patológico (Vural, E. and Kisa, S.: 2006).
- Numa população saudável deverá ser utilizada uma abordagem naturalista (Schoaib, F.M. and El-Barrawy, M.A.: 2005).



2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Desinfecção / Limpeza do Coto Umbilical

Argumento a favor da limpeza

- Não existe ainda uma resposta cabal para a questão de quais são os melhores cuidados a prestar ao coto umbilical (OMS, 1998).
- Manter o coto umbilical limpo e seco mediante uma higiene com água e sabão, com especial atenção para a base do mesmo, é actualmente recomendado (WHO, 1998; Zupan, Y. et al. 2000).
- Os benefícios potenciais associados à secagem natural do cordão umbilical incluem um tempo de queda menor, prevenção da exposição ao álcool e da lesão potencial da pele, principalmente nos recém-nascidos prematuros, tudo isto sem um aumento na taxa de infecção (Kelley, et al: 2004).

2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Outras práticas culturais associadas ao cuidado ao coto:

Leite Materno

- Parece não existir efeitos adversos e está associado a um menor tempo de separação do coto umbilical comparativamente com o uso de anti-sépticos (Vural, G. and Kisa, S.: 2006).
- A evidencia de infecção do coto foi significativamente mais baixa nas situações em que foi aplicado leite materno no coto (Vural, G. and Kisa, S., 2006).
- A aplicação de leite materno poderá ser benéfico tendo em conta os factores anti-bacterianos presentes no leite humano (WHO, 1998; Vural, G. and Kisa, S., 2006).



2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Medidas de Prevenção de Ocorrências associadas ao cuidado ao Coto Umbilical:

- Acesso crescente ao toxóide tetânico durante a gravidez:
- Promoção da limpeza do coto:
- Lavagem das mãos antes e após o contacto com o recém-nascido:
- Utilização de agentes anti-microbianos no coto.



(Mullany, et al: 2006).

2. REVISÃO DA LITERATURA (COTO UMBILICAL)

Factores associados à ocorrência de infecção do coto:

- A amamentação esteve relacionada com uma menor incidência de infecção e um menor tempo de queda do coto.

- A incidência de infecção esteve associada a:
 - + Utilização de métodos para secar a pele;
 - + Uso de fraldas de pano;
 - + Dar banho de imersão ao recém-nascido;
 - + Adiar o 1º banho para o 7º dia de vida do RN.



(Schoaib, F.M. and El-Barrawy, M.A., 2005)

3. PROCEDIMENTO (COTO UMBILICAL)

Quando? → Após o banho e em SOS

- Promover uma boa higienização da área
- Em SOS para prevenir a infecção, caso haja contacto com material orgânico (urina ou fezes).

Etapas:

- Lavar as mãos antes de proceder à sua limpeza:
 - + (Prevenir a colonização bacteriana e infecção)
- Levantar o coto umbilical, afastando-o do corpo:
 - + (Permite uma melhor visualização da base e um melhor acesso ao local de inserção do coto)

3. PROCEDIMENTO (COTO UMBILICAL)

Etapas (continuação):

- Limpar a base com soro fisiológico:
 - + (Promove o processo de mumificação do coto e a sua queda num período de tempo mais curto)
- Despistar sinais inflamatórios na base do coto e possível onfalite (secreção amarelada, sangramento, cheiro fétido e rubor na sua base):
 - + (Prevenir e detectar precocemente complicações)
- Secar cuidadosamente:
 - + (Absorver a humidade e promover a mumificação)

3. PROCEDIMENTO (COTO UMBILICAL)

Etapas (continuação):

- Permitir o arejamento do local de inserção do coto:
 - + (Manter uma boa oxigenação do local e prevenir a presença da humidade derivada do calor da pele)
- Não puxar o coto para que este se desprenda, mesmo que esteja quase a cair:
 - + (Evitar uma porta de entrada para a infecção)



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ADRIANO, L. S. M.; FREIRE, I. L. S.; PINTO, J.T. J. M.: *Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo*. Rev. Electr. Enf., 2009; 11(1): 173-80.
- ✓ ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES. *Neonatal Skin Care: Evidence-Based Clinical Practice Guideline*. Washington (DC), 2001.
- ✓ AXELSSON, I. - *A Cochrane review on the umbilical cord care and prevention of infections. Antiseptic solutions are not necessary in developed countries but life-saving in developing countries* [Abstract]. Lakartidningen, 2002; 99(14): 1563-6.
- ✓ BARANDA, L. et al - *Correlation between pH and irritant effect of cleansers marked for dry skin*. International Journal of Dermatology, Philadelphia (PA), 2002 (Aug); 41: 494-9.
- ✓ BOWDEN, V.; GREENBERG, C. - *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 2003.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ CUNHA, M. L. C.; PROCIANOY, R.S. - *Banho E Colonização Da Pele Do Pré-Termo*. Porto Alegre (RS): Revista Gaúcha de Enfermagem, 2006 (Junho); 27(2): 203-8.
- ✓ DARMSTADT, G. L.; DINULOS, J. G. - *Neonatal Skin Care*. Pediatric Clinics of North America, Philadelphia (PA), 2000 (Aug); 47: 757-82.
- ✓ EVENS, K. et al - *Does Umbilical Cord Care in Preterm Infants Influence Cord Bacterial Colonization or Detachment?* Journal of Perinatology, 2004; 24: 100-104.
- ✓ HUMMEL, M. - *Réflexions sur la toilette du nourrisson*. Médecine e Enfance, Septembre, 2001. Disponível em <http://www.votre-enfant.com/wiki/extensions/medias/storage/toilettedunourrisson.pdf> [Consultado em 10/12/2010].
- ✓ JANSSEN, P. A. et al - *To Dye or Not To Dye: A Randomized, Clinical Trial of a Triple Dye/Alcohol Regime Versus Dry Cord Care*. Pediatrics, 2003 (January); Vol. 111, N.º 1.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓LUND, C. et al - *Neonatal Skin Care: The Scientific Basis For Practice*. Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing, Philadelphia (PA), 1999 (May/Jun); 28(3): 241-54.
- ✓MARTINS, C. P.; TAPIA C. E. V. - *A pele do recém-nascido prematuro sob avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2009 (Sept./Oct.); Vol. 62, N.º 5. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500023&lng=en&nrm=iso&lng=pt [Consultado em 05/12/2010].
- ✓MEDVES, M. J.; O' BRIEN, B. - *Does Bathing Newborns Remove Potentially Harmful Pathogens From The Skin*. Birth 28:3, 2001 (September).
- ✓MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança*. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf> [Consultado em 05.12.2010].

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓MULLANY, L. C. et al - *Impact of umbilical cord cleansing with 4.0% Chlorhexidine on time to cord separation among newborns in southern nepal: A cluster-randomized, community-based trial*. Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing, 2006; 35(1): 123-28.
- ✓MULLANY, L. C. et al - *Safety and impact of chlorhexidine antiseptic interventions for improving neonatal health in developing countries*. Pediatrics, 2006; 25(8): 665-75.
- ✓MULLANY, L. C. et al - *Impact of 4.0% chlorhexidine cleansing of the umbilical cord on mortality and omphalitis among newborns of Sylhet, Bangladesh: design of a community-based cluster randomized trial*. BMC Pediatrics, 2009; 9:67.
- ✓NONA, José et al. - *Consensos Nacionais em Neonatologia*. Seção de Neonatologia: Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra, 2004.
- ✓SIEGFRIED, E. C. - *Neonatal skin and skin care*. Dermatologic Clinics, Philadelphia (PA), 1998 (Jul.); 16(3): 437-46.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓SHOAEIB, F. M.; EL-BARRAWY, M. A. - *Alcohol or traditional methods versus natural drying for newborn's cord care [Abstract]*. J. Egypt Public Health Association, 2005. 80(1-2): 169-201.
- ✓WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Care of the umbilical cord: a review of the evidence*. Geneva: WHO, 1998.
- ✓VURAL, G.; KISA, S. - *Umbilical Cord Care: A Pilot Study Comparing Topic Human Milk, Povidone-Iodine, and Dry Care*. JOGNN Clinical Research, 2006 (January/February); Vol. 35, N. º1.
- ✓ZUPAN, J. et al - *Topical umbilical cord care at birth [Abstract]*. Cochrane Database Syst. Rev., 2000; 2: CD001057.

OBRIGADO



ANEXO XIV- Avaliação e Análise da Formação “Banho ao Recém-Nascido e Cuidados ao Coto umbilical”:

Avaliação da formação “Banho ao Recém-Nascido e Cuidados ao Coto umbilical”

Solicitamos e agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário com o intuito de avaliar a adequação da formação às necessidades de formação e do serviço. Este questionário é anônimo, não lhe sendo solicitado em nenhuma parte do questionário que se identifique e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para o propósito deste trabalho.

Assinale com uma cruz em cada um dos itens que se pretende avaliar:

Aspectos/Avaliação	Muito Bom	Bom	Médio	Mau	Muito Mau
1. Concepção da formação e sua adequação às necessidades do serviço					
2. Correspondência do conteúdo da formação às expectativas esperadas					
3. Interesse do tema					
4. Utilidade dos conhecimentos adquiridos					
5. Contributo para a uniformização de cuidados					
6. Adequação da duração da formação					
7. Apreciação Global					

Sugestões

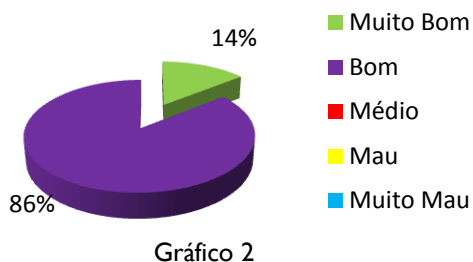
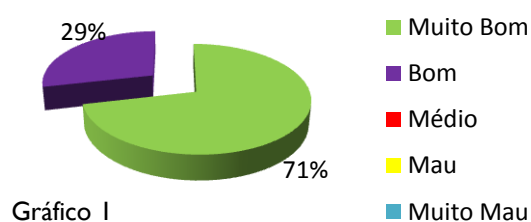
Análises dos resultados obtidos do questionário sobre: avaliação da formação “Banho ao recém-nascido e Cuidados ao coto umbilical”.

Resultado dos questionários Gráficos

No final da formação foi entregue a cada enfermeiro um questionário de avaliação sobre o tema que foram apresentados em que número da amostra é n=7.

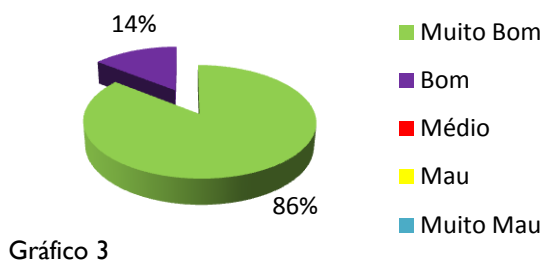
Dos questionários feitos aos pares é possível chegar aos seguintes resultados:

A primeira pergunta sobre a **concepção da formação e sua adequação às necessidades do serviço** responderam **Muito Bom** 5 enfermeiros e 2 enfermeiros **Bom**, como mostra o gráfico 1:

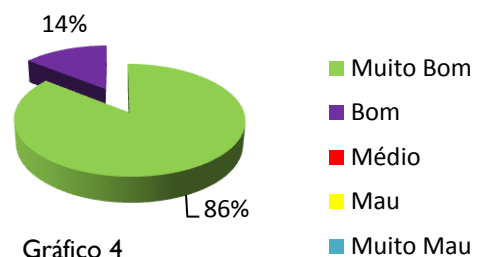


Quando foram questionados sobre a **correspondência do Conteúdo da formação às expectativas esperadas**, responderam **Bom** 6 enfermeiros e 1 enfermeiro **Muito Bom**, como mostra o gráfico 2:

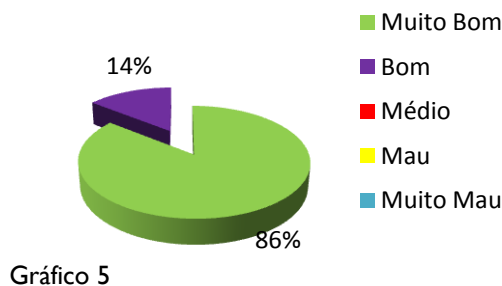
A terceira pergunta destinava-se a saber qual o **Interesse do Tema** para os enfermeiros, em que 6 enfermeiros responderam **Muito Bom** e 1 enfermeiro referiu que **Bom**, como mostra o gráfico 3:



Na quarta questão procurou-se saber qual a **Utilidade dos Conhecimentos adquiridos** verificou-se que do total de elementos, seis enfermeiros categorizaram a formação no **Muito Bom** e um elemento no **Bom**, como mostra o gráfico 4.



A quinta questão foi pedido uma avaliação sobre o **Contributo para a uniformização de cuidados** nos cuidados prestados verificou-se que do total dos que responderam, seis enfermeiros afirmaram que a formação no **Muito Bom** e um elemento no **Bom**, como mostra o gráfico 5.



Na sexta pergunta pediu-se para analisar a **Adequação da duração da formação** e verificou-se que seis enfermeiros categorizaram a formação no **Muito Bom** e um elemento no **Bom**, como mostra o gráfico 6.

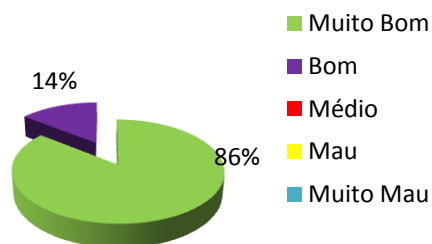


Gráfico 6

Na sétima pergunta aplicada foi pedido uma **Apreciação Global**, verificou-se que seis enfermeiros categorizaram a formação no **Muito Bom** e um elemento no **Bom**, como mostra o gráfico 7.

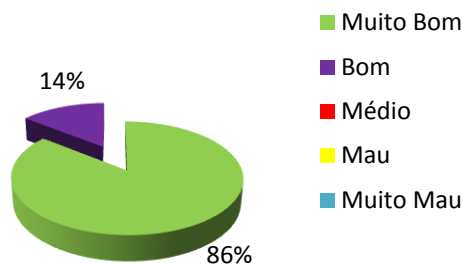


Gráfico 7

Numa análise final de todos os gráficos apresentados pode-se concluir que todos os enfermeiros reconheceram que esta formação foi útil e pertinente referiram ainda a importância da uniformização dos cuidados, sendo pertinente insistir neste tipo de formação tendo uma finalidade última que é a da excelência do cuidar.

ANEXO XV- Plano de Formação com o tema: Febre:

PLANO DE SESSÃO

Tema: Febre.						
Objectivo Geral: Contribuir de forma positiva para reforçar conhecimentos sobre a febre.						
Objectivos Especificos: Explicar uma revisão de literatura referente ao conteúdo temático em questão; Fornecer conhecimentos sobre a temática e favorecer a aprendizagem de capacidades e habilidades por parte dos pais.						
Formador: Raquel Coelho & Marco Oliveira						
Local: Internamento de Pediatria Data: 21/01/2011				Duração: 20 minutos		
População Alvo: Pais do Internamento de Pediatria e Neonatologia.						
Fases	Tempo	Ações a Desenvolver	Material	Metodologias	Objectivos	Avaliação
Introdução	5 min.	- Acolhimento; - Apresentação dos formadores; - Definição de objectivos; - Introdução ao conteúdo temático;	- Computador - Pen - Drive	- Método Expositivo	- Integrar os pais na sessão; - Despertar o interesse para a sessão.	- Observação de atitudes e comportamentos, assim como a forma de estar dos pais (Receptividade);
Desenvolvimento	10 min.	- Revisão da Literatura; - Alerta para as medidas a adoptar; - Bibliografia.	- Computador - Pen - Drive	- Método Expositivo - Método Interactivo (Diálogo Informal)	- Dotar os pais de conhecimentos sobre a temática; - Promover a aprendizagem de capacidades e habilidades por parte dos pais, consciencializando os mesmos para a sua importância.	- Observação de atitudes e comportamentos por parte dos pais (Receptividade).
Conclusão	05 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Interação entre pais e formadores; - Entrega de um panfleto sobre a temática.	- Computador - Pen - Drive	- Método Interactivo (Diálogo Informal)	- Avaliar o feedback por parte dos pais.	- Diálogo com os pais acerca da pertinência da sessão; - Questionar e esclarecer os pais acerca de possíveis dúvidas (Receptividade e Feedback).

ANEXO XVI - Formação com o tema: Febre:

FEBRE



Realizado por: Marco Oliveira & Raquel Coelho
Alunos do 3.º Curso de Pós-Licenciatura (com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP-
ICS Porto.

O QUE É ?



- A febre, é a manifestação mais comum na idade pediátrica.



- Considera-se febre quando há elevação da temperatura acima dos 38.ºC.

- A temperatura varia com a idade, a actividade física e ao longo do dia. Geralmente, oscila entre os 36ºC e os 37ºC, de manhã, e perto dos 38ºC, á tarde.



- A regulação da temperatura na criança é menos exacta que no adulto, pelo que se podem considerar normais temperaturas rectais entre os 36.2.ºC e 38.ºC.

- A febre não é uma doença, mas um sinal de que algo no nosso organismo não está bem, desempenhando um papel importante como mecanismo de defesa contra a infecção.



AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA



- Oral
- Axilar
- Rectal
- Auricular



Convém ainda referenciar que exigem diferenças relativamente a cada local de avaliação.

A temperatura axilar apresenta valores mais baixos (cerca de 0,5º C em relação à oral e 1ºC em relação à rectal)

AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA



A temperatura timpânica pode não reflectir com precisão a temperatura central, pelo que deve ser usada cautelosamente.

A temperatura deve ser avaliada preferencialmente por via axilar.



PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES

✘ Os sinais mais tradicionais de febre são:

- ★ Pele quente e seca;
- ★ Bochechas vermelhas;
- ★ Sonolência;
- ★ Prostração.

✘ Também podem aparecer:

- ★ Vômitos;
- ★ Perda de apetite;
- ★ Dor de cabeça;
- ★ Dor de barriga;
- ★ Delírios.



TRATAMENTO

● A medicação, tem como finalidade a prevenção das complicações associadas à febre, ao mesmo tempo que proporciona mais conforto a criança.

● O arrefecimento por si só, não está indicado na febre.



MEDIDAS A ADOPTAR

● Dar a medicação (Benuron® ou Brufen®).

● Não hiper-agasalhar a criança, adoptar vestuário ligeiro.

● Manter a criança em repouso.

● Manter uma temperatura ambiental confortável e fresca.



MEDIDAS A ADOPTAR

● Recomenda-se, sempre que possível, o arrefecimento corporal físico com banhos de água ténida (2°C abaixo da temperatura corporal) ou a aplicação de toalhas de água morna (compressas frias estão desaconselhadas).

● Oferecer líquidos em abundância.



TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

● O paracetamol (Benuron®) é o antipirético de escolha.

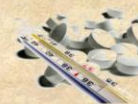
● Pode também ser usado o Ibuprofeno (Brufen®).



● Contudo, o uso da terapêutica alternada deve ser feita com cuidado e sempre mediante indicação médica.

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

● O uso de AAS (Aspirina® ou Ácido Acetilsalicílico) em crianças menores de 12 anos está contra-indicado.



QUANDO LEVAR A CRIANÇA À URGÊNCIA PEDIÁTRICA ?



- Idade inferior a 3 meses.
- Idades compreendidas entre os 3 e 24 meses de idade, com temperaturas superiores a 39.ºC.
- Se a febre for alta que não cede à medicação.



QUANDO LEVAR A CRIANÇA À URGÊNCIA PEDIÁTRICA ?



- Se a febre desapareceu por mais de 24 horas e depois voltou a aparecer.
- Febre com mais de 3 dias de evolução.
- Se a criança reage como se estivesse gravemente doente e apresenta outros sintomas associados.



EM RESUMO



- Para qualquer dúvida recorra sempre ao enfermeiro ou ao médico assistente.
- Não se esqueça que a febre é um mecanismo protector do organismo no combate à infecção, pelo que a terapêutica deve ser moderada e racionalizada.
- Deve ser utilizado apenas um antipirético. Apenas em situações pontuais poderá haver necessidade de recorrer à utilização de dois antipiréticos.



EM RESUMO



- Cada criança é única e reage de maneira diferente a febre. Os pais (cuidadores) são aqueles que melhor conhecem a criança e que, portanto estarão mais aptos a reconhecer a evolução do seu estado.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ CARPENITO, Lynda - *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- ▶ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão I. Lisboa: CIE/OE, 2005.
- ▶ DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE/DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES - *Urgência no Ambulatório em Idade Pediátrica*. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa, 2004.
- ▶ HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, W. - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica Wong*. 7ª edição: Mosby, 2006.

ANEXO XVII- Avaliação e Análise da Formação: Febre:

Avaliação da formação “Febre”

Solicitamos e agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário com o intuito de avaliar a adequação e importância da sessão apresentada. Este questionário é anónimo, não lhe sendo solicitado a sua identificação em nenhuma parte dos questionário e os dados por si fornecidos serão utilizados somente para o propósito deste trabalho.

Assinale com uma cruz em cada um dos itens que se pretende avaliar:

Aspectos/Avaliação	Muito Bom	Bom	Médio	Mau	Muito Mau
1 Interesse do tema					
2 Correspondência do conteúdo da sessão às suas expectativas					
3 Utilidade dos conhecimentos adquiridos					
4 Adequação da duração da sessão					
5 Apreciação Global					

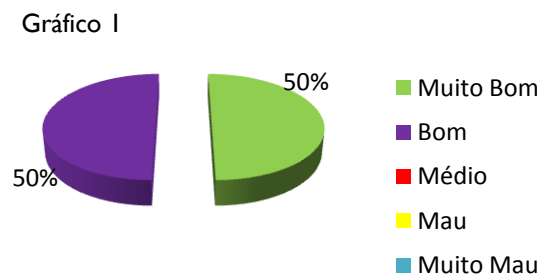
Sugestões:

Análises dos resultados obtidos do questionário sobre: avaliação da formação “febre”.

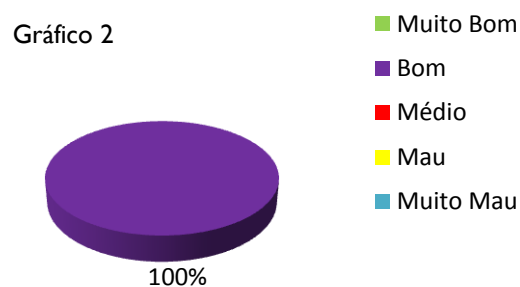
Resultado dos questionários Gráficos

Face aos questionários obtidos em que o total da amostra foi 6 (n=6) chegou-se aos seguintes resultados:

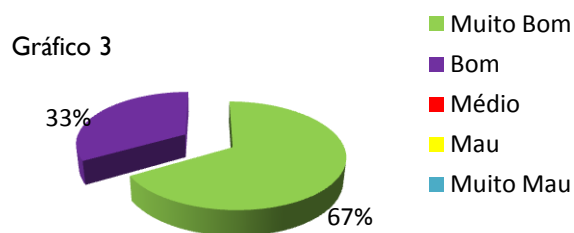
Relativamente à primeira pergunta em que foi questionado os pais sobre o **Interesse do tema** verificou-se que do total dos participantes, 3 classificaram como **Muito Bom** e os outros três no **Bom**, como mostra o gráfico 1.



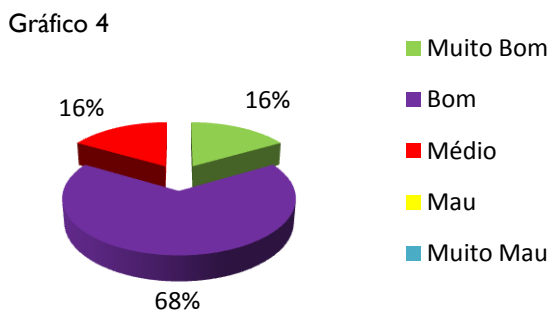
A segunda pergunta que pedia para classificar segundo a **Correspondência do conteúdo da sessão às expectativas** verificou-se que foi o total dos pais a classificaram como **Bom**, conforme mostra o gráfico 2.



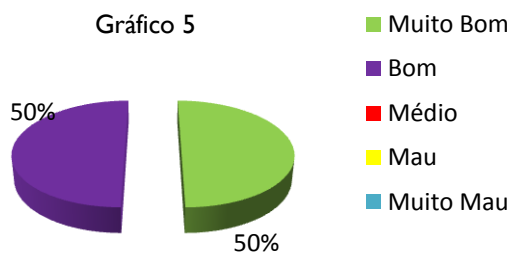
Na terceira pergunta onde foi pedido para classificar a **Utilidade dos Conhecimentos adquiridos**, apurou-se que do total dos pais, quatro classificaram a formação de **Muito Bom** e dois no **Bom**, como mostra o gráfico 3.



Na quarta pergunta pediu-se para classificar sobre a **Adequação da duração da sessão** e apurou-se que quatro pais classificaram a formação de **Muito Bom** e dois pais responderam **Bom** e **Médio**, como mostra o gráfico 4.



A quinta e última pergunta foi pedido uma **Apreciação Global** e verificou-se que três pais classificaram a formação no **Muito Bom** os restantes três no **Bom**, como mostra o gráfico 5 abaixo.



Podemos concluir analisando todos os gráficos anteriormente apresentados que esta formação alcançou os objectivos pela qual foi exposta, tendo os participantes referido a sua pertinência.

ANEXO XVIII - Panfleto: Vale a pena Prevenir! Febre:

Importante reter

- Se a febre se prolongar sem sintomas ou se a febre for acompanhada por sintomas como:
- Rigidez da nuca;
 - Dores de Cabeça;
 - Dores abdominais;
 - Micções dolorosas;
 - Vômitos e diarreias persistentes;
 - Dificuldade respiratórias;
 - Se a criança tiver menos de 3 meses;
 - Se for uma criança com historial de convulsões ou tenha apresentado “tremores” involuntários revirar os olhos e espumar-se..

NESTES CASOS, DEVE CONSULTAR O MÉDICO OU RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA!

Vale a pena prevenir !

FEBRE



Realizado por: Marco Oliveira e Raquel Coelho
Alunos 3.º Curso de Pós-Licenciatura com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da UCP
- ICS (Ponto)

Febre

É a elevação da temperatura, superior a 38°C. A criança está sub-febril se a temperatura se encontra entre 37,5°C a 38°C. A febre não é uma doença mas um sinal, de que algo no nosso organismo não está bem.

Como baixar a febre?

- Não hiper-agasalhar a criança, adotar vestuário ligeiro;
- Manter uma temperatura ambiental confortável e fresca;
- Manter a criança em repouso;
- Banho em água tépida (2°C abaixo da temperatura corporal) ou a aplicação de toalhas de água morna (compressas de água fria estão contra-indicadas);
- Incentivar a criança a ingerir líquidos em abundância;
- Dar medicação (Ben-u-ron ou Difen).

Causas Possíveis de Febre:

- Doença bacteriana ou viral;
- Infecções respiratórias;
- Infecções gastrointestinais;
- Meningite;
- Sarampo;
- Varicela;
- Excesso de roupa;
- Ambiente sobreaquecido.

Sinais e Sintomas:

- Sonolência;
- Diminuição da actividade;
- Rubor facial;
- Sede;
- Frio e tremores;
- Confusão;
- Delírios;
- Suores;
- Dor de cabeça;
- Dor muscular;
- Dor de barriga;
- Falta de apetite;
- Recusa alimentar.

Avaliação da Temperatura:

- Oral;
- Axilar;
- Rectal;
- Auricular;
- Preferencialmente deve ser avaliada por via axilar.

ANEXO XVIII - Questionário feito as mães sobre o aleitamento materno:

Marco Luís Valente Oliveira

Questionário

O que pensam as mães do aleitamento materno

Universidade Católica Portuguesa

Porto, 2010

Introdução

Marco Luís Valente Oliveira, aluno do 3º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências de Saúde -Porto, da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a sua participação numa recolha de informação sobre “O que pensam as mães do aleitamento materno”, tendo em vista elaborar uma apresentação em slides que responda às necessidades das mães do serviço de pediatria do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE- Unidade São Sebastião, sobre o tema “Amamentação”.

Para o devido efeito é solicitado sua colaboração no preenchimento deste questionário. Este é anónimo e confidencial.

O questionário é composto por apenas 8 perguntas, todas de respostas rápidas. Demorará, no máximo, cerca de 3 minutos a responder.

Agradecendo desde já a sua colaboração,

Antecipadamente agradece a sua colaboração

O aluno

Questionário

1. Durante a gravidez recebeu formação/informação sobre aleitamento materno?

Sim

Não

2. Se sim, junto de quem obteve essa formação/informação:

Médico

Enfermeiro

Outros Profissionais

Outro meio?

Qual? _____

3. Quando tomou a decisão de amamentar?

Antes da gravidez

Durante a gravidez

Antes do parto

No parto

Depois do Parto

4. Encontra se a amamentar o seu filho?

Sim

Não

5. Até quando pensa amamentar?

Até aos 3 meses

Até aos 4 meses

Até aos 6 meses

Mais do que 6 meses

Não sabe

6. Já iniciou Leite Artificial?

Sim

Não

Data Nascimento do Filho: __/__/__

Porquê? _____

7. Considera que este tipo de informação é pertinente?

Sim

Não

Obrigado!

ANEXO XIX - Panfleto sobre o “Aleitamento Materno - Algumas recomendações:



4 Pontos Fundamentais

1. A cabeça e o corpo do bebé devem estar alinhados.
2. O rosto do bebé deve estar de frente para a mama, com o nariz em linha recta (de frente para o mamilo). Caixa de texto
3. A mãe deve segurar o corpo do bebé próximo do seu.
4. Se o bebé for pequeno a mãe deve apoiar as nádegas do bebé e não apenas a cabeça e os ombros

Técnicas e Posicionamentos

- Procure sempre a posição mais confortável.
- Procure estar num ambiente agradável.
- Sobretudo não ter pressa, estar relaxada e calma.

Como colocar o bebé a Mamar

A mãe pode amamentar em várias posições
Sentada, Deitas e Outras...

IMPORANTE:

Que o bebé abocanhe a mama para que possa mamar eficazmente



Aleitamento Materno

(Algumas recomendações)

Para o Sucesso do Aleitamento Materno

- É necessário que a mãe e seu companheiro o procurem ajuda, apoio e informação no pessoal de Saúde, quando houver qualquer dúvida ou problema.
- Não se esqueça que os principais responsáveis pela Saúde dos seus filhos são os Pais.

Fontes:

Direção-Geral da Saúde: www.dgs.pt

UNICEF: www.unicef.org

Associação Maria Mãe: www.mamamae.org

Site Mundial de Aleitamento Materno: www.aleitamentocom

SOS Amamentação: www.sosamamentação.org

Realizado por: Marco Oliveira

Aluno do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.
do ICS-Porto.UCP





Vantagens da Amamentação

- Alimento perfeito para o seu filho
 - Redução de infeções e prevenção de doenças
 - Melhor digestão e menos queixas gastrointestinais
 - Totalmente adaptado
 - Leite a qualquer momento
 - Favorece uma melhor recuperação do corpo da mulher
 - Promove a ~~in~~ovulação mais rápida do útero e a redução das hemorragias e infeções pós-parto
 - Reduz o risco de cancro da mama, ovário e útero
 - Funciona como método anticoncepcional
 - Aumenta a vinculação entre ~~mãe~~ mãe-filho
 - Esta sempre disponível, à temperatura ideal.
 - Contém os nutrientes essenciais aos primeiros 6 meses de vida.
- Não azeda, não estraga e é **GRATUITO**



BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DO ALIMENTAMENTO MATERNO

Ligação afectiva mãe/bebé

- A mãe e o bebé têm um estreito contacto físico e emocional
- A mãe sente apego emocional
- O bebé chora menos
- A mãe é mais afectuosa
- Bebés amamentados têm menor probabilidade de serem maltratados ou abandonados

Desenvolvimento

Existem estudos que sugerem que as competências intelectuais das crianças amamentadas são mais altas



Recomendações

- Iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto ou logo que possível
- Amamentar exclusivamente até aos 6 meses de idade
- Introduzir alimentação complementar antes dos 6 meses apenas se for indicado pelo médico ou enfermeiro
- Dar alimentos complementares a todas as crianças a partir dos 6 meses de idade
- Continuar a amamentar até aos 2 anos de idade ou mais
- Nos primeiros dias o bebé deve mamar quantas vezes quiser.
- Mais tarde, com a idade a criança adquiere o seu próprio ritmo, no geral de 3 em 3 horas, após o primeiro mês de vida, fazem uma pausa nocturna de cerca de 6 horas.



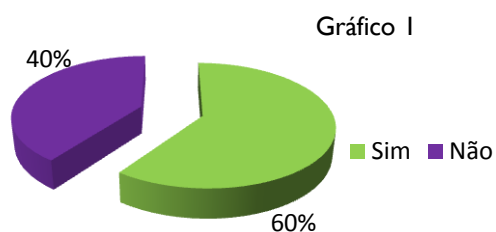
ANEXO XX - Análises dos resultados obtidos das respostas das mães sobre o Aleitamento Materno:

Análise dos resultados obtidos dos Questionários e Conclusão

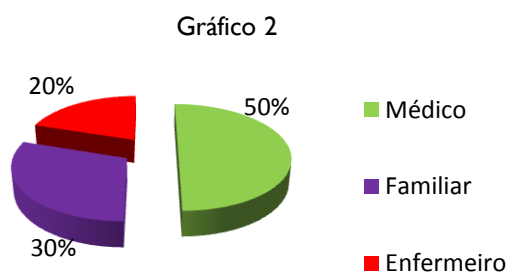
Face aos questionários obtidos em que o total da amostra foi 10 (n=10) chegou-se aos seguintes resultados:

As primeiras 2 perguntas destinavam-se a saber se tinham recebido alguma formação/informação sobre o aleitamento materno e se sim junto de quem obtiveram essa mesma informação:

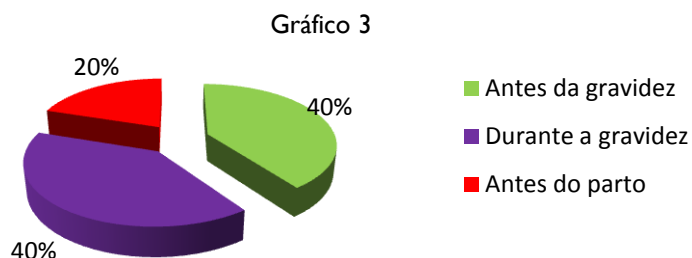
Ao ver os resultados desta primeira pergunta podemos ver que a maior parte das mães receberam formação/informação sobre o aleitamento materno durante a gravidez. Isto é 60% responderam que sim e 40% responderam que não, gráfico 1:



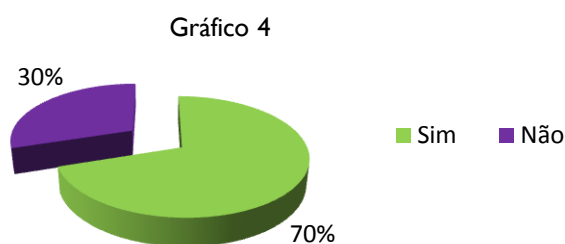
A pergunta de quem obtiveram essa mesma informação, 50% das mães responderam que foi dada pelo médico, 20% responderam que foi o enfermeiro e 30% junto de familiares como aponta o gráfico 2:



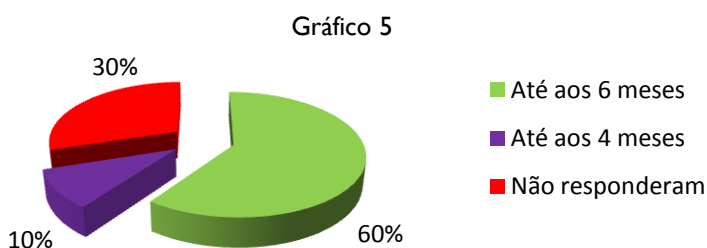
Na terceira pergunta questionou-se sobre quando tomou a decisão de amamentar, onde 40% das mães responderam antes e durante a gravidez e 20% tomaram essa decisão antes do parto como mostra o gráfico 3:



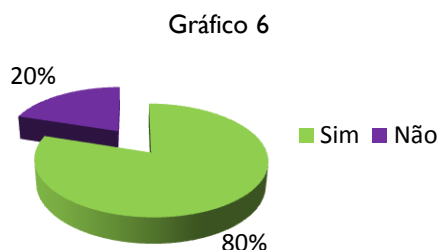
Quando se questionou se ainda se encontravam a amamentar, 70% das mães referiram que sim e apenas 30% já não, gráfico 4:



Quando foi perguntado até quando estavam a pensar amamentar 60% das mães referiram mais do que 6 meses e 10% pelo menos até aos 4 meses, 30% correspondente as 3 mães que não estavam amamentar que não responderam a esta pergunta, gráfico 5:



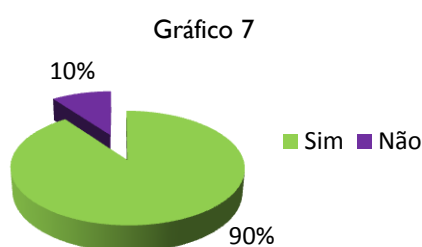
A pergunta, se já tinham iniciado leite artificial 80% das mães responderam que sim e apenas 20% referiram que não, gráfico 6:



Sendo que as respostas foram as seguintes:

- *“Não alimentava a bebé”;*
- *“Não sustentava a criança”;*
- *“Tenho pouco leite”;*
- *“Nasceu prematuro”;*
- *“Porque acho fundamental o leite materno, e podendo amamentar, não vou recorrer ao leite artificial”;*
- *“Não estou a pensar em dar outro leite sem ser do meu”*

Por último foi questionado às mães sobre a pertinência deste tipo de informação na qual responderam que sim 90% e 10% que não, gráfico 7:



Assim podemos afirmar que ainda há muito caminho a fazer a este nível de informação. Visto que mesmo apresentando algum conhecimento sobre aleitamento materno, poucas mães fazem-no exclusivamente. Necessitando de mais apoio e reforço sobre as vantagens do aleitamento materno.

ANEXO XXI - Plano de Sessão sobre Amamentação:

PLANO DE SESSÃO					
Tema: Aleitamento materno - Algumas considerações					
Justificação do Problema: A presente sessão foi sugerida pelo aluno, como sendo um contributo para a promoção e suporte ao aleitamento materno. Sendo uma das medidas que contribui para a integração dos Hospitais Amigos dos Bebés.					
Objectivo geral: Contribuir de forma positiva para promover e apoiar o aleitamento materno.					
Objectivos específicos: Enumerar os principais benefícios do aleitamento materno. Dar a conhecer os aspectos importantes da amamentação.					
Formador: Marco Oliveira					
Local: Internamento de Pediatria			Duração: 20 minutos		
Data: 19/11/2010					
População Alvo: Puérperas do Internamento de Pediatria.					
Fases	Ações a Desenvolver	Material	Metodologias	Objectivos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento; - Apresentação do formador; - Definição de objectivos; - Introdução ao conteúdo temático; 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador -Pen-Drive 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar as formandas na sessão; - Despertar o interesse para a sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação de atitudes e comportamentos, assim como a forma de estar das formandas;
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - A importância da amamentação; - Composição do leite materno; - Técnicas de Amamentação; - Alguns Problemas da Amamentação; - Sucesso do Aleitamento Materno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador -Pen-Drive 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interactivo - Entregue de um Panfleto sobre a sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar as formandas de conhecimentos acerca do Aleitamento Materno; - Consciencializar sobre a importância de manter o Aleitamento Materno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação de atitudes e comportamentos; - Diálogo com as formandas acerca da pertinência da sessão; - Questionar as formandas acerca de possíveis dúvidas;

ANEXO XXII - Diapositivos da apresentação sobre Amamentação:

CONHECIMENTOS DAS MÃES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Introdução

Desenvolvimento:

- A importância da amamentação;
- Composição do leite materno;
- Técnicas de amamentação;
- Alguns problemas da amamentação;
- Sucesso do aleitamento materno;

PORQUE A AMAMENTAÇÃO É IMPORTANTE ?



A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação traz benefícios para o bebé e para a mãe, para a família e para a sociedade



VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO



- A- Alimento perfeito para o lactente
- L- Leite a qualquer instante
- E- Económico
- I- Imunidade que adquire pela mãe (protecção contra infecções)
- T- Temperatura óptima do leite
- A- Amor materno
- M- Melhor digestão e menos queixas gastrointestinais
- E- Ecológico e amigo do ambiente
- N- Não há alergias
- T- Totalmente adaptado
- O- Odor do leite agradável ao lactente

- M- Menos idas ao médico (mais saudável)
- A- Aumenta a vinculação entre mãe-filho
- T- Tem todos os nutrientes necessários
- E- Exacta a dose a dar ao lactente, não necessita de preparação
- R- Redução de infecções e prevenção de doenças
- N- Não contém materiais modificados geneticamente
- O- O lactente está junto do coração da mãe como estava "in útero"

Vantagens para a mãe

- Favorece uma melhor recuperação de todo o corpo da mulher
- Promove a involução uterina,
- Redução das hemorragias e das infecções no pós-parto
- A amamentação funciona como método anticoncepcional (cuidado)
- Reduz a probabilidade de ter cancro da mama, ovário e útero
- Aumenta relação de proximidade e vínculo afectivo
- Sobretudo é uma experiência UNICA

O leite materno está sempre disponível, á temperatura ideal, esterilizado e higiénico. Não necessita de qualquer preparação. Contém todos os nutrientes essenciais aos primeiros 6 meses de vida.

Não azeda, não se estraga
e é **GRATUITO**



BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Ligação afectiva mãe/bebé

- A mãe e o bebé têm um estreito contacto físico e emocional
- A mãe sente apego emocional
- O bebé chora menos
- A mãe é mais afectuosa
- Bebés amamentados têm menor probabilidade de serem maltratados ou abandonados

Desenvolvimento

- Existem estudos que sugerem que as competências intelectuais das crianças amamentadas são mais altas

RECOMENDAÇÕES

- Iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto ou logo que possível
- Amamentar exclusivamente até aos 6 meses de idade
- Introduzir alimentação complementar antes dos 6 meses apenas se o bebé tiver fome ou não crescer



- Dar alimentos complementares a todas as crianças a partir dos 6 meses de idade

- Continuar a amamentar até aos 2 anos de idade ou mais



COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

O colostro

O colostro é o primeiro leite, apresenta uma cor amarelada de consistência espessa. É exactamente o que o lactente necessita nos primeiros dias

Propriedades

- Rico em anticorpos
- Rico em glóbulos brancos
- Laxativo
- Factores de crescimento
- Rico em vitamina A

Importância

- Protecção das infecções e de alergia
- Protecção das infecções
- Eliminação do mecónio facilitada e redução do risco de icterícia
- Maturidade intestinal mais rápida e prevenção de alergias e intolerância
- Prevenção de algumas infecções e algumas doenças dos olhos

O LEITE MADURO

- Depois de alguns dias, o Colostro transforma-se em Leite de transição até chegar ao leite maduro propriamente dito.
- Normalmente o bebé ingere cerca de 90% do que necessita nos primeiros 3 a 4 minutos de sucção.
- Se o bebé esta a aumentar de peso de forma correcta e parece-lhe feliz é porque o seu leite é suficiente.

TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO

- Procure sempre a posição confortável;
- Procure estar num ambiente agradável;
- Sobretudo não ter pressa, estar relaxada e calma;



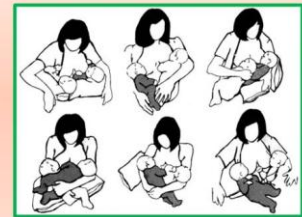
- Por vezes, no início da amamentação a posição incorrecta do bebé ao peito e as técnicas de “introdução” do mamilo na boca podem ser um problema.
- No início o bebé deve mamar quantas vezes quiser. Mais tarde, com a idade, a criança adquire o seu próprio ritmo, no geral de 3 em 3 horas, e após o primeiro ou segundo mês de vida, fazem uma pausa nocturna de cerca de 6 horas.

COMO COLOCAR O BEBÉ A MAMAR

POSICIONAMENTOS



- Sentada
- Deitada
- Outras



Evitar a amamentação de pé



4 PONTOS FUNDAMENTAIS

- 1) A cabeça e o corpo do bebé devem estar alinhados
- 2) O rosto do bebé deve estar de frente para a mama, com o nariz em linha recta, de frente para o mamilo
- 3) A mãe deve segurar o corpo do bebé próximo do seu
- 4) Se o bebé é RN, a mãe deve apoiar as nádegas do bebé e não apenas a cabeça e os ombros

SINAIS DE PEGA



A mãe pode amamentar em várias posições

IMPORTANTE

Que o bebé abocanhe a mama para que possa mamar eficazmente



