



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Promoção de Normas de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Cláudia Bargão D'Arbuez Gomes Rainha

(LISBOA, 2013)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Promoção de Normas de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Cláudia Bargão D'Arbuez Gomes Rainha

Sob orientação da Professora Margarida Lourenço

(LISBOA, 2013)

"Aquilo que vale a pena ser feito, vale a pena ser bem feito."

Claus Möller *in* MEZOMO(2001)

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e retrata o meu percurso experienciado nos diferentes contextos de assistência à criança/ jovem e família com vista ao desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências no que concerne à minha atuação e intervenção como futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

Desenvolver competências no âmbito do desenvolvimento de normas de qualidade nos Cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica foi o objetivo geral que me acompanhou durante todo o percurso da unidade curricular Estágio. Esta temática é um pilar da prestação de cuidados de enfermagem avançada no âmbito da saúde infantil e pediatria, ao definirem-se as normas específicas para atendimento pediátrico é possível desenvolver estratégias para a promoção de normas de qualidade de prestação de cuidados, numa perspetiva de melhorar a qualidade de vida do utente pediátrico. Visando aumentar os seus conhecimentos, apliquei a revisão sistemática de literatura como ferramenta de investigação, pois, baseando a prática na melhor evidência científica, os enfermeiros alicerçam as suas decisões, avaliam a sua prática e sabem se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são adequados e aceites. O investimento na formação dos enfermeiros vai também garantir um melhor desempenho na prestação de cuidados.

No Módulo II que decorreu nos serviços de Consultas Externas de Pediatria e Internamento de Pediatria, do Hospital de Cascais - Dr. José de Almeida, as atividades foram desenvolvidas no âmbito da articulação de cuidados entre o hospital e os agrupamentos de centros de saúde, na promoção da melhoria de cuidados prestados no âmbito da alimentação no primeiro ano de vida da criança e na melhoria da satisfação profissional da equipa de enfermagem. Estas atividades foram conduzidas com sucesso de forma a desenvolver competências da área da organização e gestão de qualidade dos cuidados de enfermagem.

No Módulo III que decorreu no Hospital Cuf Descobertas, nos serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia, as atividades foram conduzidas para atuar no projeto, já implementado, de follow-up após alta, elaboração de folhetos para os pais e produção de uma norma de atuação na preparação para a alta do Recém-Nascido internado na neonatologia. As atividades foram dirigidas com êxito de forma a desenvolver competências da área da prestação de cuidados à criança / jovem e família em situação de especial complexidade e no contributo para a melhoria da qualidade assistencial.

Visando a melhoria da qualidade na abordagem do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, concluí que o Enfermeiro Especialista é protagonista nas intervenções inerentes ao planeamento da saúde e na definição de políticas e estratégias de saúde. Desta forma promove o cuidado holístico centrado na família, assegurando que as crianças e seus encarregados de educação têm acesso a conhecimentos e aprendizagem de habilidades em todas as fases de sua experiência.

Palavras-Chave: Normas de Qualidade; Enfermagem; Criança; Família.

Abstract

The present report was written in the context of the Master's Course in Child and Paediatric Health Nursing and it reveals the author's experiences in the different contexts of the child/youth and family assistance with a view to the development of knowledge, capabilities and skills as far as her future role and intervention as Child and Paediatric Health Nurse Specialist is concerned. Develop skills in the development of quality standards in Nursing Care in Child and Paediatric Health was the overall objective that the author always had in mind during the course unit known as "Traineeship". This subject is one of the main pillars in the providing of advanced nursing care in the context of child health and paediatrics: By defining the specific norms for paediatric assistance, it is possible to develop strategies for promoting the quality standards for the providing of care, with a view to improving the patient's quality of life. On the other hand, by referring to the best scientific evidence, the nurses establish their decisions, assess their practice and know if the results by which they are going to be evaluated are appropriate and approved. The investment in the nurses' training will also ensure a better performance in the provision of care.

In Module II - which took place in the Paediatrics Outpatient Appointments Department and in the Paediatrics Inpatient Department of Cascais Hospital - Dr. José de Almeida – the author's activities were developed in the context of the joint provision of care by the hospital and the health centre clusters, with a view to improving the care that is provided in the specific field of nourishment during the child's first year, as well as improving the job satisfaction of the nurses in the different teams. These activities were successful and allowed the acquisition of skills in the organization and quality management of the nursing care.

In Module III - which took place in the Paediatrics and Neonatology Emergency Department of the CUF Descobertas Hospital – the author took part in the already implemented project of the patients' post-discharge follow-up, as well as in the creation of information leaflets for parents and of a standard behavioural procedure for the Neonatology inpatients' discharge preparation. The activities were successful, allowing the acquisition of skills in the field of care provision for children/youths and families in particularly complex situations and in the contribution for the improvement of the quality of care.

With the purpose of improving the quality of the nurse's performance in the context of the Child and Paediatric Health Nurse Specialist, the author concludes that the Nurse Specialist has a main role in the activities that are part of the health planning procedures and in the definition of health policies and strategies, thus promoting the holistic care based in the family and ensuring that the children and their parents or guardians have access to the knowledge and the learning of skills throughout their contact with the healthcare providers.

Keywords: Quality standards; Nursing; Child; Family

Agradecimentos

A todos que cruzaram o seu caminho com o meu durante este percurso, crianças, pais, famílias e cuidadores, na maioria anónimos, que aceitaram o meu Cuidar;

Aos meus filhos pelos momentos que não brincámos;

Ao meu marido por toda a paciência, apoio e compreensão especialmente nos momentos de maior stress;

À minha mãe pelo incentivo e força que sempre me deu;

Aos meus sogros e cunhada pela ajuda, apoio e disponibilidade;

Às minhas colegas de trabalho que sempre me deram apoio e força;

À minha amiga Adelaide que me arrebitou quando caía no desânimo;

Aos velhos amigos, embora distantes em quilómetros, estiveram sempre presentes;

À Professora Mestre Margarida Lourenço pelo enorme apoio e disponibilidade ao longo de todo o caminho percorrido;

Às enfermeiras orientadoras dos estágios, nomeadamente Fernanda Reino, Tânia Almeida, Filipa Sousa, Natasha Pedro, pela partilha de conhecimentos e orientação no alcance dos objetivos delineados;

E a todos os que de alguma forma me acompanharam ao longo desta caminhada.

O meu muito obrigado

Lista de Siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSLVT, IP – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituição Pública

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CDC – Convenção dos Direitos da Criança

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

GEA - Gastroenterite aguda

GOBP - Guias Orientadores de Boa Prática

HPP – Hospitais Privados de Portugal

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISO – International Organization for Standardization

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SMS – Short Message Service

UCF – Unidade Coordenadora Funcional

UCP – Universidade Católica Portuguesa

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

CRP – Constituição da República Portuguesa

Lista de Abreviaturas

Et al. – e outros

Pag. – Página

Dr. - Doutor

Sumário

	Pág.
Resumo	6
Abstract	8
Lista de Siglas	12
Lista de Abreviaturas	12
Índice de Quadros, Tabelas e Fluxogramas	16
0- INTRODUÇÃO	18
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
2 - ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	28
2.1 - MÓDULO I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (MÓDULO CREDITADO)	28
2.2 - MÓDULO II – SERVIÇO DE INTERNAMENTO.....	30
2.3 - MÓDULO III – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA E SERVIÇO DE NEONATOLOGIA.....	37
2.3.1 - Serviço de Urgência Pediátrica	37
2.3.2 - Serviço de Neonatologia	42
3- CONCLUSÃO.....	50
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	60
ANEXO I - DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO A CIPE®.....	62
ANEXO II - NORMA DE ARTICULAÇÃO HPP - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	80
ANEXO III - SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DA NORMA DE ARTICULAÇÃO HPP - ACES	99
ANEXO IV - ALIMENTAÇÃO INFANTIL NO 1º ANO DE VIDA - CULTURAS, CRENÇAS, TRADIÇÕES, NAS POPULAÇÕES IMIGRANTES EM PORTUGAL.....	117
Alimentação Infantil no 1º ano de vida - culturas, crenças, tradições, nas populações imigrantes em Portugal	121
ANEXO V - TABELAS DE DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NO 1º ANO DE VIDA	132
ANEXO VI - SESSÃO DE FORMAÇÃO: PRÁTICAS ALIMENTARES NO 1º ANO DE VIDA.....	138
ANEXO VII - JORNAL DE APRENDIZAGEM: MULTICULTURALIDADE	158
ANEXO VIII - SESSÃO DE FORMAÇÃO (INFORMAL): O CO-SLEEPING.....	12
ANEXO IX - PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DE FARDA PARA ENFERMEIROS DE SAÚDE INFANTIL	18
ANEXO X – ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO – “ALIMENTAÇÃO INFANTIL – HISTÓRIAS DA HISTÓRIA”	30
ANEXO XII – FOLHETO ELABORADO PARA OS PAIS SOBRE CUIDADOS A TER APÓS UM TRAUMATISMO CRANIANO	44

ANEXO XIII – PLANO DE CUIDADOS: “ CÓLICAS DO RECÉM-NASCIDO E LATENTE”	48
ANEXO XIV – INSTRUÇÃO DE TRABALHO – PREPARAÇÃO PARA A ALTA	64
BIBLIOGRAFIA.....	72
ANEXO XV - A IMPORTANCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO ESIP NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO À DÍADE MÃE / RECÉM-NASCIDO INTERNADO - REVISÃO DE LITERATURA	80
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXO XVI – ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAUDE INFANTIL E PEDIÁTRICA PERANTE UMA DOENÇA RARA – SINDROME ATR-X.....	91
ANEXO XVII – CERTIFICADO: COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTIFICA DO 2º SEMINÁRIO EQUINÓCIO DA SAÚDE “DO OLHAR DAS PRÁTICAS À CONSOLIDAÇÃO DE SABERES EM SAÚDE”	103
ANEXO XVIII – CERTIFICADO: MEMBRO DO JÚRI DE <i>POSTERS</i> E COMUNICAÇÕES LIVRES DO 2º SEMINÁRIO EQUINÓCIO DA SAÚDE “DO OLHAR DAS PRÁTICAS À CONSOLIDAÇÃO DE SABERES EM SAÚDE”	107
ANEXO XIX - CERTIFICADO: PALESTRANTE DA COMUNICAÇÃO “CENTRO DE SAÚDE - CUIDAR DE NOVO” NO 2º SEMINÁRIO EQUINÓCIO DA SAÚDE: “NOVO CUIDAR – EDUCAÇÃO PARA A SAUDE, ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAUDE”	111
ANEXO XX – PALESTRA DADA NO 2º SEMINÁRIO EQUINÓCIO DA SAÚDE: “NOVO CUIDAR – EDUCAÇÃO PARA A SAUDE, ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAUDE”	115
ANEXO XXI – DOCUMENTO DE SUPORTE À PALESTRA “NOVO CUIDAR – EDUCAÇÃO PARA A SAUDE, ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAUDE “..	127
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	129
ANEXO XXII - NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA REGISTOS EM SAPE NO PROGRAMA DE SAÚDE INFANTIL	135

Índice de Quadros, Tabelas e Fluxogramas

Fluxograma 1 - Processo de pesquisa e seleção	Pág.18
Quadro 1 - Catalogação dos artigos por níveis de evidência, apreciação crítica e síntese do conhecimento	Pág. 19
Fluxograma 2 - Algoritmo para a realização de telefonema de <i>follow-up</i>	Pág.36
Quadro 2 - Resultados encontrados nos telefonemas realizados.....	Pág.37

0- INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na sequência da Unidade Curricular: Estágio. Retrata o caminho experienciado nos diferentes contextos de assistência à criança/jovem e família com vista ao desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências no que concerne ao papel e intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo de todo o seu percurso, este relatório pretende retirar implicações práticas para otimizar e adequar a minha prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A Promoção de normas de qualidade nos Cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, foi a temática que me acompanhou ao longo de todo o percurso de Estágio. A minha opção por esta temática esteve diretamente relacionada com a maior facilidade de transferir as minhas competências desenvolvidas em âmbito profissional para os diferentes contextos de estágio e sua aplicação transversal em diferentes campos de atuação. Por outro lado, a qualidade de cuidados constitui-se como um pilar da prestação de cuidados de enfermagem avançada no âmbito da saúde infantil e pediatria. O Enfermeiro Especializado em Saúde Infantil e Pediátrica deve ser impulsionador da formação de uma base estrutural para formular guias orientadores e normas de procedimentos de cuidados de enfermagem, baseados em evidência empírica, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Normalizar procedimentos é de extrema pertinência. Descrever os cuidados de enfermagem, o que é necessário para prestar esses cuidados e qual o resultado esperado, é fornecer evidência objetiva de como a qualidade será alcançada, na abordagem da saúde infantil e pediátrica.

No entanto, desenvolver padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem representa um enorme desafio, quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem, quer pela importante necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Por outro lado, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve precaver a proteção dos direitos da criança, garantindo igualmente o envolvimento dos pais no processo de cuidados, potenciando a relação criança/pais, estabelecendo estratégias de parceria de forma a facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental. Desta forma, privilegiei o planeamento em saúde, procurando de forma sistemática oportunidades de educação para a saúde e de promoção da adoção de comportamentos potenciadores da saúde da criança/jovem e família, retratando concomitantemente as aprendizagens pessoais, vivências e experiências em estágio nos diversos locais e contextos.

A Unidade Curricular Estágio, dividiu-se em três módulos pré-estabelecidos pela UCP:

Módulo I – Cuidados de Saúde Primários, o qual obtive creditação após entrega e avaliação do relatório de experiência profissional;

Módulo II – Serviço de Internamento de Pediatria do HPP de Cascais Dr. José de Almeida, que decorreu de 30 de Abril a 20 de Junho de 2012;

Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica, que decorreu no Atendimento Permanente de Pediatria do Hospital CUF Descobertas em Lisboa, de 20 de Setembro a 12 de Outubro de 2012 e Serviço de Neonatologia que decorreu de 15 de Outubro a 10 Novembro de 2012 na mesma instituição hospitalar.

Realço que, embora tenha sido creditado o módulo de Cuidados de Saúde Primários, as competências desenvolvidas pela experiência profissional são referenciadas e abordadas no relatório, pois guiaram a minha prática e reflexão.

Este relatório divide-se em parte preliminar (que inclui capa, folha de rosto, pensamento, resumo, *abstract*, agradecimentos, lista de abreviaturas e siglas e sumário), corpo do texto (que compreende a revisão sistemática de literatura, análise crítica das competências adquiridas em estágio e a conclusão) e páginas pós-textuais (compostas por bibliografia e anexos).

No sentido de facilitar a sua organização e leitura considerei pertinente dividir o corpo do texto em 3 capítulos: no primeiro capítulo contextualizo o tema que me acompanhou ao longo deste percurso, com fundamentação e enquadramento do tema escolhido, tendo por base a revisão sistemática da literatura.

No segundo capítulo, analiso as competências desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional tendo em consideração a creditação que obtive e o percurso prático de formação, no contexto da unidade curricular Estágio. Os objetivos específicos foram delineados previamente, e as atividades desenvolvidas para o desenvolvimento das competências inerentes à prática do enfermeiro especialista e respetiva reflexão.

Por último concluo o trabalho, analisando como atingi os objetivos gerais e os objetivos específicos delineados durante este percurso.

Após a conclusão apresento em anexos os documentos comprovantes das minhas atividades durante o estágio.

A unidade curricular ocorreu sob orientação da Professora Margarida Lourenço, e nos Módulos tive como tutora uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No que concerne à estruturação e formatação deste relatório, foram seguidas as orientações instituídas pela NP405.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (DECRETO-LEI N.º 104/98 DE 21 DE ABRIL), no ponto 1 do Artigo 76, faz referência que o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, também podemos verificar no mesmo documento que o enfermeiro na procura da excelência, analisa regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Artigo 88, alínea a), e procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (alínea b). Criar sistemas de melhoria contínua de qualidade em saúde é uma ação prioritária na enfermagem pois estes sistemas assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade. Torna-se pertinente refletir sobre a prática de forma a definir objetivos e estratégias OE(2012).

No âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, a Direção Geral de Saúde, com alguma frequência pública normas e orientações técnicas para os profissionais de saúde. Para a Ordem dos Enfermeiros a qualidade é um dos seus desígnios, em 2001 foram definidos Padrões de Qualidade e em 2005 teve início o Projeto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o qual pretende promover a reflexão crítica e adoção de programas de qualidade contínua. Em 2010 a Ordem dos Enfermeiros publicou três Guias Orientadores de Boa Prática (GOBP) em Saúde Infantil e Pediátrica, estes guias são linhas orientadoras para a prática de cuidados, assentes em resultados de estudos, fontes científicas e na opinião de peritos.

Na fundamentação teórica deste relatório, apliquei a revisão sistemática de literatura como ferramenta de investigação, pois, segundo VILELAS (2009, p.203), este tipo de investigação "*disponibiliza um recurso das evidências relacionadas com uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de procura, apreciação crítica e síntese da informação selecionada*". Segundo FORTIN (2009) a escolha do tema deve ser do interesse do investigador e visa aumentar os seus conhecimentos. Deste modo o meu interesse incidiu sobre a temática da enunciação e implementação de normas de procedimentos e quais são os seus benefícios para o enfermeiro que cuida o utente pediátrico e tenho por objetivo conhecer a evidencia científica no que se refere aos resultados da enunciação e implementação de normas específicas no atendimento pediátrico.

O primeiro passo deste tipo de metodologia, que se define como retrospectiva e secundária (VILELAS,2009), é a definição da questão PICO (P- população, I- intervenção, C- comparação da intervenção, O - resultados). A questão deve conter a descrição do problema de investigação, a população, o contexto, a intervenção e os resultados.

A questão que defini foi:

Que consequências para o enfermeiro, advêm de enunciar e implementar normas de procedimentos na sua intervenção ao utente pediátrico?

Descrevi como PICO:

P- Enfermeiro que intervém no utente pediátrico

I - Enunciar e implementar normas de procedimentos de enfermagem

C- (quando existirem)

O- Resultados da enunciação de normas de procedimentos de enfermagem

Depois de estabelecidas as componentes essenciais da questão PICO, e de efetuar uma revisão de literatura, desenvolvi uma lista de palavras, que subdividi em 3 grupos e combinei entre si utilizando os termos booleanos OR e posteriormente AND. Os 3 grupos definidos foram os seguintes:

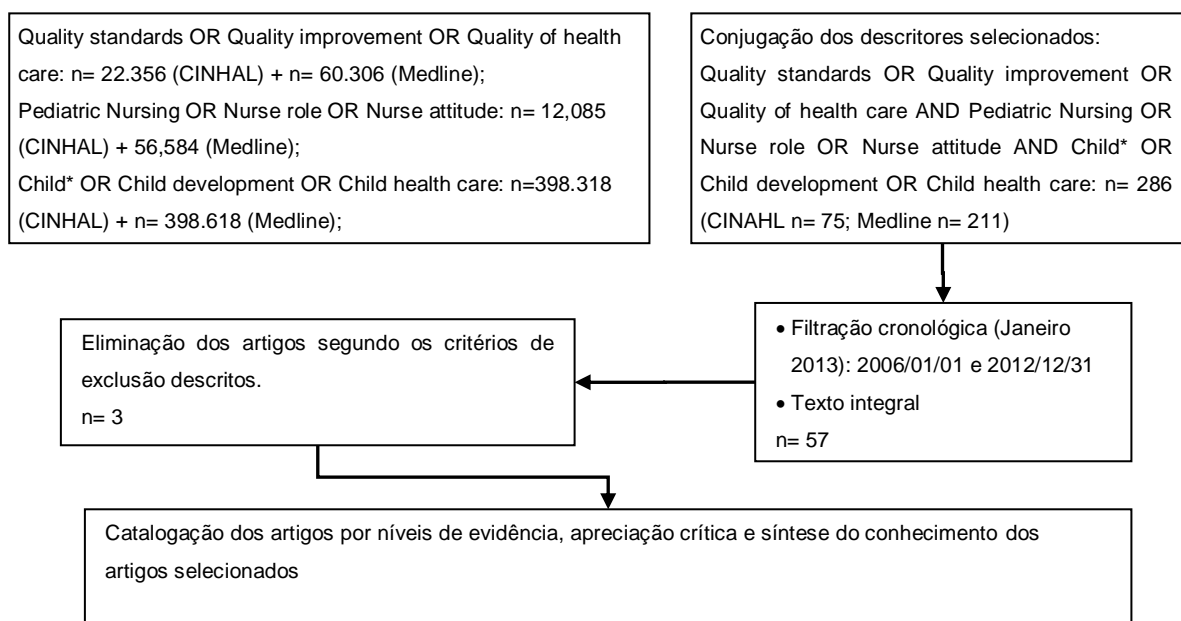
- Quality standards OR Quality improvement OR Quality of health care
- Pediatric Nursing OR Nurse role OR Nurse attitude
- Child* OR Child development OR Child health care

Esta pesquisa ocorreu durante o mês de Janeiro de 2013. Foi utilizada a Biblioteca do Conhecimento Online - Academic Search Complete (EBSCO Host), e as bases de dados CINAHL e Medline, segundo VILARES (2009), recomenda-se que sejam utilizadas pelo menos 2 bases de dados amplas e específicas. No processo de pesquisa e seleção dos artigos (ver Fluxograma 1), foi realizada uma primeira filtração dos artigos, incluindo os artigos entre o espaço cronológico 2006/01/01 e 2012/12/31 e artigos com texto integral..

Em relação aos critérios de exclusão, o processo de exclusão foi realizado em várias fases:

1. Artigos repetidos;
2. Artigos que não façam referência aos cuidados em saúde infantil e pediátrica;
3. Artigos que não estejam relacionados com a questão de investigação após apreciação do *abstract*;
4. Participantes que não sejam os pretendidos;
5. Ausência de trabalho empírico.

Fluxograma 1 - Processo de pesquisa e seleção



Após esta etapa os artigos, seguindo a metodologia descrita por VILARES (2009), foram catalogados por níveis de evidência, apreciação crítica e síntese do conhecimento, como se pode constatar no Quadro 1.

Para avaliar os níveis de evidência, utilizei seis níveis de evidência: Nível I – revisões sistemáticas (meta análises/ linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas); Nível II – estudo experimental; Nível III – estudos quase experimentais; Nível IV – estudos não experimentais; Nível V – relatório de avaliação de programa/ revisões de literatura; Nível VI – opiniões de autoridades / painéis de consenso (VILARES, 2009, p. 217).

Quadro 1 - Catalogação dos artigos por níveis de evidência, apreciação crítica e síntese do conhecimento

ARTIGOS CIENTIFICOS				
ARTIGO / AUTOR(ES)	MÉTODO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<p>Translating Infant Safe Sleep Evidence Into Nursing Practice SHAEFER, S.J.M, [et al.] JOGNN, 39, 618-626; (2010) Nível de evidência: VI</p>	<p>Estudo descritivo</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Implementação de normas de prática</p>	<p>Foi desenvolvida uma abordagem para criar uma mudança sustentável na prática de enfermagem, através da implementação de normas de procedimentos de enfermagem, que poderiam ser monitorizadas por meio de processos de melhoria de qualidade já estabelecidos dentro da organização hospitalar. Conclui-se que atraso na implementação de novas práticas baseadas na evidencia, é atribuído a falta de conhecimentos , falta de autoridade para mudar as praticas e falta de infra estruturas que facilitem a adoção das novas práticas. A educação pode mudar o conhecimento mas na pratica, a mudança requer um empenho tanto da administração como do pessoal envolvido.</p>
<p>Outcomes of Child Care Health Consultation Services for Child Care Providers in New Jersey: A Pilot Study DELLERT, J. [et al.] 2006 Nível de Evidência: VI</p>	<p>Estudo descritivo</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Elaboração de normas</p>	<p>As estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde infantil incluem a reunião de normas de saúde e segurança proporcionando formação adicional dos profissionais de saúde que cuidam de crianças, com o uso de guias orientadores de cuidados infantis de saúde .</p>

Quadro 1 - Catalogação dos artigos por níveis de evidência, apreciação crítica e síntese do conhecimento

ARTIGOS CIENTIFICOS				
ARTIGO / AUTOR(ES)	MÉTODO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<p>Quality Assessment of Pediatric Oncology Nursing Care in a Central American Country: Findings, Recommendations, And Preliminary Outcomes DAY, S.W., [et al.] PEDIATRIC NURSING. Vol. 34/No. 5 (Setembro-Outubro 2008) Nível de Evidência: III</p>	<p>Estudo de intervenção</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Implementação de padrões de qualidade</p>	<p>A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é essencial para a missão do enfermeiro. A qualidade dos cuidados foi avaliada usando padrões de enfermagem aprovados pelo Joint Commission International (JCI). A avaliação forneceu conclusões objetivas e credíveis e uma linha de base a partir do qual as necessidades de enfermagem e recomendações foram determinadas. A qualidade de enfermagem foi avaliada utilizando padrões de qualidade dos seis domínios da JCI. Após uma revisão cuidadosa dos dados, a equipa apresentou recomendações nas áreas de educação, pessoal, remuneração e comunicação.</p>

Da abordagem a estes artigos confiro que a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, é essencial para a missão do enfermeiro (DAY, S.W., [et al.], 2008). Também DELLERT [et al.] (2006), comunga desta opinião referindo que a reunião de normas de saúde e segurança também proporciona formação adicional dos profissionais, as normas, baseadas na evidência científica, são ferramentas que podem ser implementadas na maioria dos contextos, e oferecem uma oportunidade para melhorar a eficiência e qualidade dos cuidados prestados. O atraso na implementação de novas práticas baseadas na evidência é atribuído a falta de conhecimento, falta de autoridade para mudar as práticas e falta de infra estruturas que facilitem a adoção das novas práticas, é por isso, muito importante que haja um empenho da chefia e do pessoal envolvido (SHAEFER, S. [et al.], 2010). A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, é imprescindível, pois proporciona conclusões objetivas e credíveis, e faculta uma linha de base a partir do qual as necessidades de enfermagem e recomendações são estabelecidas (DAY, S.W., [et al.], 2008).

Como referi anteriormente, em 2010 a Ordem dos Enfermeiros publicou três Guias Orientadores de Boa Prática (GOBP) em Saúde Infantil e Pediátrica, na elaboração destes GOBP foram consideradas as áreas de melhoria contínua preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, ao nível dos enunciados descritivos de qualidade da prática profissional dos enfermeiros, com os respetivos indicadores relacionados com a trilogia de Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado. Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input - process - output*. (DONABEDIAN, 1980). Posteriormente também ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Segundo a OE (2012, p.10), "a melhoria da qualidade, da clinica ou do desempenho concentra-se nos sistemas, nos processos e funções, na satisfação clinica e nos resultados de custo, (...) os projetos podem contribuir para a compreensão das melhores práticas ou processos de tratamento que envolvam enfermeiros".

Segundo SALE (1998) existem muitas definições para a expressão "Garantia da Qualidade", para esta autora a mais apropriada e acessível é dada por Williamson, este autor define "Garantia da Qualidade" como sendo a medida do nível dos serviços prestados e os esforços para modificar sempre que necessário, tendo em conta os resultados dessa medição.

Os primeiros estudos sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, foram efetuados nos Estados Unidos da América no início dos anos 50, mais tarde, em 1958 Faye Abdelhah mediu o nível de insatisfação dos utentes. A teoria de Abdellah fornece uma base para determinar e organizar os cuidados de enfermagem SALE (1998), Para Abdelhah, a Enfermagem é uma profissão que ajuda, atende às necessidades dos pacientes e aumenta ou restaura a capacidade de autoajuda. Nunca definiu "Saúde" mas a ênfase é colocada sobre a prevenção e reabilitação. Os problemas também podem fornecer uma base para a organização de estratégias de enfermagem adequadas, foram categorizados em 3 grupos: físico, social e

emocional (FALCO, S. in GEORGE, J. [et al.], 2000). Foi a partir deste pressuposto, que 21 problemas de enfermagem foram desenvolvidos.

Existem várias etapas a seguir quando queremos desenvolver uma base de trabalho para medir a qualidade dos cuidados prestados num determinado serviço. Segundo Norma Lang este é um ciclo de 11 etapas, este ciclo dá início na identificação das convicções da equipa até à avaliação do programa implementado.

Na Europa a partir de 1960 a avaliação em enfermagem passou a ser realizada de forma estruturada e a produzir estudos sistemáticos. A pesquisa em torno da avaliação da qualidade surgiu concomitantemente com o aparecimento de ferramentas e instrumentos de medida desenvolvidos por enfermeiras como Phaneuf, que criou a Auditoria em Enfermagem (SALE, 1998). O modelo de auditoria de enfermagem desenvolvido por Phaneuf era aplicado de forma retrospectiva aos registos, possibilitando que as enfermeiras avaliassem a qualidade do cuidado de enfermagem através da obtenção e análise de dados quantitativos sobre a assistência prestada (PINTO e MELO, 2010). A *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* definiu em 1971, normas para os cuidados de enfermagem, fornecendo uma abordagem objetiva e sistemática dos cuidados prestados aos clientes e do desempenho dos profissionais (SALE, 1998). Normas, são definições válidas e aceitáveis de qualidade dos cuidados, permitem descrever os cuidados prestados, o que é necessário para prestar esse cuidado e qual é o resultado esperado. Só têm valor se contiverem critérios que permitam uma medição e avaliação (ibidem, 1998).

Normalizar procedimentos é de extrema pertinência, a normalização como base da qualidade na saúde, surge da necessidade de fornecer evidência objetiva de que a qualidade foi alcançada, como refere Christo, citado por IPQ (2001), assim, a norma não deverá ser encarada como um fim em si mesmo, sendo apenas um meio para a qualidade (BASTOS e SARAIVA, 2011).

Segundo MILLS [et al.] (2005), durante a última década, tem-se assistido a um crescimento considerável no desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos. Os benefícios potenciais do uso de protocolos clínicos incluem o estabelecimento da prática baseada em evidências e padronização de cuidados e procedimentos, reduzindo a incidência de erros, e as incongruências nos cuidados que podem surgir quando os pacientes pediátricos e de seus pais encontram corpo clínico diferente cada vez que recorrem aos serviços de cuidados pediátricos, também podemos verificar o aumento da eficiência, e a redução de custos. Embora o desenvolvimento de protocolos envolva um compromisso inicial de tempo significativo, a longo prazo, a eficiência de avaliação do paciente e do tratamento marca uma melhoria considerável de economia de tempo para os enfermeiros e médicos. Ou seja, o tratamento passo-a-passo, os planos de cuidados, podem melhorar a qualidade do atendimento ao utente, induzem também a melhor comunicação entre o pessoal clínico, aumentando o intercâmbio de conhecimentos e a continuidade do atendimento ao utente pediátrico.

A comunicação é uma aptidão essencial em enfermagem, uma vez que constitui uma componente crucial no intercâmbio de informações pela articulação entre equipas, instituições

(através de protocolos, normas), crianças, pais e família. Visa alcançar ideias, factos, pensamentos e valores, facilitando a partilha de sentimentos, auxiliando a atingir e a manter um alto nível de saúde (ZUGE e BRUM, 2010).

Ainda segundo estes autores, a formação dos enfermeiros neste processo, surge como indispensável, ao aumentar os conhecimentos sobre os processos de doença e da prática baseada na evidência científica, apoiam-se decisões de tratamento e fomenta-se a responsabilidade e independência entre o pessoal de enfermagem.

Conclui-se que o enfermeiro especialista é protagonista nas intervenções inerentes ao planeamento da saúde e à definição de políticas e estratégias de saúde visando a melhoria da qualidade na abordagem da saúde infantil e pediátrica. É também o impulsionador da formação de uma base estrutural para formular guias orientadores e normas de procedimentos de cuidados de enfermagem, baseados em evidência empírica, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Enfermeiros precisam se comunicar uns com os outros e partilhar as suas experiências, para que todos possamos aprender.

É no entanto necessário ter em atenção que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deverá adequar a sua prática à sua população alvo, e ao modelo conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica que está centrado nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo do sistema familiar.

Apoiada a um modelo de parceria e com vista à capacitação, a educação para a saúde da criança e família é determinante na intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. O Modelo de Parceria de Cuidados, baseia-se no fato dos pais progressivamente desenvolverem competências no cuidar, a parceria está associada a um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns. Caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos; definição de objetivos comuns, centrados na pessoa; participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação (MENDES e MARTINS, 2012). Cabe aos enfermeiros a supervisão deste complexo processo.

Ao refletir sobre esta fundamentação teórica, concluo que ao investigar e perseguir mudanças para garantir a melhor prática, tenho feito a diferença e melhorado o atendimento que ofereço ao utente pediátrico. Fica subjacente que o enfermeiro necessita, desenvolver ao longo da sua vida profissional, os conhecimentos necessários para produzir a sua própria competência. Como usufruir de cuidados de Saúde com qualidade é um direito que assiste a todos os cidadãos, é fundamental que o enfermeiro crie condições de crescimento, com referências e competências de forma a melhor compreender o mundo em que vive e trabalha.

2 - ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Podemos verificar, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a), que as competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como decorrentes dos domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, “o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (p.2).

Dada a especificidade da minha atuação, reconheci a necessidade de “desenvolver competências clínicas especializadas” relativas a este campo de intervenção, pois só assim poderei “atingir níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão adequados” (OE, 2010a, p.2).

É minha intenção, neste capítulo, descrever o percurso da unidade curricular Estágio, subdividido em 3 subcapítulos, correspondentes aos 3 módulos que a constituem.

A “Promoção de normas de qualidade nos Cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica”, foi a temática que me acompanhou ao longo de todo o percurso, assim sendo, o meu primeiro objetivo transversal aos módulos que compõem a Unidade Curricular Estágio é:

- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, para a elaboração de normas de qualidade nos cuidados especializados à criança/jovem e sua família nos diferentes contextos em que esta se encontra.**

Como o enfermeiro tem uma ação de agente facilitador na promoção da saúde ao utente pediátrico e sua família / cuidadores, e como a sua ação passa por transmitir informações à criança / família / cuidadores, com o objetivo de alterar comportamentos, com vista ao desenvolvimento saudável da criança, o segundo objetivo geral transversal aos módulos de estágio consiste em:

- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da promoção da saúde nas diferentes áreas da sua prática.**

Findo cada capítulo com uma reflexão sobre o percurso efetuado.

2.1 - MÓDULO I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (MÓDULO CREDITADO)

Exerço funções nos cuidados de saúde primários há 11 anos, onde percorri vários contextos e programas de saúde: cuidados continuados, saúde reprodutiva e saúde materna, saúde escolar, vacinação, e nos últimos 4 anos sou responsável pelo Programa de saúde infantil e juvenil, orientando a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados à criança e seus encarregados de educação (pais, familiares ou prestadores de cuidados).

No programa de saúde infantil e juvenil tenho como principais guias, as orientações técnicas e normas da D.G.S e Guias de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros.

Acompanho a criança, os pais/ familiares/ cuidadores desde a primeira visita à unidade de saúde, habitualmente coincidente com a realização do diagnóstico precoce até aos 18 anos, dando início na plataforma informática SAPE ao processo de enfermagem, que utiliza linguagem CIPE® Versão Beta 2. Nas consultas de enfermagem realizo atendimento de enfermagem com ou sem consulta médica, programado ou não programado. As consultas de enfermagem programadas podem ou não ser coincidentes com a consulta médica de vigilância, as consultas não programadas são as realizadas aquando da realização do diagnóstico precoce, as oportunistas quando as crianças vêm à sala de vacinas e é detetado pelo sistema, que a vigilância não está atualizada, quando os pais têm dúvidas inadiáveis e recorrem para esclarecimentos, quando surge uma doença comum e é necessário efetuar uma triagem, ensinamentos conduzidos à doença em questão e encaminhamento se necessário para médico de família ou urgência pediátrica, quando há suspeita de negligência, abuso ou maus tratos

A educação para a saúde, está presente em todas as intervenções, valorizando os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, educando para uma parentalidade positiva, fornecendo aos pais / família/ cuidadores a literacia em saúde necessária para facilitar a aprendizagem de habilidades para o papel parental, criando um desempenho das competências parentais para o saudável crescimento e desenvolvimento da criança. Todas as intervenções realizadas são implementadas e geridas em parceria com os pais/ familiares/ cuidadores e equipa multidisciplinar.

A minha função cumpre uma função de conselheira e perita (HESBEEN, 2001), perita pelo acumular de conhecimentos provenientes da minha vida pessoal e profissional, permitindo-me enquadrar a minha intervenção e os meus limites, para que como conselheira possa criar uma relação de confiança para que os meus utentes possam tomar decisões conscientes, fundamentadas e positivas. Segundo BENNER (2005), apenas a experiência traz o conhecimento das exceções, ou seja, dos elementos que a teoria não prevê.

Após uma reflexão do meu percurso profissional nos cuidados de saúde primários acima descrito, julgo pertinente atestar a minha procura contínua pela excelência do meu exercício profissional. *“A qualidade constitui uma linha em permanente evolução”* (HESBEEN, 2001, p.47). Em relação às competências adquiridas, e seguindo o disposto na ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b), durante o meu percurso profissional desenvolvi as seguintes competências:

“Assiste a criança / jovem com a família, na maximização da sua saúde”:

- *E1.1 “Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem”;*
- *E1.2 “ Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança / jovem”.*

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”:

- E3.1 “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”;
- E3.2 “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”;
- E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”;
- E3.4 “Promove a auto estima do adolescente e a sua auto determinação nas escolhas relativas à saúde”

Em relação às competências comuns de enfermeiro com especialidade, no meu percurso profissional alcancei o domínio “A -**Responsabilidade profissional, ética e legal**” (OE, 2010a), pois a minha prática foi sempre baseada nas normas ético-legais, no código deontológico da Ordem dos Enfermeiros e pelas normas de respeito aos direitos humanos, nomeadamente a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990), e sempre assumi a responsabilidade inerente à minha conduta profissional. Segundo HESBEEN (2001, p.74), um profissional que assume a sua responsabilidade moral é capaz de responder pelos seus atos perante as pessoas de quem cuida. Também desenvolvi competências do domínio “C- **Gestão de Cuidados**” (OE, 2010a), pois desde 2003 que oriento equipas de enfermagem (programa de saúde escolar, programa nacional de vacinação, programa de atuação em vigilância infantil e juvenil), gerindo os cuidados prestados de forma a garantir a excelência dos cuidados prestados.

Segundo BENNER (2005) a prática é necessária para a perícia pois o “*saber fazer*” é adquirido através da experiência, a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender na teoria, no entanto, a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado. Mas a motivação que me guia, “*é o motor de arranque para quem tem em vista um destino que pretende alcançar*” (HESBEEN, 2001, p.76), sendo o meu destino a procura pela excelência da qualidade dos cuidados que presto à criança /pais / família ou cuidadores.

2.2 - MÓDULO II – SERVIÇO DE INTERNAMENTO

A escolha deste campo de estágio foi um processo refletido, o HPP de Cascais Dr. José de Almeida, é uma das instituições hospitalares onde o ACES, onde exerço funções, referencia as grávidas e crianças, esta escolha permitiu-me conhecer as equipas de enfermagem e o seu método de trabalho, o que vai possibilitar uma melhor gestão de recursos, melhorando a qualidade de atendimento da criança e família.

O serviço de Internamento desta unidade hospitalar é constituído por 2 áreas: a consulta externa de pediatria (Piso 2) e o internamento (Piso 5) composto por 19 camas, sendo 3 de isolamento. Possui ainda um quarto e instalações sanitárias, para os pais.

Durante este módulo, foi acordado, durante uma entrevista informal, pela enfermeira chefe, dividir a minha permanência em 2 períodos, um na consulta externa de pediatria, outro, no serviço de internamento, em ambos os serviços fui orientada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Este período estágio foi concomitante com uma auditoria à qualidade de cuidados prestados nesta instituição hospitalar, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*.

O diagnóstico de situação foi delineado em concordância com a entrevista informal, com a enfermeira chefe e as enfermeiras orientadoras deste módulo, onde me foram propostos campos de atuação, mas também após observação das rotinas deste serviço, desta forma, delineei como objetivos específicos:

- ✓ **Contribuir para a melhoria de cuidados prestados, no âmbito da promoção da saúde da criança, jovem e família, nomeadamente na adoção de hábitos alimentares saudáveis;**
- ✓ **Analisar a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica como promotor da saúde, na alimentação e multiculturalidade.**

Estes objetivos surgem das dificuldades existentes na gestão das refeições em crianças provenientes de orientação vegetariana, e na necessidade dos enfermeiros deste serviço aprofundarem conhecimentos na introdução da diversificação alimentar no primeiro ano de vida.

Ao assistir a reuniões de serviço, cuja finalidade era estabelecer uma norma para a articulação com os cuidados de saúde primários, e tendo em conta o meu objetivo geral de **desenvolver competências para a elaboração de normas de qualidade nos cuidados especializados à criança/jovem e sua família**, e tendo em consideração que verifiquei algumas dificuldades na elaboração dos processos de enfermagem no software de apoio ao registos de enfermagem. Delineei os objetivos específicos:

- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na área da Organização dos Cuidados de Enfermagem, colaborando para a melhoria de registos de enfermagem em linguagem CIPE® Versão Beta 2;**
- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na área da Gestão da Qualidade, colaborando na elaboração de normas de procedimentos e na prestação de cuidados de excelência durante as auditorias da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*;**

Consequentemente à reunião informal, com a equipa de enfermagem, constatei existir o desejo de existir uma farda mais apropriada a cuidados infantis, embora esta problemática não se encaixe nos meus objetivos, senti necessidade em delinear o objetivo:

- ✓ **Contribuir para a melhoria da satisfação profissional, nomeadamente na implementação de farda mais apropriada a cuidados infantis.**

Atividades desenvolvidas:

- Visitar as instalações do HPP e a sua acessibilidade;

- Realizar uma entrevista informal com a Enfermeira Chefe e as Orientadoras;
- Conhecer os elementos da equipa multidisciplinar;
- Conhecer a metodologia de trabalho das equipas da consulta externa e serviço de internamento;
- Conhecer o percurso de referenciação entre os ACES e o HPP;
- Efetuar pesquisa e análise bibliográfica (livros e artigos científicos);
- Propor normas de articulação entre o HPP e os cuidados de saúde primários;
- Colaborar com os profissionais durante as auditorias da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*;
- Elaboração manual de diagnósticos e intervenções de enfermagem, em saúde infantil e juvenil, utilizando a linguagem CIPE® Versão Beta 2;
- Elaborar proposta de implementação de farda mais apropriada à população alvo deste serviço;
- Refletir sobre introdução da diversificação alimentar no primeiro ano de vida e a influencia cultural da família;
- Elaborar tabelas de diversificação alimentar de acordo com as crenças / orientações;
- Realizar ações de formação aos Enfermeiros:
 - Norma de articulação entre o Hospital e os ACES efetuada;
 - Diversificação alimentar no 1º ano de vida;
 - O *Co - sleeping*, como promotor da amamentação.
- Introduzir no portfólio a informação trabalhada;

A etapa do estágio na Consulta Externa de Pediatria, dada a sua localização no piso 0, permitiu-me conhecer a organização estrutural do hospital, bem como a sua acessibilidade por parte dos utentes, foi igualmente uma oportunidade de verificar o percurso entre a referenciação das unidades dos ACES e a consulta de especialidade pediátrica, junto dos elementos que a executam.

Colaborei com a equipa, efetuando as consultas de enfermagem conexas à consulta médica. Nesta consulta de enfermagem são avaliados os dados antropométricos da criança / jovem e dados relevantes ao tipo de consulta de especialidade a que se refere a consulta, estando a ser implementado um sistema de registos de enfermagem, que utiliza a linguagem CIPE® Versão Beta 2. Ao verificar algumas dificuldades na elaboração dos processos de enfermagem, elaborei um manual com os Focos / Fenómenos mais frequentes em saúde infantil / juvenil e sugestões de intervenções para cada um. Este manual (ANEXO I) ficou no serviço em formato de papel. Tal como HESBEEN (2001) referiu há alguns anos na sua obra, verifica-se ainda hoje, que os registos resultam de vontades institucionais, e embora se assistam a algumas dificuldades em implementar alguns aplicativos informáticos de apoio à prática de enfermagem, o objectivo é melhorar dos serviços prestados. Embora os registos não uniformizem a prática, ajudam a orientá-la (ibidem, 2001). É essencial haver padrões que representem a prática da Enfermagem nos sistemas de informação da saúde o que conduz para a evolução de uma compreensão do trabalho da Enfermagem baseada no conhecimento. Neste momento, grande

parte dos serviços e instituições utilizam software com linguagem CIPE® Versão Beta 2. A CIPE® Versão Beta 2, além de facilitar a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes produz concomitantemente dados e informação que podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas (OE,2009b).

Desta forma, alcancei um dos objetivos a que me propus:

- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na área da Organização dos Cuidados de Enfermagem, colaborando para a melhoria de registos de enfermagem em linguagem CIPE® Versão Beta 2;**

Na Consulta Externa de Pediatria, uma vez por semana são efetuados testes às crianças com suspeita de alergia à proteína de leite de vaca e ao ovo, tal como prevê a DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2012) na sua Orientação nº 006/2012 de 19/03/2013, tive a oportunidade de colaborar no processo dos testes de provocação à lactose e na administração da vacina VASPR (vacina contra o sarampo, papeira e rubéola), vigiando estas crianças durante o processo, descartando possíveis sinais e sintomas associados a reação alérgica dos componentes (leite e ovo).

Conhecer a equipa de enfermagem foi muito importante, uma vez que pude observar de perto a sua metodologia de trabalho, nomeadamente os passos que cursa uma referenciação efetuada através do programa ALERT® desde a unidade de saúde dos cuidados de saúde primários até à marcação de consulta de especialidade na unidade hospitalar.

Também durante este período, assisti a 4 reuniões de serviço, com o objetivo de estabelecer uma norma para a articulação com os cuidados de saúde primários, nestas reuniões ficou decidido o conteúdo da norma e os conteúdos dos anexos (formulário da norma e contatos das enfermeiras de referencia, nas unidades de saúde) que ficaram ao meu encargo. Para este fim, senti necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, durante a minha pesquisa bibliográfica redigi um documento onde realço a importância da articulação e sugiro algumas atitudes de melhoria nesta área, o que favorece a introdução à norma e onde pude concluir que os hospitais e os ACES nem sempre articulam de uma forma tão próxima quanto o desejável, esta articulação poderia potenciar ganhos de saúde, tais como a melhoria da qualidade assistencial, a focalização no utente, e o aumento da promoção do bem-estar do utente (ANEXO II).

Planeei uma apresentação sobre o trabalho desenvolvido, tendo sido sugerido, pela equipa, o dia 19 de Junho. Foram convidados todos os profissionais de saúde do Departamento da Mulher e da Criança. Nesta apresentação de 20 minutos, assistiram 7 enfermeiras, que avaliaram esta sessão positivamente, referindo que esta norma representa uma importante ferramenta de trabalho (ANEXO III).

Verifico deste modo que alcancei os objetivos:

- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, para a elaboração de normas de qualidade nos cuidados**

especializados à criança/jovem e sua família nos diferentes contextos em que esta se encontre.

- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, na área da Gestão da Qualidade, colaborando na elaboração de normas de procedimentos e na prestação de cuidados de excelência durante as auditorias da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*;**

No caso da articulação entre os ACES e esta instituição hospitalar, o poder colaborar na elaboração da norma de procedimentos, e realizar um mapa de contactos de todos os elementos chave das diversas unidades (ACES) e a elaboração do formulário para realizar a articulação de cuidados, foi um passo importante na minha formação. Embora não pertença ao grupo da UCF, que normaliza estes passos, penso que terá será uma ferramenta útil para impulsionar outros métodos de articulação tais como reuniões de consultadoria de pediatria nos ACES, o que permitirá otimizar os cuidados prestados nos cuidados de saúde primários e realizar ganhos de produção, quer financeiramente para os pais que têm de se deslocar ao hospital quer a nível dos gastos financeiros pelo número avultado de crianças que são referenciadas e que poderiam ter a sua situação resolvida na sua unidade de saúde.

Todo este trabalho efetuado com a equipa do HPP, já começou a produzir resultados, sendo agora frequente a articulação entre o serviço social do HPP e as unidades de cuidados de saúde primários e também entre estas, o que a meu entender foi um grande passo na história dos cuidados de saúde, e que vai contribuir certamente para melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No internamento, prestei cuidados de enfermagem, ao nível de enfermeiro especializado, a todas as crianças internadas, avaliando sinais vitais, administrando terapêutica prescrita e interagindo com os pais/familiares na educação para a saúde durante o internamento e no pós alta, trabalhando em parceria com estes, para uma construção de tomada de decisão que beneficie o desenvolvimento saudável da criança. Colaborei sempre que necessário na elaboração de registos de notas de alta de enfermagem e na articulação com a unidade de saúde onde as crianças são utentes, para um acompanhamento da situação que sujeitou a internamento. Foi um trabalho desenvolvido, com êxito, com o fim de alcançar o objetivo geral proposto:

- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da promoção da saúde nas diferentes áreas da sua prática.**

Ao verificar através do diagnóstico de situação que haveria alguma dificuldade em efetuar pedidos de refeição para crianças provenientes de orientação vegetariana, planeei efetuar uma ação de formação sobre esta temática. Como não havia disponibilidade para realizar esta formação em tempo útil de verificar os resultados, elaborei um documento de suporte à formação sobre diversificação alimentar no 1º ano de vida, realizando uma revisão de literatura no sentido de atualizar dados que já tinha investigado na minha prática profissional (ANEXO IV), elaborei conjuntamente, um documento com quadros resumo da diversificação alimentar

(ANEXO V), com as tabelas para o 1º ano de vida para as crianças com alimentação habitualmente introduzida em Portugal, para as vegetarianas e para a alimentação brasileira, o fato de ter incluído a alimentação brasileira deve-se a que esta comunidade, segundo o SEF (2012), é a mais representada de entre as comunidades estrangeiras em Portugal, esta comunidade tem um regime alimentar distinto do português. Estes documentos ficaram disponíveis em formato de papel e no ambiente de trabalho do computador utilizado pela equipa de enfermagem. A formação decorreu a 19 de Junho (ANEXO VI). Por outro lado para realizar a ação de formação sobre diversificação alimentar, compreendi a necessidade de efetuar uma reflexão sobre a multiculturalidade, pelo que elaborei um “Jornal de Aprendizagem” (ANEXO VII) pois, é imprescindível que o enfermeiro possua conhecimentos para além dos próprios da sua ciência de modo a personalizar cuidados e a evitar fazer julgamentos de valor, por estes motivos, saber lidar com a diversidade cultural é no meu entender uma exigência na qualidade da prestação de cuidados. Justifico também a pertinência destas atividades pois uma das competências do EESIP é, segundo a OE (2010b): Relacionar-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, contribuí desta forma para a minha aquisição de competências como EESIP.

Foi um trabalho desenvolvido de forma a alcançar os objetivos:

- ✓ **Contribuir para a melhoria de cuidados prestados, no âmbito da promoção da saúde da criança, jovem e família, nomeadamente na adoção de hábitos alimentares saudáveis;**
- ✓ **Refletir acerca do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica como promotor da saúde, na alimentação e multiculturalidade.**

Os resultados deste percurso são positivos quer pelo desenvolvimento dos meus conhecimentos quer e pela cooperação para com a equipa de enfermagem. Uma vez que a avaliação da formação foi muito positiva, foram objetivos alcançados. Como são os enfermeiros que executam os pedidos de alimentação à cozinha é fundamental que desenvolvam competências culturais, como já referi anteriormente, os emigrantes brasileiros são segundo o SEF (2012) a comunidade estrangeira mais representada em Portugal, e segundo o site: www.centrovegetariano.pt, o número de pessoas que aderem ao vegetarianismo também está a crescer, é portanto fundamental que o enfermeiro desenvolva conhecimentos sobre estas comunidades e a sua abordagem à alimentação, respeitando assim as suas crenças, embora salvaguardando que as diretivas europeias (ESPGHAM, 2008) não recomendam a alimentação vegetariana nas crianças.

Após verificar que emergiu alguma controvérsia em relação ao *Co - sleeping*, pois é uma prática que levanta várias questões de segurança da criança, resolvi abordar também esta temática, informalmente, durante uma passagem de turno (infelizmente não havia disponibilidade para outra ocasião mais formal) de modo promover a amamentação (ANEXO VIII). Como formação informal e não programada improvisei uma apresentação em PowerPoint que foi visualizada pelos 5 elementos da equipa de enfermagem presentes, através de um

monitor de computador. Foi também uma transferência da minha experiência profissional, já que no serviço onde exerço foi necessário abordar esta temática.

No período em que efetuei o módulo de estágio, constatei que haveria uma transição de gestão da instituição hospitalar a decorrer, nas passagens de turnos foi abordada a necessidade de ser o *timing* apropriado para efetuar algumas transições necessárias, tais como a implementação de farda mais ajustada aos cuidados infantis, o que vai de encontro a um estudo, de PELANDER, LEINO-KILPI (2004), que procurou saber quais as expectativas das crianças sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, o uso de cores nas fardas dos enfermeiros foi um dos itens referidos por crianças internadas. Elaborei um “Projeto de implementação de farda para Enfermeiros de saúde infantil” (ANEXO IX), este documento ficou disponível no serviço.

Alcansei desta forma o objetivo proposto:

✓ **Contribuir para a melhoria da satisfação profissional, nomeadamente na implementação de farda mais apropriada a cuidados infantis.**

Ao refletir sobre as 250h de formação nesta instituição hospitalar, verifico que todas as minhas atividades planeadas foram executadas tendo em meta o desenvolvimento de competências a que me propus, as quais alcancei e fortaleci, também me permite concluir que consolidei conhecimentos sobre vários temas, tais como, articulação de cuidados, diversificação alimentar no 1º ano de vida, o desenvolvimento de competências na multiculturalidade.

A equipa de enfermagem deste serviço, à exceção da chefia, é bastante jovem, o que se traduziu na oportunidade de empregar a minha experiência profissional, já que segundo BENNER (2005) “saber” e “saber fazer” constituem tipos diferentes de conhecimentos e a enfermeira perita apercebe-se das situações como um todo. Uma das situações que me permite concluir este fato é o desconhecimento que o *Co - sleeping* é promotor da amamentação, e é divulgado mundialmente pela UNICEF, através do seu folheto *online*, também a bibliografia especializada fundamenta este fato, sendo o *Co - sleeping* também promotor da vinculação entre o recém-nascido e os pais, salvaguardando medidas de segurança, (MANNEL, MARTENS, WALKER, 2011).

Isto implica articular os saberes adquiridos com os já existentes e a sua transferência para a prática diária de cuidados especializados à criança/jovem/família visando sempre a excelência do cuidar.

Em suma, alcancei os objetivos a que me propus, alcancei competências ao nível dos objetivos gerais, pois colaborei na elaboração de uma norma de articulação entre a instituição hospitalar e os ACES correspondentes, fomentei a formação dos enfermeiros da equipa, ao nível da amamentação e diversificação alimentar no primeiro ano de vida.

Consolidei também, competências respeitantes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pois além de demonstrar que realizo uma prática profissional e ética, promovo o respeito pelos direitos humanos, valores, costumes, crenças e práticas familiares. Em simultâneo, realizei um artigo sob a orientação da Professora Margarida Lourenço, “Alimentação Infantil – Histórias da História” (ANEXO X), que enviamos com intenção de

publicação à Revista Sinais Vitais, em Novembro de 2012, que aguarda publicação. Neste artigo abordamos a importância de compreender a História e sublimar os contributos para a saúde, é o exemplo do aleitamento materno e da alimentação complementar, que devem ser observados como fenómenos sócio históricos e com repercussões na prática cultural e, não somente no plano biológico.

2.3 - MÓDULO III – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA E SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

A escolha do Hospital CUF Descobertas, uma instituição privada, que iniciou a sua atividade no ano de 2001. Está situado no Parque das Nações e constitui uma das várias unidades de saúde do Grupo José de Mello.

O Hospital serve uma população muito diversificada, na sua grande maioria pertencente aos diversos subsistemas ou detentoras de seguros de saúde, com os quais o hospital celebrou acordos, com o objetivo de criar condições vantajosas de acesso aos seus beneficiários, incrementando assim a sua carteira de clientes.

O Hospital CUF Descobertas assume a Qualidade como valor fundamental e está empenhado em garantir a sua melhoria contínua. Neste sentido são definidos os níveis de serviço da sua prestação e avaliada a satisfação dos clientes através de mecanismos específicos.

De acordo com os princípios estabelecidos na política da qualidade dos Hospitais CUF, este hospital tem promovido a certificação das suas unidades através do reconhecimento externo do Sistema de Gestão da Qualidade, como é o caso da Unidade Funcional do Atendimento Permanente, de acordo com as normas ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade. Relativamente à estrutura física do Hospital CUF Descobertas (HCD), a mesma é dotada de excelentes instalações, com um elevado grau de qualidade. No que diz respeito à organização da Unidade Hospitalar em questão, a mesma está sectorizada em Unidades Funcionais, que representam um conceito muito mais aberto e de interligação do que o conceito de «serviços» que é muito mais estanque. O módulo de 250h foi dividido pelo serviço de urgência pediátrica (que na CUF se denomina de Atendimento Pediátrico Permanente) e serviço de neonatologia (Unidade de cuidados especiais ao recém-nascido).

2.3.1 - Serviço de Urgência Pediátrica

No HCD a Unidade Funcional de Atendimento Permanente Pediátrico (UFAPP) está incluída na Unidade Funcional de Atendimento Permanente (UFAP) que é uma área diferenciada destinada à observação e tratamento de clientes que recorrem ao HCD por doença aguda, situando-se no Piso 0 do Bloco A.

Esta unidade é dividida em Atendimento Permanente (AP) de Adultos e de Pediatria e tem como principal objetivo o atendimento médico / enfermeiro com o mais elevado padrão de

qualidade e também a satisfação dos seus clientes, funcionando durante 24 horas. O AP é uma unidade independente que articula com as outras unidades existentes no hospital.

O cliente pediátrico que é atendido na UFAP tem idade compreendida entre os zero e os 16 anos menos 1 dia e na maioria pertence aos diversos subsistemas ou detentor de seguros de saúde, com os quais o hospital celebrou acordos. Durante a minha permanência no Atendimento Pediátrico Permanente, tive oportunidade de continuar a desenvolver competências neste campo de atuação do enfermeiro especializado, pois, já possuo experiência profissional num serviço de urgência pediátrica. Após observar o método e registo informático de triagem, a partir do 3º dia já o realizava autonomamente, bem como outras técnicas de enfermagem, tais como: aerossol terapia, canalizar vias periféricas, colheita de sangue e urina para análise laboratorial. Foi-me possibilitado a realização de cuidados de enfermagem desde a triagem à alta para o domicílio, incluído a prestação de cuidados na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). O internamento na UICD ocorre por um período máximo de 72 horas. O cliente pediátrico/família, após a observação médica, pode ser encaminhado para cuidados de enfermagem, para internamento na UICD, para consulta de especialidade ou ter alta.

No APP, neste momento estão implementados 2 projetos:

- “Arco-íris da Saúde”
- “Um Olá Depois da Alta”

O Projeto “Arco-íris da Saúde”, que consiste na implementação de um conjunto de atividades desenvolvido no APP que permitem e estimulam o brincar no serviço de urgência pediátrica, tornando-se uma estratégia de intervenção e facilitadora da equipa de enfermagem no cuidar à criança.

O projeto intitulado “Um Olá Depois da Alta”, que tem como principal objetivo realizar um *follow-up* das crianças que têm alta para o domicílio e ainda promover a qualidade dos serviços prestados, validando os ensinamentos feitos pelos enfermeiros durante o internamento. Isto é feito através de um telefonema efetuado às famílias no dia seguinte após a alta.

Após reunião com o Enfermeiro Chefe e orientadora neste módulo delineei os seguintes objetivos:

- ✓ **Desenvolver a competências na prestação de cuidados à criança / jovem e família em situações de especial complexidade:**
 - **Aprofundar competências no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados ao utente pediátrico, em contexto de serviço de urgência.**
- ✓ **Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial no pós-alta;**
- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da promoção da saúde em serviço de urgência.**

Atividades delineadas:

- Visitar a estrutura física da instituição, a sua Missão e organização;
- Conhecer a metodologia de trabalho do Atendimento Permanente e da UCERN;

- Prestar cuidados de enfermagem especializados, a crianças e sua família que recorrem ao APP;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados a crianças e sua família, internadas na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD);
- Prestar cuidados de enfermagem especializados, em situações de instabilidade de funções vitais;
- Colaborar na melhoria de qualidade assistencial à criança e família:
 - Colaborar e divulgar o projeto existente no APP de assistência no pós alta;
 - Realizar um folheto de educação para pais/familiares sobre traumatismo craniano.

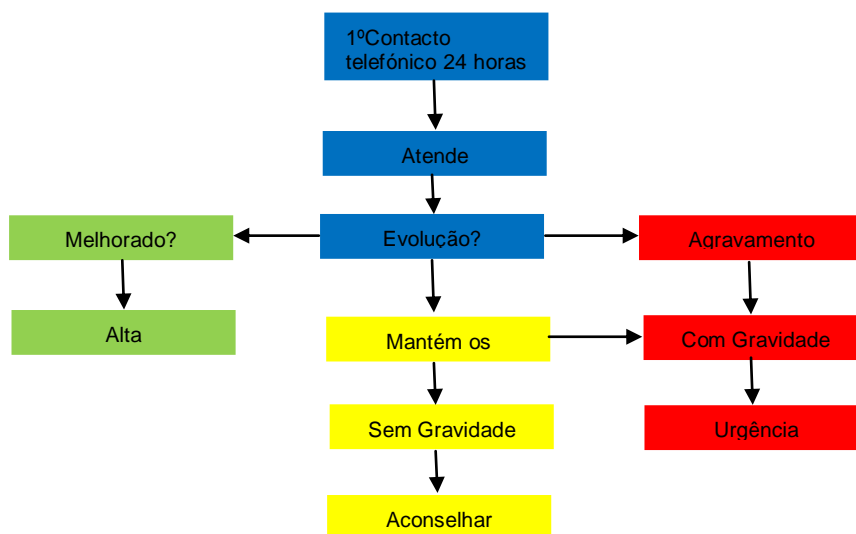
Durante o período inicial de acolhimento a este serviço e equipa, tive a oportunidade de conhecer a estrutura física do Hospital Cuf Descobertas, missão e organização de recursos humanos e materiais. Como já possuía conhecimentos nesta área (no início do meu percurso profissional exerci funções numa urgência pediátrica), foi-me permitido colaborar nas atividades do serviço, sempre que necessário e pertinente.

Realizei a triagem de crianças/ jovens que recorreram ao APP, o que me permitiu mobilizar conhecimentos e exercer a observação para os pormenores, desta forma é possível distinguir o trivial da verdadeira urgência, assim deste modo, aprofundei competências no âmbito da triagem ao utente pediátrico, em contexto do atendimento em serviço de urgência.

Considero que a triagem deve ser realizada por EESIP, pois estes profissionais estão mais capacitados para lidar com crianças e famílias em situações de especial complexidade e que podem passar despercebidas a um olhar menos treinado.

Em outras ocasiões, colaborei no âmbito do projeto “Um Olá Depois da Alta”. Neste projeto realizei telefonemas, com o apoio do algoritmo (Fluxograma 2), pois, não existe guião de entrevista.

Fluxograma 2 - Algoritmo para a realização de telefonema de follow-up



Dos 13 telefonemas realizados, 4 falharam por não serem atendidos os telefones destinatários, após 2 tentativas. Dos restantes 9 telefonemas com sucesso, estes diziam respeito a crianças que estiveram internadas na UICD conforme se descreve Quadro 2.

Quadro 2 - Resultados encontrados nos telefonemas realizados

Idades das crianças	Entre 4 Meses e 11 Anos	
Sexo	Feminino	6
	Masculino	7
Diagnóstico do internamento na UICD	Gastroenterite Aguda	2
	Vómitos	9
	Febre	1
	Rigidez da nuca	1
Não atenderam		4

Destes 9 telefonemas: 9 consideraram o telefonema importante; 5 solicitaram aconselhamento:

- 3 sobre alimentação nos dias consequentes a vómitos;
- 1 sobre o resultado dos exames efetuados;
- 1 sobre como atuar perante febre, vómitos e alimentação saudável.

Ao realizar os telefonemas, verifiquei que os clientes não tinham conhecimento deste projeto de follow-up, pelo que elaborei um folheto a ser oferecido no momento da alta (ANEXO XI).

Este projeto tem grande pertinência, segundo SMITH , DAUGHTREY (2000), os pais têm necessidade de saber sobre a doença e cuidados à criança de forma consistente e coordenada de forma a promover a continuação do plano de cuidados iniciado no internamento, o apoio fornecido aos pais no pós-alta pode evitar novas admissões nos serviços hospitalares.

Está consagrado no artigo 84º, do Código Deontológico dos Enfermeiros, o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) responsabilidade e cuidado, todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem”. (DECRETO-LEI nº 104/98, p. 1755). É deste modo, função dos profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros, promover ações de educação para a saúde aos pais/cuidadores e família a quem prestámos cuidados, fazendo prevenção da doença e promoção da saúde, neste caso empreguei como recurso de educação a divulgação de folhetos.

Como me foi proposto pelo Enfermeiro Chefe e enfermeira orientadora no início do estágio, realizar um folheto sobre “Traumatismo Craniano” a entregar aos pais /família / cuidadores, tendo em consideração que não existe um folheto com esta informação, elaborei este tendo em consideração os cuidados a ter com a criança / jovem, nas primeiras 48h após traumatismo craniano ligeiro, já que todos os de maior gravidade são internados para observação e exames complementares de diagnóstico. Embora os ensinamentos sejam realizados durante a permanência no hospital, algumas informações podem perder-se no processo de educação. (ANEXO XII).

Ambos os folhetos têm uma dimensão de 10x7 cm para que sejam colocados no Boletim Individual de Saúde, facilitando desta forma o seu acesso pelos Pais. Aguarda-se no entanto autorização para que seja produzido pelo Departamento de Marketing.

Esta documentação ficou disponível para consulta em formato de papel e sob formato eletrónico com a orientadora.

Desta forma alcancei o objetivo:

✓ **Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial no pós-alta.**

No 5º dia de estágio no APP, durante a manhã presenciei que a maioria dos clientes triados eram recém-nascidos e lactentes. As queixas mais referidas eram choro inconsolável, “sensação” de leite materno insuficiente. Embora já anteriormente me tivesse deparado com este tipo de afluência “não urgente” neste dia o número de casos chamou-me a atenção. Após refletir sobre esta situação, concluí que havia fundamento para pesquisar mais sobre as cólicas do recém-nascido. Como tive a oportunidade de acompanhar um recém-nascido e sua família desde a triagem até à alta, efetuei colheita de dados, através de entrevista informal e observação da criança, conseqüentemente, realizei uma análise dos problemas e necessidades da criança e família, proporcionando subsídios para delinear a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados, assim é possível proporcionar uma assistência individual e personalizada (ANEXO XIII).

Segundo SIMÕES (2007,p.22) *“o enfermeiro só pode ter uma atuação fundamentada cientificamente e não rotineira se tiver por base dados exatos, concretos, organizados e registados. Ao indicar os problemas da pessoa, a atuação tida em relação a eles e os resultados obtidos nessa atuação, pretendemos dar continuidade às intervenções de Enfermagem e possibilitar que os cuidados sejam adequados, atempados e os mais eficazes possíveis, assim como contribuir para a produção de conhecimento científico em enfermagem.”*

Com este plano de cuidados, concluí que é imprescindível que os enfermeiros se envolvam na promoção de saúde, e que esta não seja exclusiva dos cuidados de saúde primários, ou consultas de Pediatria no sector privado, mas em todos os momentos que se estabelece uma relação enfermeiro /utente ou enfermeiro /cliente, segundo BOLANDER (1998) as pessoas estão recetivas a assumir comportamentos de promoção de saúde quando possuem conhecimentos suficientes para desempenhar esse papel. Educar é um papel fulcral para que os utentes/clientes assumam estratégias de promoção de saúde.

Vários pais recorrem a um serviço de atendimento urgente por esta razão. O atendimento neste tipo de serviço é um motivo de apreensão pelos riscos inerentes, um recém-nascido ou latente com menos de 3 meses pode ser contagiado pelas outras crianças que aguardam atendimento.

É importante corrigir falhas nesta área pois estamos a utilizar recursos sem ganhos, o nível de prestação de cuidados não é o mais adequado.

Um dos objetivos da intervenção de enfermagem, nestas situações, é ajudar os pais a lidar com os desafios da cólica infantil. Uma relação com os pais com base na confiança é fundamental para permitir que os enfermeiros possam atingir os seus objetivos, mas tal relação

nem sempre é desenvolvida, e neste caso particular nem sempre é possível, dada a inconstância própria de um serviço de urgência.

No atendimento a este utente/cliente e sua família está sempre implícito o estabelecimento de uma relação terapêutica e o Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. De acordo com este modelo, os pais são parceiros no cuidar, pois, segundo esta teórica, o amor é uma forma de cuidar, motivo pelo qual os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho. A atuação do enfermeiro é de supervisão, intervindo sempre que os cuidados sejam mais especializados. A aplicação deste modelo, é facilitada pelo método de organização do trabalho em que existe um enfermeiro responsável, o qual planeia e coordena todos os cuidados prestados à criança e sua família (MANO, 2002)

Uma relação terapêutica é pessoal, centrada no utente e é dirigida para a realização de determinados objetivos mútuos. (BOLANDER, 1998).

Após esta análise e reflexão, classifiquei o plano de cuidados como parcialmente eficaz, uma vez que nem todos os objetivos estipulados foram atingidos na sua globalidade, assim como as intervenções planeadas nem sempre foram as melhores selecionadas e adaptadas, sobretudo no contexto da alimentação, pelos motivos anteriormente referidos e perante o conjunto de cuidados prestados.

Alcansei deste modo o objetivo:

- ✓ **Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da promoção da saúde em serviço de urgência.**

Tal como aconteceu no módulo II, esperava conseguir verificar como se efetuava a articulação de cuidados, mas foi-me explicado que a CUF apenas articulava com as instituições dentro do grupo Mello, ou com o pediatra da criança caso este colaborasse no grupo. Mas, ao 10º dia de estágio, fiquei na UICD, onde tinha 3 crianças internadas, umas das quais reconheci como minha utente na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Durante a manhã, a criança teve alta com a condição de realizar terapêutica intramuscular em ambulatório. Propus que fosse realizado em âmbito de cuidados de saúde primários. A Pediatra de serviço encarregou-me da articulação. Passados alguns minutos combinava com o pai da criança, a hora e a quem se deveria dirigir. Os pais ficaram satisfeitos, a equipa também.

2.3.2 - Serviço de Neonatologia

A Unidade de cuidados especiais ao recém-nascido (UCERN), encontra-se no piso 2, a sua estrutura física incorpora-se no bloco de partos desta unidade. Tem 4 incubadoras fechadas, 4 berços e um túnel para fototerapia.

Verificaram-se de Janeiro a Setembro de 2012, 249 admissões e 253 altas, verificou-se também admissão de recém-nascidos que nas 2h primeiras de vida necessitam de cuidados diferenciados na UCERN, que vieram à unidade executar procedimentos ou “pernoitar”, sendo transferidos para junto da mãe enquanto esta permanece no recobro, ou no internamento de puerpério.

O cliente internado na UCERN tem no máximo 28 dias de vida. Durante este período de estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a 3 recém-nascidos, durante as 90 horas que decorreu esta etapa, estes foram os únicos RN internados, pelo que na maioria dos turnos, estive a acompanhar a minha orientadora em outras funções que estão a seu cargo, tais como gestão de recursos humanos e materiais.

O parto prematuro corresponde ao nascimento antes de 37 semanas completas de gestação (LOWDERMILK , PERRY, 2008). A prematuridade constitui um dos problemas de saúde pública, contribuindo para a morbilidade e mortalidade infantil, principalmente em países em desenvolvimento. Estima-se que a nível europeu, a sua incidência situa-se entre 6 a 10% dos nascimentos (BITTAR , ZUGAIB, 2009, p.204).

O nascimento implica que o bebé este seja privado de alguns “privilégios” até ao momento garantidos como exclusivos. Deixam de estar protegidos pelo líquido amniótico, são desprovidos dos sons cardíacos maternos e ao invés do som característico da voz materna são invadidos por outras vozes, outros ruídos, estímulos desconhecidos, estranhos e ameaçadores para os quais não estão preparados. É necessária uma adaptação a um meio novo, a vida extrauterina. Esta adaptação está entre outros, condicionada por inúmeros fatores causadores de sofrimento e *stress* para os RN, nomeadamente a luminosidade, os ruídos e a dor causada pela simples mudança de fralda, colheita de sangue/ administração de injetáveis, colocação de cateteres, entubação e outros.

Em consequência da entrevista informal com a orientadora de estágio, cujas funções estão muito direcionadas para a gestão dos cuidados e do serviço e após a observação da metodologia de trabalho delineei os seguintes objetivos específicos:

- ✓ **Desenvolver competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem ao utente pediátrico.**
- ✓ **Desenvolver conhecimentos sobre doenças raras de forma a prestar cuidados de enfermagem apropriados;**
- ✓ **Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial durante a preparação para a alta;**
- ✓ **Refletir sobre a promoção da amamentação em situações de internamento do recém-nascido;**

Atividades planeadas:

- Conhecer a estrutura e metodologia de trabalho da UCERN;
- Colaborar nas atividades de gestão dos cuidados;
- Prestar cuidados de enfermagem a crianças e sua família, internadas na Unidade de cuidados especiais ao recém-nascido (UCERN);
- Desenvolver conhecimentos sobre doenças raras, através de pesquisa bibliográfica e revisão de literatura;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro como promotor da amamentação, em situação de internamento do recém-nascido;
- Colaborar na melhoria de qualidade assistencial à criança e família;

- Elaborando uma norma de procedimentos de preparação para a alta;

Como já referi anteriormente, tendo em conta que a orientadora de estágio é a responsável pelo serviço, tive a oportunidade observar e colaborar, sempre que solicitado, nas atividades de gestão, ou seja, na gestão de vagas, gestão de recursos humanos, na verificação dos stocks de material clínico e respetiva solicitação de reposição, atividade importante para a garantia da adequada prestação de cuidados.

Embora a gestão de recursos materiais, não faça parte dos meus objetivos gerais, é uma tarefa importante na busca da qualidade, a normalização envolve a formulação e aplicação de regras, cujo fim pretende o estabelecimento de diretrizes, reduzindo assim a variabilidade dos produtos e procedimentos similares, promovendo a comunicação e otimizando a economia, a segurança e a saúde (ROGANTE, PADOVEZE, 2005). Também a gestão de recursos humanos é um fator importante no processo de qualidade, segundo MEZOMO(2001) a tecnologia e a estrutura das organizações podem significar pouco se as pessoas não forem educadas para um trabalho consciente e se não sentirem implicadas com a qualidade deste. O trabalho de equipa é favorecido, pois engrandece a lealdade e o contrato recíproco, estimula a produtividade e gera um elevado grau de satisfação. O grande resultado de uma adequada gestão de recursos humanos é a melhoria da qualidade pessoal dos elementos da equipa que, por sua vez, é condição para o sucesso da organização, com o absoluto atendimento das necessidades dos utentes / clientes.

Também tive a oportunidade de observar a dinâmica do bloco de partos, em especial o parto e os primeiros cuidados prestados ao RN, estes são momentos únicos na vida de uma mulher e do casal. Embora esta seja uma área da Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, a Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria tem um lugar nos primeiros cuidados ao RN e promoção da amamentação e no estabelecimento do processo de vinculação. Foi igualmente gratificante o fato de poder conhecer a metodologia de organização dos recursos humanos e materiais, a minha orientadora de estágio além de organizar as enfermeiras pelos diversos âmbitos, consoante as suas competências académicas e profissionais, diariamente de manhã, organiza a escala mensal das enfermeiras da Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia e também as Sras. auxiliares de ação médica pelas diversas tarefas.

Consegui desta forma alcançar o objetivo: **Desenvolver competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem ao utente pediátrico**, a que me tinha proposto. Esta competência vai ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no que diz respeito à gestão de cuidados (OE, 2009, pág. 13): *“Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”* e *“Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”*.

Na UCERN, no 1º dia de estágio apercebi-me que não havia uma normalização da preparação para a alta, normalizar procedimentos é de extrema pertinência, a normalização como base da qualidade na saúde, surge da necessidade de fornecer evidência objetiva de que a qualidade

foi alcançada, como refere Christo, citado por IPQ (2001), assim, a norma não deverá ser encarada como um fim em si mesmo, sendo apenas um meio para a qualidade (BASTOS E SARAIVA, 2011). Permite a formulação de um plano de cuidados que melhora e fortalece as capacidades do RN. A atuação de planeamento de alta é um processo que deverá iniciar-se aquando da admissão e prosseguir durante o internamento. Esta instrução de trabalho vai, segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010c) permitir:

- Preparar o recém-nascido/ latente e apoiar a família para a transição de cuidados e adaptação aos novos processos de vida, promovendo a segurança e bem-estar, minimizando as dificuldades inerentes ao regresso a casa;
- Maximizar a segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do recém-nascido / latente.

Para que esta norma produza efeitos e tenha sucesso é necessário que a equipa concorde com os itens, segundo ALEGRE (2001), a participação dos enfermeiros da equipa na elaboração das instruções de trabalho é fundamental, pois assim compreendem o processo e não se limitam a cumpri-lo, seguindo esta conceção, a instrução de trabalho foi fornecida a 5 enfermeiras da equipa (50%). Estas enfermeiras deram o seu contributo, sugerindo algumas melhorias. A restante equipa não teve acesso a esta norma nesta fase, havendo 2 grandes motivos, 2 elementos estiveram de férias e 3 elementos não foram esclarecidos em relação à norma disponível para leitura. No entanto, a enfermeira orientadora referiu que pela sua pertinência esta norma seria proposta para autorização superior a fim de ser implementada (ANEXO XIV).

Assim tendo em conta as atividades desenvolvidas alcancei o objetivo planeado: **Contribuir para a melhoria da qualidade assistencial durante a preparação para a alta.**

Como referi anteriormente, tive a oportunidade, na UCERN, de prestar cuidados de enfermagem a 3 recém-nascidos, ambos internados por dificuldades na sucção, o 1º por consequências de asfixia durante o parto, o segundo por prematuridade e o 3º por suspeita de ser portador de uma síndrome genética (ATR-X). No primeiro recém-nascido, com alimentação de leite adaptado, a estratégia foi encontrar a tetina certa, após algumas tentativas a criança adaptou-se a uma, conseguindo mamar a quantidade de leite adequada às suas necessidades, o que lhe deu a oportunidade de ter alta. No 2º, internado por prematuridade, o estabelecimento do aleitamento materno pode constituir um desafio (MANNEL, MARTENS, WALKER, 2011, p.465), como a pediatra de serviço recomendou a amamentação, optei por uma abordagem de treino da pega correta, ensinamentos sobre extração de leite materno e conservação (segundo as indicações no folheto "Extração e conservação de leite materno" da D.G.S), o recém-nascido teve alta em 24h, pois estabeleceram-se todos os critérios planeados: peso > 2000gr, autonomia na alimentação, ausência de indicadores infecciosos). É pertinente suportar a prática sobre a importância do papel do enfermeiro especialista na promoção do aleitamento materno à díade mãe / recém-nascido internado. Para este fim, realizei uma revisão de literatura para que a minha prática nesta temática, hoje e no futuro seja baseada na evidência clínica (ANEXO XV). Esta revisão de literatura foi efetuada nas bases de dados

CINAHL e MEDLINE, e lembrou-me a importância que os enfermeiros têm na promoção da amamentação. Para além do suporte na transição para a parentalidade é imprescindível que os enfermeiros possuam conhecimentos e competências para apoiar a amamentação, em especial nos momentos de maior *stress* como quando existe a hospitalização do bebé (seja por doença ou parto pré-termo). Os enfermeiros desempenham um papel orientador forte, educacional e motivador, as intervenções de suporte e estratégias de apoio à mãe que amamenta podem fazer a diferença na manutenção do leite materno e na recuperação da situação de doença, pelo que é necessário que se desenvolvam estratégias para desenvolver saberes e competências, (MCLAUGHLIN [et al.], 2011). Segundo MANNEL, MARTENS, WALKER (2011), a abordagem do consultor de amamentação é fundamental, pois as mães e mulheres que estão a amamentar pela primeira vez são vulneráveis a mensagens e opiniões que comprometem a sua autoconfiança.

BOUCHER [et al.] (2011), referem que é necessário uma comunicação eficiente para que a amamentação não seja prejudicada, neste estudo descreve-se como estas mães experienciam a hospitalização, a adaptação à unidade de cuidados neonatais, as suas motivações e aprendizagem. As mães preocupam-se bastante com a manutenção da produção de leite, relacionando como obstáculos: a pega à mama e a extração de leite. Em relação à organização das unidades, as mães referem que estas unidades têm uma organização rígida, e que os horários estipulados para alimentar as crianças são demasiadamente inflexíveis, o que se pode traduzir num obstáculo à amamentação. Desta forma, é importante desenvolver estratégias para que as mães possam maximizar suas oportunidades de amamentar. Por outro lado, segundo MC QUEEN [et al.] (2011), nem todas as enfermeiras que exercem numa unidade de neonatologia se sentem preparadas para realizar ensinamentos nesta área.

Desta forma alcancei o objetivo específico: **Refletir sobre a promoção da amamentação em situações de internamento do recém-nascido.**

Esta competência desenvolvida remete-me para o disposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE,2011): "*E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.*" e mais especificamente: "*E3.2.5 — Promove a amamentação.*"

No 3º recém-nascido, ao qual prestei cuidados, suspeito de ser portador de uma doença rara, senti necessidade de desenvolver conhecimentos, considerei realizar uma revisão bibliográfica e reflexão sobre o Síndrome ATR-X e a atuação da EESIP perante este diagnóstico (ANEXO XVI). Ter a capacidade de refletir sobre o que poderá ser desenvolvido, contribui para o crescimento de competências, de modo a valorizar-se o que foi realizado corretamente e, também, corrigir e reformular o que estiver menos correto, sendo o objetivo poder estabelecer um processo de enfermagem fundamentado, no entanto os pais solicitaram transferência da criança para o Hospital de Santa Maria, tendo esta sido efetuada de imediato. As crianças com doença crónica que podem desencadear o risco de morte, sofrem impactos influenciados por diversos fatores, tais como, a idade da criança, a experiência da criança com o diagnóstico e o papel e reação dos pais da criança. Ressalta-se que o processo de hospitalização provoca

stress na família e na criança; além disso, surgem emoções e comportamentos correlacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença (WONG, 1999). Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 reconhece que os portadores de doenças raras são um grupo vulnerável. Várias situações têm progressivamente merecido a atenção do Estado através da normalização de intervenções específicas mas muitas situações carecem ainda de uma atenção sustentada e específica por parte do Sistema de Saúde. A constatação deste facto, sustenta e reforça a necessidade de se repensar a intervenção nas doenças raras de forma integrada, considerando a realidade existente nos serviços de prestação de cuidados, os recursos e as necessidades e expectativas dos doentes e das famílias.

A sistematização das intervenções necessárias deve ter subjacente uma perspetiva de parceria, de coresponsabilidade de todos os parceiros sociais com equilíbrio entre interesses, a coesão social e a equidade no acesso aos bens sociais, de acordo com os recursos existentes. Por todas estas razões, foi aprovado a 2 de novembro de 2008 o Programa Nacional de Doenças Raras 2010-2015.

Desta forma alcancei o objetivo proposto: **Desenvolver conhecimentos sobre doenças raras de forma a prestar cuidados de enfermagem apropriados**. Esta competência desenvolvida remete-me para o disposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE,2010b): "*E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*", e mais especificamente: "*E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados*".

No que concerne aos cuidados prestados na Unidade de Neonatologia onde decorreu o módulo do Estágio, devo referir que nos cuidados prestados ao RN impera a delicadeza nas manipulações e a promoção máxima do seu bem-estar. Relativamente aos pais, existe uma grande preocupação em informá-los sobre tudo o que diz respeito ao seu filho, em envolvê-los nos cuidados prestados sempre que possível. Tendo em conta que a centralidade dos cuidados de enfermagem especializados é dirigida ao RN/pais/família ou cuidadores e, sendo, determinante da intervenção do EESIP, procurei promover a participação e envolvimento progressivo dos pais na prestação de cuidados ao seu filho, sempre que a condição clínica do mesmo o permitia, formando/informando os mesmos sobre a evolução do RN e sua necessidade de permanência na unidade de neonatologia. Tive o cuidado de alertar para a necessidade de promoção da vinculação entre ambas as partes, uma vez que esta desenvolve as principais competências do RN.

Estar com os Pais/cuidadores e família nestes momentos permitiu-me acompanhar o processo de aceitação de uma nova realidade. É importante referir que senti que a prestação de cuidados na unidade de neonatologia é realizada de forma individual e adaptada ao contexto familiar, sociocultural e religioso.

Cuidar em parceria permite dar um contributo importante para que a vinculação mãe/filho seja estabelecida e/ou mantida, permitindo de forma flexível, manter ou desenvolver a força dos papéis e laços familiares, promovendo a normalidade da sua unidade.

É importante desenvolver atividades de educação para a saúde, que vão no sentido de dar a conhecer aos pais/cuidador as reações do bebê e as competências do mesmo, ajudando-os a minimizar os fatores de *stress* que influenciam negativamente o seu bem-estar. Realizei educação para a saúde de uma forma contínua e personalizada para os pais/cuidadores e família, de acordo com a condição clínica do seu RN, validando as suas necessidades de aprendizagem, consolidando a promoção da independência dos pais e família na prestação de cuidados gerais ao seu filho/familiar. Segundo FERREIRA , COSTA (2004), o enfermeiro deverá prestar apenas cuidados de enfermagem ou cuidados especializados, quando tal se justifique, incentivando os pais a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas do RN (higiene, alimentação), a não ser que os mesmos não possuam as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados. Relativamente à alimentação do RN, gostaria de salientar que foi com grande satisfação que investi todos os momentos para promover o aleitamento materno, pois o leite materno pelos inúmeros benefícios que tem, quer seja para a mãe quer seja para o bebê é o melhor alimento para os recém-nascidos, incluindo os prematuros. Em tempos pensou-se que para estes bebês o leite materno não possuía as características necessárias ao seu adequado crescimento e desenvolvimento. No entanto, sabe-se que mantém as mesmas vantagens e segundo MATUHARA , NAGANUMA (2006, p. 82) “*o leite materno é o alimento ideal para o bebê, fundamental para a saúde e desenvolvimento da criança, devido às vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas*” (...), e de acordo com estes autores o leite de mães de bebês prematuros é rico em nutrientes que estes bebês precisam, indo ao encontro das suas necessidades nutricionais.

Posso concluir que ao longo deste módulo aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem que se proporcionaram. Estabeleci uma excelente relação terapêutica com o RN/ pais/família ou cuidadores, sendo o Módulo III deveras gratificante por todas as experiências vivenciadas. Se no APP todos os momentos foram momentos de aprendizagem e crescimento, na UCERN, pela natureza das funções da minha orientadora, o fato de me ser possibilitado observar a minha orientadora em funções de gestão de recursos humanos e materiais contribuiu para a minha formação.

Segundo a (OE,2011), o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem como meta a implementação de intervenções que contribuam para o conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão de processos específicos de saúde / doença. Mais especificamente neste caso aplica-se a competência:

" *E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*", competência que desenvolvi no Módulo III.

Ao longo destas 250 horas, atingi os objetivos propostos, desenvolvendo conhecimentos, experienciando momentos únicos de crescimento pessoal e profissional.

Para além dos objetivos delineados para este módulo os objetivos gerais foram desenvolvidos, sendo a qualidade de cuidados o eixo de todas as atividades delineadas. Segundo o Plano

Nacional de Saúde 2012-2016(D.G.S,2012), o acesso a cuidados de saúde de qualidade, é um direito fundamental do cidadão.

Senti no APP, o reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar, pelo percurso que fiz, tendo sido convidada pela equipa que fundou a *Science Loft*, uma associação Interdisciplinar das Ciências da Saúde que tem como objetivo fomentar o desenvolvimento de competências, promover as áreas da investigação e formação através da sensibilização dos profissionais para a descoberta de novos caminhos, para integrar a Comissão Organizadora e Científica do 2º Seminário Equinócio da saúde “Do olhar das práticas à consolidação de saberes em saúde” (ANEXOS XVII), onde fui membro do júri de *posters* e comunicações livres (ANEXO XVIII) e palestrante da comunicação “Centro de saúde - Cuidar de novo” (ANEXO XIX). Nesta comunicação abordei a temática da educação para a saúde, a importância das estratégias comunicação em saúde neste processo, e quais são, segundo a revisão de literatura, as mais eficazes neste processo, podendo verificar que o tema é pertinente e que os profissionais de saúde manifestam interesse em desenvolver conhecimentos nesta área (ANEXOS XX e XXI).

3- CONCLUSÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica marcou o meu desenvolvimento pessoal e profissional, foi uma etapa pela trilha da proficiência, acredito que desta forma é possível aumentar a minha qualidade dos cuidados prestados.

Este percurso culminou na concretização deste relatório, onde procurei retratar o impacto do caminho percorrido.

Em suma, pretendi o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista que, segundo o n.º 3, do artigo 4º, do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1996), é o

“enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Segundo BENNER (2005), se a formação for bem conduzida, todas as enfermeiras têm direito de esperar atingir o nível de especialização. A constante procura pela atualização de conhecimentos e pelo desenvolvimento de competências é fundamental face aos permanentes desafios que se aplicam à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

“Os profissionais de enfermagem conscientes dos contextos atuais, apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento das suas competências, considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício, dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano – complexo e único” (MENDONÇA, 2009, p.52).

Alicerçado a uma prática educativa, o meu conhecimento e a minha capacidade reflexiva foram aprofundados neste percurso, considerando-os determinantes no desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Também a experiência profissional teve um papel crucial, pois esta, segundo BENNER (2005), permite à especialista tomar decisões fundadas em exemplos concretos, segundo a mesma autora, a procura sistemática em cuidados de saúde orientados para a fenomenologia de readaptação fornecem competências e conhecimentos suplementares como conselheira e educadora.

O enquadramento teórico patente neste documento fundamenta o meu progresso na promoção de normas de qualidade nos Cuidados de Enfermagem, que é condição necessária à eficiente implementação de estratégias eficazes e eficientes nos diferentes contextos da prática. Assim e para que este enquadramento possa ser útil a todos os interessados nesta temática, foi-me proposto efetuar uma revisão sistemática da literatura neste âmbito, onde concluí que as normas, baseadas na evidência científica, são ferramentas que podem ser implementadas na maioria dos contextos, e que oferecem uma oportunidade para melhorar a eficiência e qualidade dos cuidados prestados.

Em todos os contextos de estágio, promovi o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico e zelei pelos cuidados prestados à criança e família, contribuindo para a promoção de um saber-refletir sobre o outro, sobre o contexto e a prática. Paralelamente,

demonstrei capacidade de atuar adequadamente no seio da equipa interdisciplinar, a qual proporcionou e facilitou o alcance dos objetivos delineados.

Ancorada nos meus objetivos dos módulos de estágio, procurei a construção e o fortalecimento de competências necessárias à aquisição do título de Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Ao longo deste relatório, evidencio o meu percurso em quatro vertentes: a prestação de cuidados, a formação, a gestão de cuidados e a investigação. A prestação de cuidados de enfermagem centrados na família e criança, bem como o desenvolvimento de estratégias tendo por base o diagnóstico de cada situação. A formação dos enfermeiros / pais, família ou cuidadores, onde atuei como formadora oportuna, face às necessidades identificadas. Realço a capacidade de improvisação que demonstrei ao verificar uma oportunidade de realizar uma formação informal no módulo III. A terceira vertente, a gestão de cuidados, colaborando na elaboração de normas, instruções de trabalho e no desenvolvimento de projetos, associados à procura pela qualidade de cuidados e da Eficiência. Por último, a quarta vertente, utilizando uma ferramenta de investigação, a revisão sistemática de literatura, essencial ao aprofundar de conhecimentos, procurando a evidência científica para fundamentar a minha tomada de decisão e deste modo conduzir os cuidados de enfermagem, possibilitando o desenvolvimento de soluções a situações complexas, contribuindo para a tomada de decisões adequadas e para o desenvolvimento da enfermagem. A atuação conjunta destas vertentes é fundamental à progressiva melhoria da qualidade na assistência à criança /jovem e família/ cuidadores, em todos os contextos da prática, promovendo o potencial máximo de saúde da criança e família, pois o investimento na saúde e bem-estar das crianças é o mais importante para o futuro de uma nação (GIBSON, [et al.], 2003).

Não posso deixar de salientar a importância da articulação entre os vários contextos de assistência ao recém-nascido e família, e a constituição de normas de procedimentos.

Também gostaria de realçar que como resultado deste percurso, iniciou-se na minha Unidade de Saúde a elaboração de normas e procedimentos para cada Programa de Saúde, e já se encontra finalizada a norma de registos em SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), para o Programa de Saúde Infantil (ANEXO XXII).

Em síntese, o caminho percorrido foi longo, mas o seu proveito culminou no desenvolvimento de competências de natureza científica, técnica, relacional, cultural e ética na assistência de enfermagem avançada à criança/ jovem, família/ cuidadores e comunidade.

Por estes motivos explanados anteriormente, atingi os objetivos gerais preconizados no Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, bem como adquiri as competências descritas pela OE para a aquisição do título de Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Em 2009, a bastonária da OE (Maria Augusta Sousa) afirmou,

"que apesar de todo o esforço que se tem vindo a fazer em Portugal para a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, há ainda um longo caminho a percorrer para enraizar esta cultura em todas as unidades de saúde. Por outro lado, «continuamos com dificuldades ao nível dos Sistemas de Informação em

Enfermagem», um elemento fundamental para o registo e análise dos resultados." (OE, 2009).

Quatro anos depois mantêm-se as mesmas dificuldades, cada unidade de saúde opera com um determinado aplicativo informático para registos de enfermagem, e apesar de todos utilizarem a mesma linguagem (CIPE Versão Beta 2), a conjugação entre a metodologia do software e os indicadores que cada unidade tem de atingir, dificulta a elaboração de uma norma universal. Cabe a cada unidade de saúde estabelecer perante os seus objetivos, a elaboração de normas de procedimentos e registos de enfermagem, o fato destas metas contratualizadas serem anuais vai submeter que as normas sejam revistas anualmente, o que não deixa de ser positivo, a cada ano teremos normas atualizadas e baseadas na mais recente evidência científica.

Concluo este relatório desejando no futuro uma Enfermagem mais motivada a procurar a linha contínua de busca pela qualidade de cuidados.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEGRE, Paula. *Relatos de experiência de certificação de qualidade*. 2001. Sintra, NPF. Depósito legal: PT|169390/01
- ARAÚJO, Isabel Maria Batista de. *Saúde, Doença e Educação para a Saúde: uma Perspetiva*. *Sinais Vitais*. 2006.
- BASTOS, C., SARAIVA, M.M., *A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO 9001 aplicação empírica no hospital CUF Infante Santo*, in M.R.V. Lucas, M.M. Saraiva, A. Rosa (eds.), *TMQ - Qualidade: A Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar*, Vol. 2. p. 301-337. (2011). Lisboa. Edições Sílabo, (ISBN: 9771647626021). Acedido em 23.10.2012. Disponível online: http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf
- BENNER, Patrícia – *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto, 2005. 262 pp. ISBN 989-558-052-5.
- BITTAR, Robert E.; ZUGAIB, Marcelo – Indicadores de risco para o parto prematuro. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*. Volume 31, nº 4 (2009), p. 203-209. Acedido a 28/06/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n4/08.pdf>.
- BOLANDER, Veroly B. – *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- BOUCHER, C., BRAZAL, P., GRAHAM-CERTOSINI, C., CARNAGHAN-SHERRARD, K., , FEELEY, N. (2011). Mothers' breastfeeding experiences in the NICU. *Neonatal Network: NN*, 30(1), 21-28. Acedido em 20.10.2012. Disponível online: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=21317094,lang=pt-br,site=ehost-live>.
- DAY, S.W., [et al.] Quality Assessment of Pediatric Oncology Nursing Care in a Central American Country: Findings, Recommendations, And Preliminary Outcomes. *Pediatric Nursing*. Vol. 34/No. 5. 2008.
- DECRETO-LEI nº 104/98. D.R.- I Série – A. Nº93 (21-4-1998) 1739-1757.
- DELLERT, J. [et al.] Outcomes of Child Care Health Consultation Services for Child Care. Providers in New Jersey: A Pilot Study. *Pediatric Nursing*. Vol. 32/No. 6. 2006.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA (1996). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. REPE - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril; Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. Acedido em 09.04.2012.
- DICIONÁRIO PRIBERAM DA LINGUA PORTUGUESA. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=qualidade>. Acedido em 10.02.2013.

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Extração e conservação de leite materno*. Disponível em:
<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/wwwbase/acessibilidade/aaaDefault.aspx?f=1,back=1,codigono=65996687AAAAAAAAAAAAAAAAA>. Acedido em 10.12.2012.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Orientação nº 006/2012 de 19/03/2012*, acedida em 03/04/2012, disponível online:<URL: <http://www.dgs.pt/> >.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2012. Acedido a 04.04.2013. Disponível online: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). *Ann Arbor, Health Administration Press*, 1980. Acedido a 09.01.2013. Disponível em: http://books.google.pt/books/about/The_definition_of_quality_and_approaches.html?id=_G1HAAAAMAAJ,redir_esc=y.
- DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality, in *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 114: (1990). 1115-118. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/2241519/reload=0;jsessionid=8M6IUZmjZhcV8Rn9Q78H.6>. Acedido a 09.01.2013
- ESPGAN COMMITTEE ON NUTRITION. Complementary feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology e Nutrition* vol.46, nº1. (2008), p.99-110. Acedido a 2012-03-23. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/en/index.html
- ESPINEY, Luísa M. C. A. – *Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros : Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho*. 1995
- FALCO, Suzanne. Faye Glenn Abdellah in GEORGE, J. [et al.]. *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à Prática Profissional*. 4ª ed. Porto Alegre. Editora Artmed, 2000. Capítulo 9. P.119-130.
- FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria da Graça – Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista do ISPV*. Volume 51 nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58. ISSN 1647-662X. Acedido a 28/10/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/5.pdf>.
- FORTIN, M.F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. 2009
- GIBSON, F., FLETCHER, M. e CASEY, A. Classifying General and Specialist Children's Nursing Competencies. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, Vol.44, 6.
- HESBEEN, Walter. *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar*. Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
- IPQ. *NP EN ISO 9001:2000*. (2001). Acedido em 23.10.2012. Disponível online: <http://www.ipq.pt/custompage.aspx?modid=1576,pagid=3352>
- LEI Nº 147/99 DE 1 DE SETEMBRO. *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*. D.R. nº 204, p.6115-6132.

- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, 2008. ISBN: 978-989-8075-16-1.
- MANNEL, MARTENS, WALKER. **Manual Prático para Consultores de Lactação**. Lusociência. 2ª Edição. 2011. ISBN: 978-972-8930-59-2.
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência: revista de formação e educação em enfermagem*. 2002. Nº 8. P. 53-61.
- MATUHARA, Ângela M.; NAGANUMA, Masuco. Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. **Pediatria** (São Paulo). Volume 28, nº 2. 2004. p. 81-90. Acedido em 28/10/2012. Disponível em: <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1163.pdf>.
- MCLAUGHLIN, M., FRASER, J., YOUNG, J., , KEOGH, S. Pediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalized infant. *Breastfeeding Review: Professional Publication Of The Nursing Mothers' Association Of Australia*, 19(3), 13-24. 2011. Disponível online: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=22263373,lang=pt-br,site=ehost-live> acedido em 20.10.2012
- MCQUEEN, K., DENNIS, C., STREMLER, R., , NORMAN, C.. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 40(1), (2011). 35-46. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x Acedido em 20.10.2012. Disponível online <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=21244493,lang=pt-br,site=ehost-live>.
- MENDES, M.G., MARTINS, M.M. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 6 - Mar. 2012. pp.113-121.
- MENDONÇA, Susana Sobral. 2009. *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Porto : Editorial Novembro, 2009. 978-989-813634-3.
- MEZOMO, João Catarin. *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios básicos* Manole.2001. ISBN: 85-204-1263-7.
- MILLS, M. [et al.] *Nephrology nursing journal*. Vol. 32, No. 6. 2005.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. 2012. ISBN: 978-92-95094-75-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Guia Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Pediátrica*, Cadernos OE, Série 1, Volume 1, número 3. 2010(c).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. 2009(b). ISBN: 978-989-96021-6-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. [Documento] Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010(a).

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. [Documento] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010(b).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Diário da República – 2ª Série N°35.2011. p.8653-8655
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Resumo da II Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem*.2009(a).Disponível online: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/ResumollConfRegulacao.aspx>. Acedido em 09.02.2013
- PELANDER,T.,LEINO-KILPI,H. *QUALITY IN PEDIATRIC NURSING CARE: CHILDREN'S EXPECTATIONS*. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 27: (2004). 139–151,. ISSN: 0146-0862
- PINTO, K.A, MELO, C.M.M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Rev Esc Enferm USP* nº 44 (3), p.671-678. 2010. Disponível online em www.ee.usp.br/reeusp/ acedido em 09.01.2013.
- *Qualidade* In Infopédia. Porto Editora, 2003-2013. Acedido a 2013-03-23. Disponível online: <URL: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/qualidade>>.
- ROGANTE, M, PADOVEZE, M. *Padronização, Qualificação e Aquisição de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares*. EPU. 2005. ISBN: 85-12-12750-3.
- SALE, Diana. *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde. Para os profissionais da equipa de saúde*. 1998. ISBN: 972-97457-6-5.
- SEF. *Relatórios de Imigração, Fronteiras e Asilo 2011*. 2012. ISBN: 978-972-98772-9-2
- SHAEFER, S.J.M, [et al.] *Translating Infant Safe Sleep Evidence Into Nursing Practice*. *JOGNN*, (2010)39, 618-626;.
- SIMÕES, C., SIMÕES, J. – *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais*. *Revista Referência*. 2ª Série: 4. (2007).
- SMITH, L., DAUGHTREY, H. *Weaving the seamless web of care: an analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital*. *Journal of Advanced Nursing*, (2000), 31(4), 812-820
- UNICEF (1990) – *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. *Guia de Estágio - Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa, 2010.
- VILARES, José. *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo. 2009. ISBN: 978-972-618-557-4.

- WALLER, M. Pediatric stoma care nursing in the UK and Ireland. *British Journal of Nursing*, (stoma care supplement), (2008) Vol. 17, Nº 17.
- WONG, DL. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.
- ZUGE, S., BRUM, C. Educação em Saúde e comunicação: a práxis da enfermagem. *Revista Espaço Académico*. nº 106, (2010). ISSN 1519-6186.

ANEXOS

ANEXO I - DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, SEGUNDO A CIPE®

**CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Diagnósticos e Intervenções de
Enfermagem, segundo a CIPE®**

Saúde Infantil

Cláudia Rainha – Mestranda nº 192011040

Abril – Junho 2012

Diagnósticos e Intervenções CIPE

Na década de 90 iniciou-se o desenvolvimento da CIPE® (classificação internacional para a prática de enfermagem), atualmente esta classificação é usada regularmente em diversos países, encontrando -se traduzida em 29 línguas, prevê-se que se transforme num instrumento para documentar o que é a enfermagem e qual é a sua eficácia. (Stallknecht,2001)

É através dos registos de enfermagem que se pode assegurar a continuidade dos cuidados, bem como obter dados para avaliação e desenvolvimento da disciplina de enfermagem e dar visibilidade à profissão.

No sentido de assegurar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados, foi-me solicitada a colaboração no levantamento de diagnósticos e intervenções segundo a CIPE®, durante o período de estágio no Hospital Dr. José de Almeida (Cascais). Os fenómenos escolhidos são estritamente relacionados com a Saúde infantil (consultas externas e internamento).

SAUDE INFANTIL

Os focos são:

- Adesão à vacinação
- Desenvolvimento Infantil
- Papel Parental

Adesão à vacinação

CIPE – Pessoa – ação – ação realizada pelo próprio – autocuidado – comportamento de procura de saúde – comportamento de adesão

É um tipo de comportamento de adesão, refere-se a um conjunto de atividades desempenhadas pelos utentes/ clientes para conseguirem imunidade para as doenças transmissíveis e que se podem prevenir através de vacinação.

Status – Demonstrado (tem vacinas atualizadas):

Intervenções pertinentes:

- Supervisionar adesão à vacinação
- Ensinar os pais sobre a resposta à vacina
- Elogiar adesão à vacinação
- Vigiar resposta / reação à vacina

Status – não demonstrado (PNV não cumprido):

Pretende-se:

- Ensinar os pais sobre adesão à vacinação
- Informar sobre complicações da não adesão à vacinação
- Planear vacinação

Status – Conhecimento sobre vacinação não demonstrado (quando não estão informados sobre a importância da vacinação)

Pretende-se:

- Ensinar sobre vacinação
- Ensinar comportamentos de procura de saúde: vacinação

Desenvolvimento Infantil

Indivíduo – Função – desenvolvimento físico – crescimento

Nas consultas de vigilância de saúde infantil os enfermeiros desenvolvem atividades para manter a vigilância do desenvolvimento estato – ponderal e psicomotor.

Status – Desenvolvimento infantil, adequado:

Intervenções:

- Monitorizar Peso corporal
- Monitorizar altura corporal
- Monitorizar perímetro cefálico
- Vigiar coto umbilical
- Vigiar desenvolvimento infantil
- Vigiar desenvolvimento psicomotor da criança (de acordo com a idade)
- Vigiar Fontanela anterior
- Vigiar Fontanela Posterior
- Vigiar reflexos
- Vigiar movimento articular da anca
- Vigiar descida do testículo

Status – Desenvolvimento infantil, alterado

(ex.: má progressão ponderal, encerramento precoce das fontanela, alterações no desenvolvimento psicomotor)

Intervenções:

- Orientar para serviços médicos
- Orientar para serviços de saúde

Papel Parental

Pessoa –ação – ação independente – interação de papéis

(Conjunto de ações que se esperam ver desenvolvidas pelos pais, ou por quem assume essa responsabilidade.)

Status – Conhecimento dos pais sobre recursos da comunidade, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre prestações de serviços na comunidade

Status – Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre prevenção de acidentes
- Informar sobre cuidados com o sol

Status – Conhecimento dos pais sobre tratamento da criança, não demonstrado

Intervenções:

- Explicar os tratamentos aos pais
- Explicar sobre o papel parental aos pais

Status – Conhecimento dos pais sobre gestão do regime terapêutico da criança, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar os pais gestão do regime terapêutico da criança
- Ensinar os pais regime terapêutico da criança

Status – Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre desenvolvimento infantil
- Ensinar os pais sobre competências do lactente
- Ensinar os pais sobre comportamentos de procura de saúde durante o desenvolvimento infantil

Status – Conhecimento dos pais sobre alimentação da criança, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre alimentação do lactente
- Ensinar sobre alimentação do recém-nascido
- Ensinar sobre alimentação da criança

Status – Aprendizagem de habilidades dos pais para alimentar a criança, não demonstrado

Intervenções:

- Instruir os pais como alimentar a criança
- Treinar os pais a alimentar a criança
- Instruir preparação de biberão
- Treinar técnica de aleitamento artificial

Status – Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir do regime terapêutico da criança, não demonstrado

Intervenções:

- Instruir os pais sobre regime medicamentoso da criança
- Treinar os pais sobre regime medicamentoso da criança

Status – Aprendizagem de habilidades dos pais para realizar a higiene da criança, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar os pais sobre a higiene do lactente
- Ensinar os pais sobre a higiene do recém-nascido
- Ensinar os pais sobre a higiene da criança
- Instruir os pais como realizar a higiene da criança
- Treinar os pais a realizar a higiene da criança
- Ensinar os pais sobre técnica do banho

Status – Conhecimento dos pais sobre vacinação da criança, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar os pais sobre adesão à vacinação
- Ensinar os pais sobre resposta à vacinação
- Ensinar sobre vacinação
- Ensinar sobre comportamento de procura de saúde: vacinas

Status – Papel parental, não adequado

(esta inadequação manifesta-se por expressões dos pais de preocupação com a sua incapacidade em dar resposta às necessidades do filho, relutância ou receio em participar em determinados cuidados, expressões de perda de controlo relativamente a decisões que se referem à criança, verbalização de sentimentos de culpa e raiva relativos aos efeitos da doença na criança e nos processos familiares)

Intervenções:

- Ensinar sobre papel parental em relação à criança
- Ensinar sobre papel parental em relação ao lactente
- Ensinar sobre papel parental em relação ao recém-nascido
- Validar papel parental
- Facilitar a aprendizagem de habilidades para desempenho do papel parental
- Incentivar papel parental durante a hospitalização
- Ensinar o papel parental durante os tratamentos
- Assistir (ajudar alguém a desempenhar as suas funções naturais) no tomar conta do lactente
- Assistir no tomar conta do recém-nascido
- Assistir no tomar conta da criança

Status – Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes rodoviários, não demonstrado

Intervenções:

Ensinar sobre prevenção de acidentes rodoviários

- Informar sobre o uso de equipamentos: cinto de segurança
- Ensinar sobre transporte do recém-nascido
- Ensinar sobre transporte da criança

Status – Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical
- Instruir cuidados ao coto umbilical
- Treinar cuidados ao coto umbilical

Status – Conhecimento dos pais sobre icterícia fisiológica, não demonstrado

Intervenções:

- Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido

Status – Conhecimento dos pais sobre perda fisiológica do peso, não demonstrado

Intervenções:

- Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido

Status – Conhecimento dos pais sobre leite adaptado, não demonstrado

Intervenções:

- Informar sobre leite artificial
- Providenciar leite adaptado

DIABETES

Os focos são:

- Adesão ao regime terapêutico
- Obesidade
- Aceitação do estado de saúde
- Comportamento de procura de saúde
- Visão
- Úlcera
- Adesão à vacinação
- Gestão do regime terapêutico
- Auto – vigilância
- Auto – administração de medicamentos

Adesão ao regime terapêutico

Indivíduo – pessoa – ação – ação realizada pelo próprio – autocuidado – comportamento de procura de saúde – comportamento de adesão – gestão do regime terapêutico

(atividades que a pessoa deve desempenhar para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde)

Status – Adesão ao regime terapêutico não demonstrado:

(quando o indivíduo apresenta ações que indicam a não aceitação do decurso do tratamento, mesmo depois da usufruto de Conhecimento sobre o mesmo)

Intervenções:

- Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
- Encorajar a tomada de decisão relativa a comportamentos de adesão
- Elogiar a tomada de decisão
- Ensinar sobre serviços de saúde
- Incentivar adesão ao regime terapêutico
- Facilitar iniciativa para comportamento de adesão
- Negociar adesão ao regime terapêutico
- Orientar para serviços de saúde
- Incentivar relação dinâmica com pessoas com adesão com adesão terapêutico (grupos de ajuda mútua)
- Reforçar iniciativa para comportamentos de procura de saúde

Status - Adesão ao regime terapêutico: crença de saúde, controlo não demonstrada

Intervenções:

- Encorajar crença de saúde: controlo
- Negociar com a pessoa um contrato de saúde
- Reforçar crenças de saúde

Status - Crença de saúde: capacidade de execução, não demonstrado

Intervenções:

- Elogiar a aprendizagem de habilidades
- Reforçar confiança na aprendizagem de habilidades
- Reforçar crenças de saúde: capacidade de execução

Obesidade

Individuo – função – nutrição – estado nutricional – excesso de peso

Status - Risco de obesidade

Intervenções:

- Monitorizar peso corporal
- Monitorizar altura corporal
- Monitorizar índice de massa corporal (IMC)
- Ensinar sobre complicações do excesso de peso

Status - Obesidade presente em grau (de acordo com o IMC)

Intervenções:

- Monitorizar peso corporal
- Monitorizar altura corporal
- Monitorizar IMC
- Planear dieta
- Referir obesidade ao serviço de nutrição
- Ensinar sobre complicações do excesso de peso

Status – Conhecimento sobre hábitos alimentares não demonstrado

Intervenções:

- Educar sobre hábitos alimentares
- Promover adaptação a novos estilos de vida

Aceitação do estado de saúde

Individuo – pessoa – razão para a ação – auto Conhecimento – adaptação – coping – aceitação

(quando se identifica, na pessoa, a ausência ou insuficiência de disposições para gerir o stress ou reduzir a tensão provocada pela situação de saúde / doença.)

Status - Aceitação de estado de saúde não demonstrada

Intervenções:

- Facilitar a comunicação expressiva de emoções

- Incentivar a relação dinâmica com pessoas com adaptação eficaz
- Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficazes
- Orientar a pessoa para serviços médicos

Status – aceitação de estado de saúde: suporte não percebido

Intervenções:

- Encorajar a interação de papéis
- Disponibilizar prestação de serviços de saúde na comunidade
- Ensinar sobre serviços de saúde
- Facilitar o suporte familiar
- Orientar a pessoa para grupos de suporte
- Promover envolvimento da família
- Encorajar a interação social

Status - Aceitação de estado de saúde: suporte não percebido

Intervenções:

- Encorajar a interação de papéis
- Disponibilizar prestação de serviço na comunidade
- Ensinar sobre prestação de serviços de saúde na comunidade
- Ensinar sobre serviços de saúde
- Facilitar suporte familiar
- Orientar a pessoa para grupos de suporte
- Promover o envolvimento da família
- Encorajar a interação social

Status - Conhecimento sobre estratégias de coping não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping
- Ensinar sobre estratégias de adaptação
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções

Status - Aceitação de estado de saúde: iniciativa, não demonstrada

Intervenções:

- Incentivar a tomada de decisão com Conhecimento
- Apoiar a tomada de decisão

Status - Aceitação de estado de saúde: esperança, não demonstrada

Intervenções:

- Otimizar crença em valores
- Otimizar crença religiosa

Comportamento de procura de saúde

Indivíduo – pessoa – ação – ação realizada pelo próprio – autocuidado

Status - Comportamento de procura de saúde, não demonstrado

Intervenções:

- Informar sobre serviços de saúde
- Incentivar para a utilização de serviços de saúde
- Incentivar comportamentos de procura de saúde

Status - Comportamento de procura de saúde, não adequado

Intervenções:

- Orientar a pessoa para serviços médicos
- Planear consulta
- Incentivar para consulta

Status - Conhecimento sobre comportamento de procura de saúde, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde
- Ensinar sobre guia do diabético
- Informar sobre serviços de saúde

Status - Comportamento de procura de saúde: rastreio, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde: rastreio
- Providenciar material de leitura

Visão

Individuo – função – sensações

Status – Visão, alterada

Intervenções:

- Orientar a pessoa para serviços médicos
- Orientar a pessoa no ambiente
- Vigiar visão
- Monitorizar visão

Status - Conhecimento sobre o uso de equipamento: lentes de contacto, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre equipamento: lentes de contacto
- Informar sobre equipamento: lentes de contacto

Status - Conhecimento sobre o uso de equipamento: óculos, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre equipamento: óculos
- Informar sobre equipamento: óculos

Status - Conhecimento sobre complicações de visão alterada, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre complicações de visão alterada

Úlcera

Individuo – função – tegumentos – tecido

Status - Risco de úlcera

Intervenções:

- Ensinar sobre prevenção de úlcera
- Incentivar cuidados aos pés
- Executar cuidados aos pés
- Vigiar pés

Vigiar reflexos da córnea

Status - Conhecimento sobre prevenção de úlcera da córnea, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre prevenção de úlcera da córnea
- Ensinar sobre prevenção de complicações da úlcera

Status - Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera da córnea
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações de úlcera
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera

Status - Úlcera, presente (localização anatômica + topologia)

Intervenções:

- Vigiar úlcera
- Aplicar lágrimas artificiais
- Manter penso ocular
- Vigiar reflexo da córnea
- Monitorizar úlcera
- Orientar a pessoa para serviços médicos
- Vigiar penso da úlcera
- Executar tratamento à úlcera

Gestão de regime terapêutico

Individuo – pessoa – ação – ação realizada pelo próprio – autocuidado – comportamento de procura de saúde – comportamento de adesão

(pressupõe, por parte da pessoa, um conjunto de comportamentos / atividades, que se regem por determinados princípios e indicações terapêuticas, de modo a diminuir o impacto da situação de doença na sua vida).

Status – gestão do regime terapêutico, ineficaz

Intervenções:

- Monitorizar frequência cardíaca
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar glicémia capilar
- Monitorizar peso corporal

- Planear dieta
- Ensinar sobre complicações da gestão de regime terapêutico ineficaz
- Vigiar sinais de hipoglicemia
- Vigiar sinais de hiperglicemia
- Facilitar encontro com pessoas com gestão eficaz do regime terapêutico
- Orientar para serviços de saúde

Status – Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre o regime terapêutico
- Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico

Status – Conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre prevenção de complicações
- Ensinar sobre sinais de complicações

Status – Conhecimento sobre resposta / reações aos medicamentos, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre regime medicamentoso
- Ensinar sobre respostas / reações aos medicamentos

Status – Conhecimento sobre hábitos alimentares, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre dieta
- Ensinar sobre hábitos alimentares

Status – Conhecimento sobre tratamentos, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre tratamentos

Status – Conhecimento sobre hábitos de exercício, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre hábitos de exercício
- Ensinar sobre hábitos de repouso
- Ensinar sobre hábitos de atividade sexual

Status – Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico

Status – Aprendizagem de habilidades para prevenir complicações, não demonstrado

Intervenções:

- Instruir a pessoa para prevenir complicações
- Treinar a pessoa para prevenir complicações

Status – Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico, não demonstrado

Intervenções:

- Instruir prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
- Treinar prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico

Status – Aprendizagem de habilidades para executar os tratamentos, não demonstrada

Intervenções:

- Instruir a pessoa sobre como executar tratamentos
- Treinar a pessoa a executar os tratamentos

Status – Aprendizagem de habilidades para auto administrar os medicamentos, não demonstrada

Intervenções:

- Ensinar sobre auto administração de medicamentos

Autovigilância

Indivíduo – pessoa – ação – ação realizada pelo próprio – autocuidado – comportamento de procura de saúde – comportamento de adesão

(deteção precoce, da pessoa, para detetar sinais de problemas ou complicações)

Status – Autovigilância, não adequada

Intervenções:

- Incentivar auto vigilância
- Reforçar crenças de saúde

Status – Auto – vigilância, negligenciada

Intervenções:

- Incentivar auto – vigilância
- Reforçar crenças de saúde

Status – Aprendizagem de habilidades para proceder à autovigilância, não demonstrada

Intervenções:

- Instruir auto vigilância
- Treinar a pessoa a proceder à auto- vigilância

Status – Conhecimento sobre auto – vigilância, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre autovigilância
- Ensinar sobre entre autovigilância e prevenção de complicações
- Providenciar material de leitura sobre autovigilância

Status – Conhecimento sobre auto – vigilância glicemia capilar, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre autovigilância: glicémia

Status – Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto – vigilância glicemia capilar, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar prestador de cuidados sobre autovigilância: glicémia

Status – Aprendizagem de habilidades para proceder à auto – vigilância, da glicemia capilar, não demonstrada

Intervenções:

- Instruir sobre autovigilância: glicémia
- Treinar a pessoa a proceder à autovigilância da glicémia
- Providenciar equipamento de auto vigilância: glicémia capilar

Status – Conhecimento sobre autovigilância dos pés

Intervenções:

- Ensinar sobre autovigilância dos pés

Status – Conhecimento do prestador de cuidados sobre autovigilância dos pés

Intervenções:

- Ensinar o prestador de cuidados sobre autovigilância dos pés

Status – Aprendizagem de habilidades para proceder autovigilância dos pés, não demonstrada

Intervenções:

- Instruir auto vigilância dos pés
- Treinar auto- vigilância dos pés

Status – Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para proceder autovigilância dos pés, não demonstrada

Intervenções:

- Instruir o do prestador de cuidados a proceder à auto vigilância dos pés
- Treinar do prestador de cuidados a proceder à auto vigilância dos pés

Status – Conhecimento sobre sinais de alerta, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar sobre sinais de alerta

Auto – administração de medicamentos

Status – Conhecimento sobre técnica de auto administração de insulina

Intervenções:

- Ensinar sobre técnica de auto administração de insulina

Status – Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de auto administração de insulina

Intervenções:

- Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de auto administração de insulina

Status – Aprendizagem de habilidades sobre técnica de auto administração de insulina

Intervenções:

- Instruir sobre técnica de auto administração de insulina
- Treinar sobre técnica de auto administração de insulina
- Elogiar sobre a aprendizagem de habilidades
- Vigiar a pele

Status – Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de auto administração de insulina

Intervenções:

- Instruir prestador de cuidados sobre técnica de auto administração de insulina
- Treinar prestador de cuidados sobre técnica de auto administração de insulina

HIPERTENSÃO

Status – Hipertensão presente em grau(Reduzido, moderado, elevado)

Intervenções:

- Monitorizar frequência cardíaca
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar peso corporal
- Incentivar repouso

Status – Risco de hipertensão... (reduzido, moderado, elevado)

Intervenções:

- Monitorizar frequência cardíaca
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar peso corporal
- Incentivar atividade física
- Eritema / Maceração
- Foco - Maceração

Status – Risco de maceração....

Intervenções:

- Aplicar creme
- Ensinar os pais sobre condições de risco para maceração
- Otimizar a fralda
- Limpar a pele perineal
- Vigiar a pele
- Manter a pele seca

Status – Conhecimento dos pais sobre prevenção da maceração, não demonstrado

Intervenções:

- Ensinar os pais sobre prevenção da maceração

Status – Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir a maceração, não demonstrada

Intervenções:

- Instruir os pais a prevenir a maceração
- Treinar os pais a prevenir a maceração

Bibliografia

GOUVEIA, Ilda –CIPE – **Diagnósticos e Intervenções de enfermagem**. Sub-região de Saúde de Lisboa, ano ?

LEAL, Maria Teresa. **A CIPE® e a visibilidade da enfermagem. Mitos e realidades**. Lusociência. 2006. ISBN: 972-8930-20-8. 218p

Aplicativo informático SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem), versão 6 (CIPE versão Beta 2)

ANEXO II - NORMA DE ARTICULAÇÃO HPP - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Norma de Articulação
HPP Cascais –
Cuidados de Saúde
Primários

Cláudia Rainha – Mestranda nº 192011040

Abril – Junho 2012

No âmbito da realização do módulo Estágio do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria no Hospital Dr. José de Almeida – Cascais, foi-me solicitada a colaboração na melhoria das medidas de articulação entre os ACES e este Hospital, o que vai ao encontro de um dos meus objetivos específicos a realizar neste período, no âmbito do domínio Gestão da Qualidade, e mais especificamente a competência B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Como limitação tenho o facto de que desde que iniciou a referenciação para esta instituição hospitalar não tive conhecimento sobre as medidas até agora desenvolvidas pela UCF.

Assim sendo, principiei por atualizar os dados já existentes dos contactos das enfermeiras das unidades nos ACES VIII (Sintra – Mafra), IX (Algueirão – Rio de Mouro) e XI (Cascais), pois reparei que se encontravam desatualizados, tendo adicionado o e-mail das referidas equipas e horários de vacinação, já que foi um pormenor que deparei ser importante, aquando da referenciação para a Vacinação.

Particpei também numa reunião com as Enfermeiras-chefes e responsáveis do departamento materno – infantil, onde foi clarificada a necessidade de melhorar a articulação.

Segundo o Relatório final do GTRH¹, existem algumas falhas na implementação da integração na prestação de cuidados, dado que os hospitais e os ACES nem sempre articulam de uma forma tão próxima quanto o desejável.

Esta articulação pode potenciar ganhos de saúde, tais como a melhoria da qualidade assistencial, a focalização no utente, o aumento da promoção do bem-estar.

É importante corrigir as falhas nesta área pois estamos a utilizar recursos sem ganhos, ou seja, não se promove a acessibilidade e o nível de prestação de cuidados pode não ser o mais adequado, um exemplo desta situação é a utilização da urgência para situações não urgentes, o que origina uma sobrelotação deste serviço.

Segundo este relatório as UCF's (unidades coordenadoras funcionais) são um modelo a replicar em outras áreas de cuidados. É graças à implementação da UCF's, à cerca de 20 anos que, que conseguiu melhorar significativamente os indicadores materno- infantis, sendo Portugal apontado como referencia.

As UCF's foram criadas pelo despacho nº 6/91, de 28 de Maio, tendo as suas competências sido alargadas para a saúde da criança e do adolescente, pelo despacho nº 12917/98, de 27 de Junho.

Estas estruturas são promotoras de diálogo entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsáveis pela identificação dos problemas e necessidades da população a nível de saúde da mulher, da criança e dos adolescentes.

Também segundo este relatório as tecnologias de informação podem impulsionar a articulação de cuidados.

¹ Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho nº 10.601/2011 do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República nº 162, 2ª Série, de 24 de Agosto de 2011

O GTRH propõe a implementação de várias medidas entre as quais:

Definir critérios de referenciação entre os Cuidados de Saúde Primários e Hospitais

Promover a ida de especialistas hospitalares aos cuidados de saúde primários

Promover reuniões entre os parceiros de articulação

Num momento em que Portugal está a passar uma crise económica, é oportuno repensar em estratégias que orientem os recursos sejam humanos sejam económicos. A nível Hospitalar a ida mensal de um pediatra aos ACES atenua a ida de utentes à consulta hospitalar, tendo o especialista uma intervenção mais dirigida às situações que realmente são pertinentes, por outro lado, os recursos económicos despendidos pelos pais em transporte podem ser importantes no rendimento mensal, já que pode ser necessário mais de um tipo de transporte público, ou no caso de carro particular, o despendido em combustível e em estacionamento no hospital (muitas vezes esta situação não é valorizada, mas é complicado para um pai /mãe transportar a criança e toda a logística necessária, como fraldas, biberões, leite, papas, entre outros equipamentos, parqueando longe do destino.

As minhas sugestões no sentido de melhorar a articulação de cuidados são:

Promover reunião de consultadoria mensal com um Pediatra do Hospital Dr. José de Almeida e com a equipa multidisciplinar de cada ACES, onde seriam apresentados casos clínicos e definidas medidas de atuação para cada utente, no sentido de apenas referenciar as situações pertinentes.

Elaborar norma de articulação entre a equipa de enfermagem hospitalar e a dos Cuidados de Saúde Primários, pelas vias email, contacto telefónico, carta de transferência e registos no Boletim Individual de Saúde:

- Situações pontuais que carecem de resposta e não podem esperar até à reunião de consultadoria;
- Prescrições terapêuticas, de modo a evitar idas à consulta hospitalar para pedidos de receituário e desde modo reduzir as consultas subsequentes;
- Notificação de alta hospitalar da consulta / internamento, com indicações sobre Diagnósticos de Enfermagem pendentes;

Notificação de idas à urgência pediátrica, de situações não urgentes, de modo a reforçar ensinamentos nos cuidados de saúde primários.

Penso que com estas medidas, melhora-se a qualidade de atendimento ao utente / família, evitando-se desperdício de recursos humanos e económicos.

Avançando de encontro ao referido anteriormente, e tendo em conta que já existe um aplicativo informático para a referenciação Cuidados de Saúde Primários – Hospital (ALERT), apresento em Anexo a Norma elaborada pelas Enfermeiras Tânia Martins, Teresa Pereira, Vânia Candeias e Cláudia Rainha, onde constam os procedimentos a ter no momento da transferência das diversas unidades pertencentes à Área da Criança para os Cuidados de Saúde Primários, o formulário para a Consulta Externa de Pediatria e Urgência Pediátrica, e os mapas de contactos das Enfermeiras de referencia nas diversas unidades dos 3 ACES.

No Anexo I apresento a norma realizada.

Anexo I – Norma de articulação

DESIGNAÇÃO

Norma – Articulação dos Cuidados de Enfermagem entre a Área da Criança e os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

PADRÕES

ACC3 – Existe uma política de orientação da forma correta de transferir ou dar alta aos utentes

OBJECTIVO

Promover a articulação dos cuidados de enfermagem entre a Área da Criança e os CSP;

Uniformizar os registos de enfermagem na carta/nota de alta da criança;

Facilitar a integração de novos elementos na equipa.

DESTINATÁRIOS

Equipa de Enfermagem da Área da Criança.

DEFINIÇÕES

A articulação é o processo através do qual se estabelecem ligações entre serviços, sectores profissionais, organizações de dois níveis de prestação de cuidados, reconhecendo a individualidade e a complementaridade de cada uma para atingir objetivos comuns (PINHEIRO, SARDO E HENRIQUES, 2004).

Para que a articulação se estabeleça de uma forma efetiva, contínua e dinâmica é necessário que o processo de comunicação entre os diversos níveis de cuidados de saúde esteja bem estruturado, com os circuitos de informação bem definidos e utilizando uma linguagem comum (FERREIRA, 2007).

A nota de alta de enfermagem é um instrumento que permite a continuidade dos cuidados de saúde quando há transferência dos pacientes do hospital para os cuidados de saúde primários e vice-versa (ROPER, 2002).

NORMA

6.1 – Procedimento na UCEN

A nota de alta de enfermagem na neonatologia deverá ser efetuada na secção “notas” do BSIJ (Boletim de Saúde Infantil e Juvenil). O BSIJ deverá estar corretamente preenchido e as secções relativas a “gestação”, “período neonatal” e “crescimento” deverão ser preenchidos todos os campos.

A nota de alta de enfermagem deverá ser realizada sempre que o RN tenha permanecido internado na UCEN.

No registo da nota de alta de enfermagem do RN deverão constar os seguintes elementos:

- Data de admissão;
- Data de alta;
- Motivo do internamento;
- Evolução durante o internamento na Unidade apenas nas áreas comprometidas á data da alta:
- Adesão ao tratamento;
- Aspiração;
- Desenvolvimento infantil;
- Dor;
- Úlcera de pressão;
- Limpeza das vias aéreas;
- Infeção;
- Sono.

Nas áreas que seguem deve ser sempre realizado um registo, exista ou não comprometimento:

- Amamentação;
- Parentalidade;
- Participação/autonomia dos pais nos cuidados;
- Vinculação;
- Relação pais/filho
- Frequência de visitas ou contactos telefónicos.
- Situação do RN no dia da alta:
- Idade;
- Tipo de leite, quantidade e horário (quando alimentado com leite artificial).

6.2 – Procedimento na UCIPED e Internamento de Pediatria

A articulação destes serviços com os CSP deverá ser realizada através de e-mail anexando a nota de alta. Sempre que se justifique deverá ser realizado também, um contacto telefónico.

6.3 – Procedimento na Urgência Pediátrica e Consulta Externa e Hospital de Dia de Pediatria

A articulação destes serviços com os CSP deverá ser realizada através de e-mail anexando o formulário próprio. (Anexo A) Sempre que se justifique deverá ser realizado também, um contacto telefónico.

Esta articulação deverá ser realizada com o enfermeiro de referência da saúde infantil dos cuidados de saúde primários (Anexo B) - famílias designadas como grupos de risco ou vulneráveis que reúnam um ou mais dos seguintes critérios:

- Filhos de pais adolescentes;
- Dificuldades no papel parental;
- Situação socioeconómica difícil;
- Família multiproblemática;
- Recém – nascido com deficiência e/ou patologia;
- Situação de crise familiar (alcooolismo, toxicodependência; etc.);
- Famílias com crianças de mães seropositivas para o VIH, sinalizadas pela consulta de referencia hospitalar;
- Crianças sujeitas a negligencia de cuidados de saúde ou maus-tratos, referenciadas por qualquer elemento da equipa multiprofissional;
- Famílias com crianças em acompanhamento na CPCJC e ECJ referenciadas por estas instituições.
- Para continuidade de cuidados

REFERÊNCIAS

FERREIRA, O. (2007). Continuidade dos Cuidados: uma prática em parceria. Estratégias de parceria entre o centro de referência em oncologia pediátrica do norte- IPO Porto_ e os cuidados de saúde primários- ARS Norte. Tese elaborada no âmbito do Mestrado em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Disponível: <http://hdl.handle.net/10216/7176>.

PINHEIRO, A., Sardo, D. , Henriques, V. (2004). Envolvimento dos enfermeiros na articulação de informação entre os cuidados e saúde primários e cuidados diferenciados- Um estudo na área de saúde materna e obstétrica. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**.5, 41-42.

ROPER, N. (2002). Continuidade dos cuidados. Porquê e para quê?. **ENFERMAGEM**. 25/26. 68-72.

ANEXOS

Anexo A – Formulário de articulação.

Anexo B – Contactos das enfermeiras de referência para a saúde infantil no ACES VIII (Sintra – Mafra); IX (Algueirão – Rio de Mouro); XI (Cascais).

ANEXO A – Formulário de Articulação com os Cuidados de Saúde Primários via e-mail

Nome:

Data de Nascimento:

Data de Admissão:

Motivo de Admissão:

Terapêutica Prescrita:

Diagnósticos de Enfermagem pendentes / a referenciar:

Orientações Dadas:

A Enfermeira:

Data:

Nº utente:

Data de Transferência:

ANEXO B - Rede de Referência Hospital Dr. José de Almeida – Cuidados de saúde primários

ACES VIII SINTRA – MAFRA

Atendimento Complementar: sábados, domingos e feriados das 10às 18h (atendimento de enfermagem sujeito a agendamento prévio)

ZONA	Unidade	Saúde Infantil (SI)	Saúde Mulher (SM)	Vacinação (V)	Horários e informações		
Sintra	UCSP Sintra Telf. 219247770 Fax. 219235113	Enfª Cláudia Tm.916135833 claudiar@cssintra.min-saude.pt	Enfª Yulia	Enfª Rosa Sintra.vacinas@cssintra.min-saude.pt	SI e SM: 8h-16h V: 8h30 a 16h30	SI e SM necessário agendamento prévio Teste Pezinho: até 12h	
	USF Colares Telf. 219281073 Fax. 219231075	Enfª Susana Portela susanap@cssintra.min-saude.pt			SI/SM/V: 2 a 6ª 8h30-17h Teste Pezinho: até 12h		
	USF Monte da Lua Telf. 219100880 Fax. 219100889	Enfª Conceição Sousa usf.montedalua@cssintra.min-saude.pt			V: 3ª 9h-13h; 5ª 14h-18h; 6ª 15h-18h	Necessário agendamento prévio das 8h30às 18h	
	UCSP Terrugem/ São João Lampas - Terrugem Telf.219617077 Fax. 219613204 - São João Lampas Telf. 219605270 Fax.219611063	Enfª Fátima fatimas@cssintra.min-saude.pt	Enfª Paula Ferreira pferreira@cssintra.min-saude.pt	Enfª Fátima fatimas@cssintra.min-saude.pt	2ª,4ª,6ª : 9h-15h Teste Pezinho: até 12h		
		Enfª Diná doliveira@cssintra.min-saude.pt			V: 3ª e 5ª: 9-13h Teste pézinho: até 12h		
Pero Pinheiro	USF Lâpias Telf. 219678310 Fax. 219673541	Enfª Noémia Dias usf.lapias@csppinheiro.min-saude.pt			V: Marcação Prévia 9h- 17h		
	Almargem do Bispo Telf. 219622033 Fax. 219628000	Enfª Paula Cepas Paula.cepas@csppinheiro.min-saude.pt			V: 2ª,4ª,6ª – 12h30 – 18h 5ª: 12h30 – 17h		
	Sabugo				V: 2ª a 6ª – 9h – 16h		
	Negrais				V: 3ª – 9h – 17h 5ª – 8h – 12h		

Almargem do Bispo, Sabugo, Negrais e D. Maria referenciam para o Hospital Fernando Fonseca

SAUDE PUBLICA – Enfª Isabel Bento telf.219105820; Fax. 219234210; e-mail: isabel.bento@cssintra.min-saude.pt

Núcleo Apoio à Criança e Jovem em Risco – Dra. Sónia (Coordenadora); telf. 219678310

Pólo Sintra:

UCSP Sintra: Enfª. Cláudia Rainha: claudiar@cssintra.min-saude.pt

UCSP Terrugem: Enfª. Fátima Soares: fatimas@cssintra.min-saude.pt

UCSP S. João: Enfª Ana Paula Tomé: anatome@cssintra.min-saude.pt

USF Colares: Enfª Catarina Costa: catarinac@cssintra.min-saude.pt

USF Monte da Lua: Enfª Sandra Jorge: sandraj@cssintra.min-saude.pt

Polo Pero Pinheiro:

UCSP D. Maria, Almargem do Bispo, Negrais, Sabugo: Enfª Paula Cepas: Paula.cepas@csppinheiro.min-saude.pt

USF Lapiás: Enfª Noémia Dias: noemia.dias@csppinheiro.min-saude.pt Paula.cepas@csppinheiro.min-saude.pt

UCC: TSS Inês Pereira

UCC Sintra / Pero Pinheiro – Enfª Isabel Silva (Coordenadora) telf. 219605270; e-mail: isabels@cssintra.min-saude.pt

ACES XI – CASCAIS

Unidade	Saúde Infantil (SI)	Saúde Mulher (SM)	Vacinação (V)	Horários e informações
UCSP Alcabideche Telf. 214604510; Fax. 214604515	Enfª Anabela Freitas	Enfª Paula Pinto Coelho	Enfª Ana Gomes	V: 3ª 10h – 11h30 4ª 17h – 18h30 5ª 14h – 15h 6ª 8h30 – 9h30 Julho – Setembro: não há vacinas
	Ucspalcabideche.cascais@gmail.com			
UCSP Cascais Telf. 214824697; Fax. 214845422	Enfª Luisa Valentim Luisa.valentim@cscasc ais.min-saude.pt	Enfª Helena Borges Helena.borges@cscasc s.min-saude.pt	Enfª Ana Coelho Ana.coelho@cs cascais.min- saude.pt	V: 2ª 8h30-10h30 4ª 17h-19h 5ª 13h-13h30 (BCG) 13h30 – 15h Teste Pezinho com marcação prévia
UCSP Estoril Telf. 214643718; Fax. 214643749	Enfª Mª Ceu Freire			V: 2ª a 6ª 13h-14h30 3ª 17h-19h Teste Pezinho com marcação prévia
UCSP Parede Telf. 214547000; Fax. 214576331	Enfª Anabela Roque Anabela.roque@cspare de.min-saude.pt	Enfª Manuela Rebelo Manuela.rebelo@cspare de.min-saude.pt		Menos de 2anos só com marcação + 2 anos e adultos: 2ª 16h30 – 19h30 3ª 9h- 13h 5ª 15h – 19h30 6ª 13h- 18h
	Responsável: Enfª Ilda Nunes ilda.nunes@csparede.min-saude.pt			
USF Alcais Telf. 214604530; Fax. 214604539 Email: alcais@cascais.min-saude.pt	Enfª Isabel Damas Mora	Enfª Ana Isabel Torcato	Enfª Ana Luisa Pacheco	V: 3ª 14h-15h 5ª 13h-14h 6ª 11h-13h Teste Pezinho com marcação
USF Artemisa Telf. 214547071; Fax. 214547020	Enfª Ana Cristina Carmo : Email: usf.artemisa@gmail.com			V: 2ª 8h30-11h 13h-16h 3ª 8h-12h 13-15h
USF Cidadela Telf. 214824654/5/6	Enfª Cristina Mota Cristina.mota@cscascais.min-saude.pt			
USF Costa do Estoril Telf. 214643713; Fax. 214643749 Email: usf.costadoestoril@cscascais.min-saude.pt	Enfª Paula Gonzaga Tlm. 919279129 Telf. 21463742	Enfª Susana Lavinha Tlm. 933282337 Telf. 214643741	Enfª Mafalda Morgado	V: 2ª, 4ª, 6ª 8h30 – 10h 3ª 13h-15h 5ª 17h-19h
USF Emergir Telf. 214489630; Fax. 214489649	Enfª Ana Baião Email: batendeemergir3@csparede.min-saude.pt			Marcação Previa
USF Marginal Telf. 214489650; Fax. 214489669	Enfª Laura Nunes usf.marginal@cscais.min-saude.pt			Marcação Previa
USF S. Domingos de Gusmão Telf. 214489650; Fax. 214489669	Enfª usf.gusmao@csparede.min-saude.pt			V: 2ª a 5ª 13h – 14h30 6ª 8h30 – 10h30 Marcação prévia

Atendimento Complementar: sábados, domingos e feriados das 9h às 12h30 (atendimento na UCSP Cascais)

Saúde Pública – Enfª Barbara Dixon telf. 214643722; e-mail: saude.publica@csparede.min-saude.pt

UCC Cascais – Enfª Teresa Avilez (Coordenadora); telf. 214604510 ;Fax 214604535; e-mail: ucccascais@gmail.com

Elo de ligação Saúde Infantil: Enfª Vera Tomás

UCC Parede - Enfª Fátima Silva (Coordenadora); telm.: 925665047 email: fatima.silva@csparede.min-saude.pt

ACES IX ALGUEIRÃO – RIO DE MOURO

ZONA	Unidade	Saúde Infantil (SI)	Saúde Mulher (SM)	Vacinação (V)	Horários e informações
Algueirão/ Mem Martins	USF Natividade Telf. 219226467 Fax.219226466	Enfª Adriana Oliveira adritaveira@gmail.com Tm. 936284042			Marcação prévia Existe flexibilidade para o atendimento nas vacinas
	UCSP Tapada das Mercês Telf. 219222144 Fax.219200034	Enfª Carla Fernandes Carla.fernandes@csalgueirao.min-saude.pt			V: 2ª, 5ª e 6ª 9-11h30 2ª e 5ª :13h -15h
	UCSP Algueirão/ Mem Martins Telf. 219222144 Fax.219200034	Enfª Helena Bica (Coordenadora); telf. 219222159 ; e-mail: Helena.bica@csalgueirao.min-saude.pt			

Atendimento Complementar: sábados, domingos e feriados das 10 às 13h na UCSP Algueirão

Saúde Publica – Enfª Lucinda telf. 219178128; e-mail: lucindas@csrmouro.min-saude.pt

UCC Cruzeiro– Enfª Helena Bica (Coordenadora); telf. 219222159 ; e-mail: Helena.bica@csalgueirao.min-saude.pt

Intervenção Precoce: elo de ligação: Enfª Paula Antunes sediada na UCC Cruzeiro

ANEXO III - SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DA NORMA DE ARTICULAÇÃO HPP - ACES

CONVITE
SESSÃO DE FORMAÇÃO
Articulação HPP Cascais –
Cuidados de Saúde Primários



Sala de Refeição
19 de Junho de 2012 – 15h30

Conteúdo da Sessão

- Ministério da Saúde – Relatório GTRH
- Conceito UCF (Unidade Coordenadora Funcional)
- Sugestões a apresentar ao representante da UCF (ACES VIII)
- Norma HPP:
- UCEN
- UCIPED / Internamento Pediatria
- Urgência Pediátrica / Consulta externa / Hospital de dia
- Rede de Referência

Agradeço desde já a sua presença!

Cláudia Rainha

(Aluna Curso Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e
Pediatria)

PLANO DA SESSÃO

Tema da Sessão	Articulação HPP Cascais – Cuidados de Saúde Primários
População-Alvo	Enfermeiros do HPP Cascais, da Área Materno – Infantil
Formadora	Cláudia Rainha (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria)
Objetivos	Apresentação Norma Articulação
Indicador de Avaliação	Os participantes devem referir que consideram a formação útil
Duração	30 Minutos



Articulação



HPP Cascais – Cuidados de Saúde Primários (C.S.P.)

CLÁUDIA RAINHA ALUNA N° 192011040

*Curso Mestrado Enfermagem Especialização
Saúde Infantil E Pediatria)*



Relatório do GTRH publicado em DR em 24.08.2011

- Os hospitais e os ACES (Agrupamentos de Centros de Saude) nem sempre articulam de uma forma desejável
- Melhoria de qualidade assistencial, focalização no utente, aumento da promoção do bem-estar
- ❑ Utilização de recursos sem ganhos de saúde: ex: sobrelotação das urgências



Propostas do GTRH

- Definir critérios de referência
- Promover a ida de especialistas hospitalares aos CSP
- Promover reuniões entre os parceiros de articulação



UCF's (Unidade Coordenadora Funcional)

- Implementação há 20 anos
- Incremento dos indicadores materno – infantis
- Constituição:
 - Coodenadores Neonatologia
 - Coordenadores Obstetricia
 - Coordenadores Pediatria
 - Do Hospital e dos ACES



UCF - Funções:

- Fomentar as consultas de referência e a interligação regular e avaliar a sua eficiência e eficácia;
- Garantir a circulação da informação clínica eficaz;
- Avaliar as realidades, as prioridades e as necessidades de cada área;

• MINISTERIO SAÚDE, 2006: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf>



UCF - Funções:

- Coordenar, rentabilizar e verificar a eficiência e a correta distribuição dos recursos existentes e assegurar a adequada integração dos Serviços;
- Assegurar a divulgação, utilização e correto preenchimento dos documentos de trabalho, nomeadamente o Boletim de Saúde da Grávida e Boletim de Saúde Infantil;



UCF - Funções:

- Propor medidas concretas no sentido da resolução de problemas identificados;
- Recolher os dados estatísticos;
- Estimular a elaboração de estudos epidemiológicos que conduzem a um melhor conhecimento da realidade local.



Sugestões a apresentar ao representante do ACES VIII Sintra - Mafra

- Promover reunião de consultadoria mensal
 - Apoio aos médicos de MGF
 - Referenciação apenas de casos pertinentes
- Articulação utilizando e-mail, além dos já existentes
 - Entre a equipa médica
 - Entre a equipa de enfermagem



Objetivo

- Potenciar recursos
- Diminuir investimento familiar nas deslocações
- Reduzir consultas hospitalares e subsequentes
- Reforçar Promoção de Saúde
- Reduzir admissão na urgência por motivos não urgentes

Norma de Articulação

- Padrão:
 - ACC3 - Existe uma política de orientação de forma correta de transferir ou dar alta aos utentes
- Objectivos:
 - Promover articulação
 - Uniformizar registos de enfermagem
 - Facilitar a integração de novos elementos na equipa




Procedimento na UCEN

- Nota de alta no BSIJ
 - Data de admissão / data de alta
 - Motivo do internamento
 - Evolução apenas nas áreas comprometidas na alta:
 - Adesão ao tratamento
 - Aspiração
 - Desenvolvimento infantil
 - Dor
 - Úlcera de pressão
 - Limpeza de vias aéreas
 - Infecção
 - Sono.



Procedimento na UCEN

- Nota de alta no BSIJ
 - Registrar, exista ou não, comprometimento:
 - Amamentação
 - Parentalidade
 - Participação / autonomia dos pais nos cuidados
 - Vinculação
 - Situação do RN no dia da alta:
 - Idade
 - Tipo de leite, quantidade, horário



Procedimento na UCIPED / Internamento de Pediatria


- Através de e-mail anexando nota de alta, e realizar, sempre que se justifique um contacto telefónico

Nome:	
Data de Nascimento:	Nº utente:
Data de Admissão:	Data de Transferência:
Motivo de Admissão:	
Terapêutica Prescrita:	
Diagnósticos de Enfermagem pendentes / a referenciar:	
Orientações Dadas:	
A Enfermeira:	
Data:	




Procedimento UrgênciaPediatrica, Consulta Externa e Hospital de dia

- Através de e-mail anexando nota de alta, e realizar, sempre que se justifique um contacto telefónico



Famílias designadas como grupos de risco ou vulneráveis que reúnam um ou mais dos seguintes critérios:

- Filhos de pais adolescentes;
- Dificuldades no papel parental;
- Situação socioeconómica difícil;
- Família multi problemática;
- Recém – nascido com deficiência e/ou patologia;

- 
- Situação de crise familiar (alcoolismo, toxicodependência; etc.);
 - Famílias com crianças de mães seropositivas para o VIH, sinalizadas pela consulta de referencia hospitalar;
 - Crianças sujeitas a negligencia de cuidados de saúde ou maus-tratos, referenciadas por qualquer elemento da equipa multiprofissional;
 - Famílias com crianças em acompanhamento na CPCJC e ECJ referenciadas por estas instituições.
 - Para continuidade de cuidados



**ANEXO B - Rede de Referência
Hospital Dr. José de Almeida – Cuidados de
saúde primários**



Obrigada pela atenção

AValiação da Sessão

Tema: "Articulação HPP Cascais – Cuidados de Saúde Primários"

Ação tipo : Apresentação

Duração: 30 minutos

Formadora: Cláudia Rainha

Coloque uma Cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, para cada uma das afirmações que se seguem

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Os objetivos da sessão foram atingidos				
Para a sua atividade profissional a formação foi útil				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos				
A teoria foi relacionada com a prática				
A formação apresentou rigor técnico-científico				
Foram abordados todos os aspetos que considera importantes				

ORGANIZAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados				
A duração da formação foi adequada				
O horário da formação foi adequado				
A divulgação da formação foi suficiente				

Classifique a **formadora** utilizando a seguinte escala: 1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

FORMADORA E METODOLOGIA	1	2	3	4
Domínio dos conteúdos apresentados				
Facilidade de transmissão de conhecimentos				
Capacidade de motivar e despertar interesse nos formandos				
Interação com o grupo				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
Gestão do tempo				
Pontualidade				

Avaliação da Sessão:

nº de participantes: 7

No Item "Apreciação Global" 6 participantes assinalaram "Concorda Totalmente" e 1 formando assinalou "Concorda".

No item "Organização da Sessão de Formação" os 7 participantes assinalaram "concorda totalmente".

No item "Formadora e Metodologia os 7 participantes assinalaram "Bom".

Não existiram "Comentários".

Na avaliação desta sessão concluo que atingi os meus propósitos, dando a conhecer o trabalho efetuado, esperando que seja aprovado e colocado em ação.

Como ponto negativo exponho o fraco nº de presenças.

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que:

Participou na Sessão de Formação:

Articulação HPP Cascais – Cuidados de Saúde Primários

Formadora: Cláudia Rainha (aluna curso mestrado enfermagem especialização saúde infantil e pediatria)

19 de Junho de 2012

**ANEXO IV - ALIMENTAÇÃO INFANTIL NO 1º ANO DE VIDA - CULTURAS, CRENÇAS,
TRADIÇÕES, NAS POPULAÇÕES IMIGRANTES EM PORTUGAL**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Alimentação Infantil no 1º ano de vida - culturas,
crenças, tradições, nas populações imigrantes em
Portugal**

Cláudia Rainha – Mestranda nº 192011040

Abril – Junho 2012

Alimentação Infantil no 1º ano de vida - culturas, crenças, tradições, nas populações imigrantes em Portugal

A alimentação humana existe naturalmente desde que surgiu o ser humano e este teve necessidade de se alimentar para conseguir viver, e mais tarde, também por prazer, procurando os alimentos mais agradáveis e apetitosos. Ao longo dos anos, os seres humanos foram descobrindo novos alimentos, e devido a isso e às condições climáticas, a nossa espécie foi-se espalhando pelo planeta em busca de alimento. Calcula-se que os humanos começaram por alimentar-se de frutos, plantas e raízes, que já existiam nessa época, mas, mais tarde descobriram a caça, vindo também a alimentar-se de animais e peixes.

Atualmente a alimentação dos povos tende a ser cada vez mais semelhante pois existe uma grande partilha de informação e de novidades alimentícias entre as populações, mas no entanto ainda se destacam algumas diferenças devido ao facto de existirem em maior quantidade alguns alimentos em determinados locais.

O profissional de saúde ao cuidar de um utente imigrante, na sua abordagem, tem que avaliar determinados fatores influentes, designadamente, o motivo da migração, a qualidade de adaptação ao país de acolhimento (incluindo o espaço, a linguagem, o vestuário, a alimentação, os hábitos e estilos de vida, sentimentos de comportamentos jingoistas e discriminatórios por parte da sociedade de acolhimento). Deve levar em conta também, a manutenção no país de acolhimento da estrutura certas culturas, e que podem ser facilitadas, compreendidas e respeitadas, pelo profissional de saúde. A linguagem corporal, a distância corporal, a interpretação do pudor, e o vestuário também são variáveis entre culturas e devem ser consideradas pelo cuidador (Ramos, 2008). Neves (1999) também reafirma que, o profissional de saúde deve ser sensível às diferenças de linguagem, à expressão, ao afeto, à postura, aos gestos, aos movimentos corporais e ao uso do espaço pessoal, familiar, de valores étnico-religiosos, de figuras religiosas familiares e de acesso a práticas tradicionais de saúde (Ramos, 2008).

Tripp- Reiner [et al.] (1984) in Lea (1994), corrobora da mesma opinião ao dizer que se obtêm dados culturais básicos quando se inclui: a afiliação étnica, e a preferência religiosa, padrões familiares, padrões de comida e práticas étnicas de cuidados de saúde. Este autor refere que, estes dados são importantes na medida em que se podem identificar padrões de comportamentos que podem facilitar ou interferir na estratégia e plano de cuidados. Existem ritos, aspetos religiosos e alimentares que têm uma importância capital em

As crenças e a religião influenciam bastante o tipo de alimentação de cada povo, pelo que em algumas populações o pão está muito presente, em outras não se come carne e noutras não se come carne de porco.

Quer a cultura quer a religião de cada sociedade, influencia bastante a sua alimentação. Cada região tem os seus tipos de solo e a sua economia, e como tal tem alimentos que estão mais á

disposição daquela população. Como exemplos destas situações, temos os frutos tropicais que são bastante mais baratos nos locais onde estes são naturais e muito caros nos locais onde não existem naturalmente.

Nas regiões litorais também se nota uma grande diferença de preços do peixe em relação às regiões interiores, sendo mais barato nas zonas pesqueiras.

No que diz respeito à comida, uma de suas características distintivas é a capacidade simbólica para expressar relações e pertenças grupais. Assim, a comida é uma construção cultural consumida por indivíduos; e o ato de comer envolve a escolha do sujeito em relação a um grupo específico.

É nesse sentido que as comidas étnicas oferecem um rico jogo de metáforas através das quais se expressam as relações dos sujeitos com um grupo particular. Esse processo fica mais evidente em comunidades novas, pequenas, minoritárias, ou nas quais há um significativo número de novos adeptos, a exemplo das comunidades religiosas que perseguem, de uma forma ou de outra, a incorporação de novos membros.

A alimentação portuguesa tem mostrado algumas alterações ao longo dos anos e também varia de região para região.

A culinária portuguesa, ainda que esteja restrita a um espaço geográfico relativamente pequeno, mostra influências mediterrânicas (incluindo-se na chamada “dieta mediterrânica”) e também atlânticas, como é visível na quantidade de peixe consumida tradicionalmente.

A gastronomia portuguesa está bastante assente, ao longo de todo o território, no pão, no vinho e no azeite, tal como nos vários produtos hortícolas e nos frutos frescos. O pão é sem dúvida um elemento bastante importante na alimentação portuguesa. O azeite é a gordura mais utilizada dos portugueses.

Quanto aos produtos hortícolas estes são bastante utilizados para diversos fins como as saladas, as sopas de legumes e os cozidos.

As carnes também possuem um grande papel na alimentação portuguesa, mas o peixe também é consumido tradicionalmente em Portugal.

A época dos descobrimentos teve um grande impacto na alimentação dos portugueses. Após esta época, a culinária portuguesa rapidamente integrou o uso, por vezes quase excessivo, de especiarias e do açúcar, além de outros produtos, como o feijão e a batata, que foram adotados como produtos essenciais.

Podemos ainda referir que é no sul que se usam mais ervas aromáticas. Enquanto no norte de Portugal se usa quase exclusivamente a salsa, o louro, a cebola e o alho, no sul, especialmente no Alentejo, utilizam-se os coentros, as mentas (hortelã, poejo, etc.), os orégãos e o alecrim.

Focando a religião predominante em Portugal, o Cristianismo, é de sublinhar o facto de a religião da sociedade ter influências na alimentação da população dessa mesma sociedade, podemos encontramos algumas normas estabelecidas pelo Cristianismo na sociedade portuguesa.

Atualmente em Portugal podemos também verificar influências gastronómicas de outros países, culturas, tradições.

Em Saúde Infantil, a diversificação alimentar deve ter em conta, o desenvolvimento da criança. Alimentação complementar segundo a OMS² é o “período durante o qual outros alimentos líquidos ou sólidos são oferecidos para além do leite materno” no entanto segundo a ESPGHAN³, Alimentação complementar são todos os alimentos sólidos ou líquidos para além do leite seja materno ou artificial.

Segundo as recomendações da OMS o ideal é a criança ser amamentada até aos 6 meses em exclusivo, devendo iniciar a alimentação complementar entre os 4 a 6 meses, o mais próximo possível dos 6 meses, independentemente se a fonte láctea é materna ou fórmula⁴.

Quando abordamos o início da diversificação alimentar, devemos não esquecer que existem idades de aprendizagem de habilidades ou competências (Tabela 1)⁵.

Tabela 1 - Desenvolvimento e diversificação alimentar

0 – 4 meses	Reflexo da sucção e deglutição de líquidos. Reflexo da extrusão.
4 - 6 meses	Controlo muscular dos lábios para fechar a boca. Mobilidade antero – posterior da língua impulsionando e deglutindo os alimentos.
6 – 8 meses	Movimentos rítmicos mandibulares e de mastigação. Controlo da cabeça e do pescoço. Manifestação do desejo ou recusa de comer.
8 – 10 meses	Coordenação mão – boca e mastigação. Compreensão do uso da colher. Controlo manual e ocular que permite beber por copo. Fracionamento dos alimentos e sua deglutição.
10 – 12 meses	Capacidade de pinçar e agarrar os alimentos e levá-los à boca. Movimentos mastigatórios rotativos. Tenta comer sozinha.

Segundo REGO (2008)⁶, pouca atenção se tem dispensado à diversificação alimentar em comparação com o aleitamento materno e às formulas infantis. É a escassa existência de dados científicos baseados na evidencia que origina grandes variações nas recomendações.

² <http://www.who.int/nutrition/databases/infant-feeding/en/index.html>.

³ ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Kolestzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turcck D, Goudoever J. Complementary Feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46:99- 110

⁴ WHO.Guiding principles for feeding non-breastfeed children 6- 24 months of age Geneva: World Health Organization, 2005

⁵ SILVA, Aires da. Diversificação Alimentar - porquê, quando e como? In *Nutrição Pediátrica Princípios Básicos*. Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria. Depósito legal: 231902/05. Pp 98-105

⁶ REGO, Carla. A diversificação Alimentar: Quando e Como? In Guerra A (ed.): *Alimentação e Nutrição nos Primeiros Anos de Vida*. 7º Workshop Nestlé Nutrition. Pp73-97, Nestlé Nutrition Portugal © 2008.

Não há assim, regras rígidas ou verdades absolutas, há sim que adaptar a introdução de alimentos à realidade de cada lactente / família.

Usualmente um dos primeiros alimentos a ser introduzido é a papa de cereais, no entanto segundo esta médica a introdução de cereais como o trigo, cevada, aveia, centeio, está intimamente associada à expressão clínica de doença celíaca em crianças predispostas, por outro lado, o sabor doce é inato logo não carece de ser estimulado, enquanto o sabor não doce tem de ser treinado, assim é preferível que se inicie com um caldo ou puré de legumes.

Tabela 2 - Introdução de Alimentos em Portugal 4-12 meses⁷

Idade	Alimentos introduzidos
4 meses	Leite materno / Leite fórmula 1
5 meses	Caldo de legumes: base - cenoura / abóbora e batata / batata-doce A cada 4-5 dias: alface, nabo, nabiça, agriões, alho francês, feijão verde, curgete, cebola. Fruta: maçã, pera, banana Papa sem glúten
6 meses	Leite materno / leite fórmula 2 Caldo de legumes com carne: peru, frango, borrego, vitela (± 30 gr) Massa / arroz Fruta: uva, papaia, melão, meloa Papa com glúten
9 meses	logurte 2 sopas / dia: ervilhas, feijões, lentilhas, espinafres Iniciar 2º prato esmagado
12 – 24 meses	Dieta Familiar: peixe, ovo, citrinos,... Leite Vaca

Surgem várias vezes quanto à utilização da água. A água é atualmente considerada um alimento, ocupando o lugar central da roda dos alimentos (FCNA-UP), em situação de aleitamento materno não existe necessidade de oferecer água ao lactente, no caso de aleitamento misto (leite materno e leite artificial) ou somente leite artificial deverá oferecer-se água num volume que pode variar entre os 100-200 ml podendo ir até aos 500 ml. Quando se inicia a diversificação alimentar deve-se oferecer de forma regular ao longo do dia podendo chegar aos 1000 ml.

Mas, devemos estar atentos a outras dietas que podem surgir no nosso atendimento de Enfermagem (seja nos cuidados de saúde primários, seja no Hospital).

A orientação alimentar vegetariana, ocorre porque o indivíduo / grupo acredita ser a dieta mais saudável ou pode estar enquadrada numa opção de carácter religioso (Adventistas do 7º dia, Budistas, alguns Hindus), carácter filosófico (questões éticas como a morte de animais),

⁷ Alimentação Infantil. 8º Congresso de Pediatria, Outubro 2007. Cedido pela Pediatra Dra Ariane Brand.

caracter ecológico (impacto da criação animal para abate), por hábito ou tradição familiar ou cultural.

Existe por vezes a ideia de que a Macrobiótica e o vegetarianismo se regem pelos mesmos princípios, o que não é verdade - o regime macrobiótico, sendo predominantemente de origem vegetal, não é necessariamente vegetariano, pois o uso de produtos animais (principalmente peixe) é aceitável.

Os seus seguidores consideram-na uma alimentação adequada ao meio ambiente, acompanhando o ritmo das estações do ano e respeitando a evolução físico-psíquica e biológica de cada um, bem como o seu próprio nível de discernimento.

Os cereais integrais, particularmente o arroz, os vegetais, as leguminosas e algas marinhas são os alimentos básicos da cozinha macrobiótica, obedecendo a sua preparação ao princípio universal Yin-Yang, adequado ao equilíbrio do Homem-Natureza e ao ritmo das estações. Outros alimentos, tais como as frutas e produtos animais, são incluídos em maior ou menor quantidade consoante a época do ano, clima, circunstância e condição ou atividade individuais. Do ponto de vista nutricional a dieta macrobiótica, nos seus princípios básicos e em níveis pouco avançados, apresenta benefícios inegáveis para a saúde. Por ser pobre em calorias e gorduras saturadas e rica em fibras pode ajudar a reduzir o risco de obesidade, colesterol elevado, hipertensão arterial, diabetes, prisão de ventre e, provavelmente, alguns tipos de cancro.

No entanto, à medida que se eliminam determinados alimentos (leite e derivados, leguminosas, produtos derivados da soja e frutas), as carências podem tornar-se graves.

Vegetariano é alguém que se alimenta basicamente de grãos, sementes, vegetais, cereais e frutas, com ou sem o uso de laticínios e ovos. Os vegetarianos excluem o uso de todas as carnes animais, incluindo o peixe e frango, embora sejam correntes algumas definições mais flexíveis, como semi – vegetariano (lacto – ovo – vegetarianos, lacto – vegetarianos, piko – vegetariano (peixe ou marisco).

Vegan é alguém que exclui da sua dieta carnes, laticínios, ovos, mel e quaisquer outros alimentos de origem animal. Consomem basicamente cereais, fruta, legumes, vegetais, hortaliças, algas, cogumelos. Neste tipo de alimentação pode ocorrer carência de cálcio, ferro, zinco, vitamina D, Vitamina B12 e ómega -3.

Para as mães que amamentam recomenda-se um suplemento de vitamina B12, pois existem riscos comprovados de compromisso cognitivo do lactente, pelo que se recomenda ou o suplemento vitamínico ou a ingestão semanal de peixe e produtos lácteos.

Recomendações para a introdução de alimentos na dieta vegetariana, para lactentes até aos 12 meses^{8,9} (Tabela 3):

⁸ MARCELINO, J. Dietas Vegetarianas em Crianças e Adolescentes in Nutrição Pediátrica. Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria. Lisboa. 2005. Depósito Legal: 231902/05.

Tabela 3 - Introdução de alimentos na dieta vegetariana

Idade	Alimentos introduzidos
4 meses	Papa de arroz / Milho (Maizena) / Tapioca, enriquecida com ferro Sopa com: Batata Batata – doce Cenoura Ervilhas Feijão verde Fruta: Banana Pera Pêssego Bolachas de arroz / milho
6 meses	Papa aveia, centeio, trigo, e misturar com frutas, vegetais ou na sopa (lentilhas sem casca (cor-de-laranja, tronchuda, penca, vagem) Tofu, soja fina, cuscuz, na sopa Pão Fruta: alperce ou frutos secos cozidos que não tenham casca rija - ameixa, tâmara
7/8 meses	Feijões Tofu logurte de soja Farinha de pau, açorda, massa, puré de batata e/ou beterraba Arroz integral, o bulgur e o millet, levedura de cerveja ou gérmen de trigo misturado nas sopas ou papas.
12 meses	Dieta familiar: Citrinos e frutos com grainhas (laranja, kiwi, tomate, morango, framboesa, amora, uva); seitan; leite de soja e outros leites vegetais (de arroz, aveia)

Importa neste momento relembrar as considerações da ESPGHAN¹⁰ quanto à introdução de alimentos:

- A Alimentação complementar (sólidos ou líquidos exceto leite materno ou artificial), não deve ser introduzida antes das 17 semanas nem depois das 26 semanas;
- Não há evidência científica que o evitar ou atrasar a introdução de alimentos potencialmente alergénicos, reduza alergias, sejam crianças de risco acrescido ou não;
- O leite de vaca integral não deve ser introduzido antes dos meses e é uma fonte pobre em ferro;

- É prudente evitar a introdução do glúten antes dos 4 meses e depois dos 7 meses;
- Numa criança amamentada, 90% das necessidades de ferro são encontradas na alimentação complementar;
- As crianças que recebem alimentação vegetariana devem receber pelo menos 500 ml de leite materno ou leite de fórmula;
- As crianças não devem ter uma dieta vegetariana.
- Na população imigrante com mais peso em Portugal, a comunidade brasileira tem tido um forte impacto visível pelos inúmeros restaurantes que têm surgido um pouco por todo o lado.

Alimentação Judaica¹¹

No que diz respeito à comida, ela pode ser considerada não *kasher* por diferentes motivos, que incluem desde as espécies envolvidas (como por exemplo, a proibição do consumo de carne suína) à forma com que o alimento é processado (a mistura de leite e carne ou o abatimento de modo impróprio do animal consumido, principalmente, no que diz respeito à interdição em ingerir sangue animal), ou questões relativas ao tempo (como a ingestão de alimentos cozinhados no sábado).

As leis do “kashrut” são referentes aos hábitos alimentícios dos judeus, apenas peixes que possuam escamas e barbatanas podem ser consumidos.

Outra característica das leis do “kashrut” é que não se deve misturar carne e leite. A razão para isto está no *Tanach*, pois esta afirma que “não se deve cozinhar uma criança no leite de sua mãe”, e por isso concluiu-se que misturar leite e carne seria violar as leis do “kashrut”.

A fim de não misturar os alimentos a base de carne e os à base de leite, não se deve usar a mesma louça para servir refeição a base de leite e a base de carne. Entre estes produtos deve distanciar 6 horas.

Alguns judeus ultra-ortodoxos só bebem leite que teve durante sua ordenha e seu engarrafamento um judeu presente para assegurar que não houve mistura de leite de um animal *kosher* com um não *kosher* (palavra derivada de *kasher*, em hebraico, que significa “bom”, “próprio”, “justo” e “correto”).

Para uma carne se tornar *kosher*, ela deve, após ter sido morta num ritual judeu, ter todo o sangue retirado.

Quanto às aves não existem restrições. Apenas não se pode utilizar água quente para retirar as penas pois a água quente coagula o sangue.

É estritamente proibido comer ou beber qualquer coisa que contenha minhocas ou ácaros.

A água consumida deve ser filtrada mediante uma tela de fina filigrana, capaz de excluir o menor inseto.

¹¹ <http://www.beitIsrael.org/?p=320>

O vinagre que contém gusanos é inapto para ser usado, ainda que tenha sido filtrado, porque se acredita que o gusano menor do vinagre atravessará qualquer tela.

O Aconselhamento nesta área constitui-se por diversas etapas¹²:

Descoberta Inicial: esta fase influencia sobremaneira a condução do relacionamento entre cliente e nutricionista, pois caracteriza a formação do vínculo. Empatia, autenticidade, considerações positivas, incondicionalidade e concreção, são atributos importantes na qualidade do encontro.

O profissional deve, antes de tudo, saber ouvir e saber aceitar, criando um ambiente favorável para a construção de estratégias que favoreçam o desenvolvimento de ações pelo cliente.

Exploração em Profundidade: esta etapa deve, basicamente, servir para encorajar o cliente para a formação de *insight*, favorecendo uma condição de discernimento e tentativa de discussão sobre os problemas.

Preparação para a ação: este estágio pode causar certa ansiedade no cliente que não está acostumado a aventar estratégias próprias para solucionar seus problemas. Algumas barreiras devem ser rompidas, a fim de que o cliente tome decisões quanto a como realizar os objetivos e ações. A existência de um feedback autêntico, por meio de elogios, pode ser um elemento constitutivo da boa relação cliente-conselheiro. Esta modalidade de intervenção de educação nutricional, requer encontros frequentes para a execução efetiva das etapas de todo o processo. Exige ainda a garantia da privacidade do cliente, ou do grupo, como atributo ético no atendimento. Ressalta-se também que as habilidades e competências do aconselhador.

¹² RODRIGUES, Erika Marafon; SOARES, Fernanda Pardo de Toledo Piza and BOOG, Maria Cristina Faber. **Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional**. *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.1, pp. 119-128. ISSN 1415-5273.

Bibliografia

- Alimentação Infantil. 8º Congresso de Pediatria, Outubro 2007. Cedido pela Pediatra Dra Ariane Brand.
- ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary Feeding: A commentary by the ESPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 46:99- 110. 2008
- ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Kolestzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, Goudoever J. Complementary Feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46:99- 110
- <http://www.beitIsrael.org/?p=320>
- <http://www.centrovegetariano.org/Article-441-Como%20cuidar%20do%20beb%25E9%20vegetariano%253A%20Alimenta%25E7%25E3o%20Be%20higiene.html>
- <http://www.who.int/nutrition/databases/infant-feeding/en/index.html>.
- MARCELINO, J. Dietas Vegetarianas em Crianças e Adolescentes in *Nutrição Pediátrica. Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria. Lisboa. 2005. Depósito Legal: 231902/05.*
- OLIVEIRA, Gabriela, Alimentação Vegetariana para bebés e crianças, Ed. Arte Plural
- REGO, Carla. A diversificação Alimentar: Quando e Como? In Guerra A (ed.): *Alimentação e Nutrição nos Primeiros Anos de Vida. 7º Workshop Nestlé Nutrition. Pp73-97, Nestlé Nutrition Portugal © 2008.*
- RODRIGUES, Erika Marafon; SOARES, Fernanda Pardo de Toledo Piza and BOOG, Maria Cristina Faber. **Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional.** *Rev. Nutr.* [online]. 2005, vol.18, n.1, pp. 119-128. ISSN 1415-5273.
- SILVA, Aires da. Diversificação Alimentar - porquê, quando e como? In *Nutrição Pediátrica Princípios Básicos. Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria. Depósito legal: 231902/05. Pp 98-105*
- TOPEL, Marta F. AS LEIS DIETÉTICAS JUDAICAS: UM PRATO CHEIO PARA A ANTROPOLOGIA. *Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 9, n. 19, p. 203-222, julho de 2003.*
- WHO. *Guiding principles for feeding non-breastfeed children 6- 24 months of age* Geneva: World Health Organization, 2005

ANEXO V - TABELAS DE DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NO 1º ANO DE VIDA

Diversificação Alimentar dos 4 aos 24 meses de idade para crianças nascidas em Portugal.

Idade	Alimentos introduzidos
4 meses	Leite materno / Leite fórmula 1
5 meses	Caldo de legumes: base - cenoura / abobora e batata / batata-doce A cada 4-5 dias: alface, nabo, nabiça, agriões, alho francês, feijão verde, curgete, cebola. Fruta: maçã, pera, banana Papa sem gluten
6 meses	Leite materno / leite fórmula 2 Caldo de legumes com carne: peru, frango, borrego, vitela (\pm 30 gr) Massa / arroz Fruta: uva, papaia, melão, meloa Papa com glúten
9 meses	logurte 2 sopas / dia: ervilhas, feijões, lentilhas, espinafres Iniciar 2º prato esmagado
12 – 24 meses	Dieta Familiar: peixe, ovo, citrinos,... Leite Vaca

Fonte: 8º Congresso Nacional de Pediatria, Outubro 2007

Alimentação vegetariana no 1º ano de vida

Fontes: www.centrovegetariano.org e MARCELINO.J. Dietas Vegetarianas em Crianças e Adolescentes. Nutrição Básica. Princípios Básicos. Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria.Lisboa.2005.

Idade	Alimentos introduzidos
4 meses	<ul style="list-style-type: none">➤ Papa de arroz / Milho (Maizena) / Tapioca, enriquecida com ferro➤ Sopa com:<ul style="list-style-type: none">▪ Batata▪ Batata – doce▪ Cenoura▪ Ervilhas▪ Feijão verde➤ Fruta:<ul style="list-style-type: none">▪ Banana▪ Pera▪ Pêssego➤ Bolachas de arroz / milho
6 meses	<ul style="list-style-type: none">➤ Papa aveia, centeio, trigo, e misturar com frutas, vegetais ou na sopa (lentilhas sem casca (cor-de-laranja, tronchuda, penca, vagem)➤ Tofu, soja fina, cuscuz, na sopa➤ Pão➤ Fruta:<ul style="list-style-type: none">▪ alperce ou frutos secos cozidos que não tenham casca rija - ameixa, tâmara
7/8 meses	<ul style="list-style-type: none">➤ Feijões➤ Tofu➤ Iogurte de soja➤ Farinha de pau, açorda, massa, puré de batata e/ou beterraba➤ Arroz integral, o bulgur e o millet, levedura de cerveja ou gérmen de trigo misturado nas sopas ou papas.
12 meses	<ul style="list-style-type: none">➤ Dieta familiar: Citrinos e frutos com grãos (laranja, kiwi, tomate, morango, framboesa, amora, uva); seitan; leite de soja e outros leites vegetais (de arroz, aveia)

BRASIL

Fonte: Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília.2009

Idade	Alimentação
Até aos 6 meses	Leite materno exclusivo
Aos 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada (sopa), ovo, carne
Aos 7 meses	Segunda papa salgada
Após os 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Aos 12 meses	Comida da família

Diluição do leite integral em pó (Ninho® no Brasil é o Nido® em Portugal)

Brasil:

Diluição

Leite em pó integral:

1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida.

1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida.

2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.

Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

ANEXO VI - SESSÃO DE FORMAÇÃO: PRÁTICAS ALIMENTARES NO 1º ANO DE VIDA

CONVITE
SESSÃO DE FORMAÇÃO
“ Práticas Alimentares no 1º ano de vida”



Sala de Refeição
19 de Junho de 2012 – 15 horas

Conteúdo da Sessão

- Alimentação no 1º ano de vida - OMS
- Alimentação no 1º ano de vida – ESPGHAN
- Desenvolvimento infantil
- Diversificação Alimentar em Portugal

Vegetarianos:

- Diversificação Alimentar no 1º ano de vida

População Brasileira:

- Diversificação Alimentar no 1º ano de vida

Agradeço desde já a sua presença!

Cláudia Rainha

(Aluna Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e
Pediatría)

PLANO DA SESSÃO

Tema da Sessão	Práticas Diferentes no cuidar do 1º ano de vida
População-Alvo	Enfermeiros do HPP Cascais, da Área Materno - Infantil
Formadora	Cláudia Rainha (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria)
Objetivos	Promover o conhecimentos sobre diversificação alimentar no 1º ano de vida, na nacionalidade brasileira e cultura vegetariana, que são passíveis de aparecer nos serviços de pediatria, de forma a prestar cuidados eficientes e personalizados
Indicador de Avaliação	Que os formando considerem a formação pertinente e útil
Duração	30 Minutos

Sessão:



PRÁTICAS ALIMENTARES DA CRIANÇA NO 1º ANO DE VIDA

Cláudia Rainha – Mestranda nº 192011040

PORQUÊ ESTE TEMA?

- É sobretudo devido a diferenças culturais existentes que se podem criar incompatibilidades e até mesmo desenvolverem-se ideias estereotipadas e preconceitos perante determinados grupos étnico-culturais .

○ (SOARES, 2003).

ENFERMAGEM

- O enfermeiro assume assim o dever de identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente sensível, para cuidar de forma transcultural.
- Enfermagem Transcultural de Leininger:

Estudo comparativo e análise de culturas e subculturas → desenvolver conhecimento científico, para uma prática de cuidados de enfermagem universais

- O enfermeiro deverá adotar estratégias que respondam às necessidades culturais dos clientes. Assim é necessário que desenvolva competência cultural que lhe permitam prestar cuidados adequados aos utentes com diferentes culturas com que se depara ao longo da sua vida profissional. O desenvolvimento desta competência é um processo lento, exigindo que o enfermeiro mude o seu modo de pensar e de atuar

- (LILADAR, 1998).

DEFINIÇÃO ALIMENTAÇÃO – O.M.S

- Alimentação complementar segundo a OMS é o “período durante o qual outros alimentos líquidos ou sólidos são oferecidos para além do leite materno” no entanto segundo a ESPGHAN, Alimentação complementar são todos os alimentos sólidos ou líquidos para além do leite seja materno ou artificial.
- Segundo as recomendações da OMS o ideal é a criança ser amamentada até aos 6 meses em exclusivo, devendo iniciar a alimentação complementar entre os 4 a 6 meses, o mais próximo possível dos 6 meses, independentemente se a fonte láctea é materna ou fórmula

- <http://www.who.int/nutrition/databases/infant-feeding/en/index.html>.

CONSIDERAÇÕES DA ESPGHAN QUANTO À INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS

- A Alimentação complementar (sólidos ou líquidos exceto leite materno ou artificial), não deve ser introduzida antes das 17 semanas nem depois das 26 semanas;
- Não há evidencia científica que o evitar ou atrasar a introdução de alimentos potencialmente alergênicos, reduza alergias, sejam crianças de risco acrescido ou não;
- O leite de vaca integral não deve ser introduzido antes dos 12 meses e é uma fonte pobre em ferro;
- É prudente evitar a introdução do glúten antes dos 4 meses e depois dos 7 meses;

- Numa criança amamentada, 90% das necessidades de ferro são encontradas na alimentação complementar;
- As crianças que recebem alimentação vegetariana devem receber pelo menos 500 ml de leite materno ou leite de fórmula;
- As crianças não devem ter uma dieta vegetariana.

- ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary Feeding: A commentary by the ESPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 46:99- 110. 2008

- Este grupo de dez nacionalidades totaliza 79,78% da população estrangeira com permanência regular em Portugal (362.343 indivíduos).
- Em Portugal, o número de vegetarianos seja de 30000 (dados de 2007).
- Co-sleeping é uma opção cultural de 90% da população mundial.

○ Relatório de imigração serviço emigrantes e fronteiras 201056+ http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2010.pdf

Tabela 1 - Desenvolvimento e diversificação alimentar

0 – 4 meses	Reflexo da sucção e deglutição de líquidos. Reflexo da extrusão.
4 - 6 meses	Controlo muscular dos lábios para fechar a boca. Mobilidade antero – posterior da língua impulsionando e deglutindo os alimentos.
6 – 8 meses	Movimentos rítmicos mandibulares e de mastigação. Controlo da cabeça e do pescoço. Manifestação do desejo ou recusa de comer.
8 – 10 meses	Coordenação mão – boca e mastigação. Compreensão do uso da colher. Controlo manual e ocular que permite beber por copo. Fracionamento dos alimentos e sua deglutição.
10 – 12 meses	Capacidade de pinçar e agarrar os alimentos e levá-los à boca. Movimentos matigastórios rotativos. Tenta comer sozinha.

Tabela 2 - Introdução de Alimentos em Portugal 4-12 meses

Idade	Alimentos introduzidos
4 meses	Leite materno / Leite fórmula 1
5 meses	Caldo de legumes: base - cenoura / abobora e batata / batata-doce A cada 4-5 dias: alface, nabo, nabiça, agriões, alho francês, feijão verde, curgete, cebola. Fruta: maçã, pera, banana Papa sem glúten
6 meses	Leite materno / leite fórmula 2 Caldo de legumes com carne: peru, frango, borrego, vitela (\pm 30 gr) Massa / arroz Fruta: uva, papaia, melão, meloa Papa com glúten
9 meses	logurte 2 sopas / dia: ervilhas, feijões, lentilhas, espinafres Iniciar 2º prato esmagado
12 – 24 meses	Dieta Familiar: peixe, ovo, citrinos,... Leite Vaca

Surgem várias vezes quanto à utilização da água. A água é actualmente considerada um alimento, ocupando o lugar central da roda dos alimentos (FCNA-UP),

Aleitamento materno não existe necessidade de oferecer água ao lactente,

Aleitamento misto (leite materno e leite artificial) ou somente leite artificial deverá oferecer-se água num volume que pode variar entre os 100-200 ml podendo ir até aos 500 ml.

Quando se inicia a diversificação alimentar deve-se oferecer de forma regular ao longo do dia podendo chegar aos 1000 ml.

ALIMENTAÇÃO MACROBIÓTICA E VEGETARIANA

A orientação alimentar vegetariana, ocorre porque o indivíduo / grupo acredita ser a dieta mais saudável ou pode estar enquadrada numa opção de carácter religioso (Adventistas do 7º dia, Budistas, alguns Hindus), carácter filosófico (questões éticas como a morte de animais), carácter ecológico (impacto da criação animal para abate), por hábito ou tradição familiar ou cultural.

COZINHA MACROBIÓTICA

- Os cereais integrais, particularmente o arroz, os vegetais, as leguminosas e algas marinhas obedecendo a sua preparação ao princípio universal Yin-Yang, adequado ao equilíbrio do Homem-Natureza e ao ritmo das estações.
- Outros alimentos, tais como as frutas e produtos animais, são incluídos em maior ou menor quantidade consoante a época do ano, clima, circunstância e condição ou actividade individuais.

VEGETARIANOS

Vegetariano é alguém que se alimenta basicamente de grãos, sementes, vegetais, cereais e frutas, com ou sem o uso de laticínios e ovos. Os vegetarianos excluem o uso de todas as carnes animais, incluindo o peixe e frango, embora sejam correntes algumas definições mais flexíveis, como semi – vegetariano (lacto – ovo – vegetarianos, lacto – vegetarianos, pisco – vegetariano (peixe ou marisco)).

VEGETARIANOS

Vegan é alguém que exclui da sua dieta carnes, laticínios, ovos, mel e quaisquer outros alimentos de origem animal. Consomem basicamente cereais, fruta, legumes, vegetais, hortaliças, algas, cogumelos. Neste tipo de alimentação pode ocorrer carência de cálcio, ferro, zinco, vitamina D, Vitamina B12 e ómega -3.

Idade	Alimentos introduzidos
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> > Papa de arroz / Milho (Maizena) / Tapioca, enriquecida com ferro > Sopa com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Batata ▪ Batata – doce ▪ Cenoura ▪ Ervilhas ▪ Feijão verde > Fruta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Banana ▪ Pera ▪ Pêssego > Bolachas de arroz / milho
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> > Papa aveia, centeio, trigo, e misturar com frutas, vegetais ou na sopa (lentilhas sem casca (cor-de-laranja), tronchuda, penca, vagem) > Tofu, soja fina, cuscuz, na sopa > Pão > Fruta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ alperce ou frutos secos cozidos que não tenham casca rija - ameixa, tâmara
7/8 meses	<ul style="list-style-type: none"> > Feijões > Tofu > Iogurte de soja > Farinha de pau, açorda, massa, puré de batata e/ou beterraba > Arroz integral, o bulgur e o millet, levedura de cerveja ou germen de trigo misturado nas sopas ou papas.
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> > Dieta familiar: Citrinos e frutos com grainhas (laranja, kiwi, tomate, morango, framboesa, amora, uva); seitan; leite de soja e outros leites vegetais (de arroz, aveia)

BRASIL

Esquema para crianças amamentadas

Idade	Alimentação
Até aos 6 meses	Leite materno exclusivo
Aos 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada (sopa), ovo, carne
Aos 7 meses	Segunda papa salgada
Após os 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Aos 12 meses	Comida da família

BRASIL

Esquema para crianças não amamentadas

4 meses	4 -8 meses	Maiores de 8 meses
Alimentação láctea em 6 refeições	Leite + cereal ou Tubérculo (tapioca)	Leite + cereal ou tubérculo
	Papa salgada	Fruta
	Papa de fruta	Papa salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta ou pão
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família
	Leite + cereal ou tubérculo	Leite + cereal ou tubérculo

BRASIL

Leite em pó integral:

1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida.

1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida.

2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.

Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

De modo a que prevaleça o melhor
interesse da criança



OBRIGADA PELA ATENÇÃO !!!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tema: " Práticas Familiares no cuidar do 1º ano de vida"

Ação tipo : Atualização/ Aprendizagem

Duração: 30 minutos

Formadora: Cláudia Rainha

Coloque uma Cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, para cada uma das afirmações que se seguem

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Os objetivos da sessão foram atingidos				
Para a sua atividade profissional a formação foi útil				
Favoreceu a sua aquisição/ consolidação de conhecimentos				
A teoria foi relacionada com a prática				
A formação apresentou rigor técnico-científico				
Foram abordados todos os aspetos que considera importantes				

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

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

FORMADORA E METODOLOGIA	1	2	3	4
Domínio dos conteúdos apresentados				
Facilidade de transmissão de conhecimentos				
Capacidade de motivar e despertar interesse nos formandos				
Interação com o grupo				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
Gestão do tempo				

Avaliação da Sessão:

nº de participantes: 7

No Item "Apreciação Global" 7 participantes assinalaram "Concorda".

No item "Organização da Sessão de Formação" os 7 participantes assinalaram "concorda totalmente".

No item "Formadora e Metodologia os 7 participantes assinalaram "Bom".

Na avaliação desta sessão concluo que atingi os meus propósitos, dando a conhecer o trabalho efetuado, esperando que seja um contributo útil na prestação de cuidados de enfermagem a crianças/pais/familiares de outras orientações alimentares.

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que:

Participou na Sessão de Formação:
“Práticas Alimentares no 1º ano de vida”

Formadora: Cláudia Rainha (aluna curso mestrado enfermagem especialização saúde infantil e pediatria)

19 de Junho de 2012

ANEXO VII - JORNAL DE APRENDIZAGEM: MULTICULTURALIDADE



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

HPP Cascais – Dr José de
Almeida
Serviço de Pediatria

1º Jornal de Aprendizagem

Multiculturalidade



Regente do Estágio:
Enfª Margarida Lourenço
Orientadoras:
Enfª Tânia Almeida e
Enfª Filipa Sousa
Mestranda : Enfª Cláudia Rainha

Abril 2012

"Um **filho** é uma pergunta que se faz ao destino"
(PEMÁN, 1955, p.48)

NOTA INTRODUTÓRIA:

No âmbito da unidade curricular de Estágio, do CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, foi-nos proposta a elaboração de um Jornal de Aprendizagem.

A aprendizagem é um processo neural complexo, que leva à construção de memórias. Para Izaquierdo (1997), citado por FLEURY E FLEURY (2001)¹³ “*o indivíduo é exatamente aquilo de que se lembra; eu sou quem sou porque me lembro de quem sou, porque sei quem sou.*”, por isso é importante a experiência no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

A sua aquisição é feita, portanto, por meio da experiência (quando reflito sobre o que me surpreendeu, tomo consciência das diferentes componentes), ou seja, depois de vivenciar algo, se refletir, vou ter as ferramentas necessárias para aprender e desenvolver competências. Assim, compreende-se a importância dos Jornais de Aprendizagem que efetuámos ao longo destes 4 anos.

No entanto, esta experiência pode ocorrer e posteriormente refletir sobre ela (experiência à posteriori), ou a tomada de consciência ser efetuada antes de ser surpreendido pela minha vivência, como será o caso deste Jornal de Aprendizagem (experiência à priori), onde um determinado conjunto de situações me levaram a refletir sobre algo semelhante, no entanto mais extremo.

Sinto que assim estarei mais “preparada” e mais consciente do que posso fazer enquanto enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria para auxiliar o outro no seu processo evolutivo.

¹³ FLEURY, M.; FLEURY, A. – Construindo o Conceito de Competência. In: **Revista de Administração Contemporânea**. Brasil. ISSN 1415-6555. Edição especial, 2001. p. 183-196.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO – O que aconteceu?

Durante a passagem apercebi-me de que estava um lactente de 5 meses (J.B) internado por mastite à esquerda, este lactente é o primeiro filho de pais guineenses, em processo de imigração recente.

Como não me foram atribuídos utentes, estive a observar este lactente e a sua mãe.

Ressaltou-me logo a maneira como esta mãe manipulava a criança, parecia estar a manipular um qualquer objeto, friamente mobilizava-o, colocando-o à mama sempre que a criança chorava, não tirando os olhos da televisão.

Uns minutos mais tarde, dirigiu-se ao balcão de enfermagem e pediu-me informações sobre o pequeno-almoço, ao que lhe forneci a informação e uma senha para poder tomar o pequeno – almoço, gratuitamente na cafetaria do Hospital.

Mais tarde, informei que deveríamos proceder aos cuidados de higiene da criança, desajeitadamente despiu a criança e colocou no parapeito da banheira, hesitando em colocá-la dentro da banheira, parecia não ter experiência em dar banho à criança, sendo necessário intervir-mos frequentemente.

Colocámos um creme emoliente pois a pele apresentava-se muito seca e ajudámos a vestir um body lavado.

Este lactente alimenta-se de leite materno, no entanto já foi introduzida a sopa e fruta, embora a mãe tenha obtido a esta informação junto de profissionais de saúde, já que em conversas anteriores afirmou não recorrer aos cuidados de saúde primários, também não quis divulgar a fonte da informação relativa à alimentação do J.B. Parece haver desejo desta em introduzir alimentação diversificada, já que recorre várias vezes à enfermeira referindo que o J.B tem fome e que não tem leite materno, o que se provou ser errado pois ao retirarmos leite com bomba verificámos o contrário.

A campainha da porta tocou, perguntei pelo telefone que era e do outro lado responderam-me “visita”, era o pai.

Minutos depois a mãe foi chamar-me “a maldade está a sair enfermeira”, dirigi-me à criança, a mastite tinha começado a drenar espontaneamente e em abundante quantidade.

PENSAMENTOS E SENTIMENTOS – O que estou a pensar e a sentir?

Esta mãe e este pai imigraram para um país de hábitos diferentes aos deles, e estão a passar por um processo de diversas dificuldades em especial, relacionais e económicas. Sinto necessidade de intervir mais, ensinando, informando, instruindo, mas tenho receio de que julguem que os considero incapazes de cuidar do seu filho, ou que descrimine a sua cultura.

Achei bizarro a expressão da mãe ao referir-se à drenagem do exsudado da mastite.

Achei estranho o pai apresentar-se como visita e não como o Pai do J.B.

AVALIAÇÃO – O que foi bom e mau nesta experiência?

O lado positivo foi que esta experiência fez-me refletir sobre multiculturalidade, o lado negativo foi sentir não ter conhecimentos básicos sobre a cultura Guineense, mas conhecer todas as

culturas do mundo não é exequível em curto espaço de tempo, por isso resolvi pesquisar sobre os povos com mais reflexo em Portugal.

O lado mau, foi verificar o desinteresse da equipa de enfermagem e da equipa médica em conhecer o fator cultural associado a esta família, dirigindo a seu pensamento no facto de serem imigrantes ilegais.

Também Leininger, in TOMEY e ALLIGOOD (2004)¹⁴, se preocupou com esta temática, nos anos 50, enquanto trabalhava num lar de orientação de crianças, e também concluiu que poucos membros da equipa se preocupavam com o fator cultural.

ANÁLISE - Que sentido posso encontrar no que se passou?

A Enfermagem é uma ciência que requer compreensão e aplicação de conhecimentos e saberes próprios da disciplina, no entanto é também uma ciência que “vai beber” a outras ciências, tais como sociologia, antropologia, psicologia, medicina e ciências biológicas.

É imprescindível que o enfermeiro possua conhecimentos para além dos próprios da sua ciência de modo a personalizar cuidados e a evitar fazer julgamentos de valor, por estes motivos, saber lidar com a diversidade cultural é no meu entender uma exigência na qualidade da prestação de cuidados.

Para auxiliar os profissionais de saúde e, nomeadamente, os enfermeiros, que são os que passam a maior parte do tempo com os pais e crianças, quer no meio hospitalar, quer ao nível do centro de saúde, Spall e Callis (1997) e Marshak, Seligman e Prezant (1999) estabeleceram umas orientações que, segundo FONSECA E CANAVARRO (2010)¹⁵ deverão ser seguidas:

- “1) preparar os pais para informação que vão receber,
- 2) dar, de forma honesta mas empática, a informação chave sobre o diagnóstico,
- 3) dar a possibilidade, aos pais, de expressarem as suas opiniões e emoções sem receio de rejeição
- 4) procurar obter feedback do que foi compreendido pelos pais acerca do diagnóstico,
- 5) mostrar disponibilidade para responder a todas as questões colocadas pelos pais, numa postura de aceitação e compreensão das suas dúvidas.”

No fundo, se observarmos e pensarmos sobre estes 5 passos, estamos perante as regras básicas da comunicação que o enfermeiro deve estabelecer com o outro, informar de forma empática, esclarecer dúvidas e, ter a certeza que a mensagem foi corretamente recebida, ao mesmo tempo que se incentiva à expressão de sentimentos com uma postura de aceitação e compreensão da situação.

O HPP Cascais está neste momento em processo de acreditação pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, que entre várias competências, consigna a competência cultural no processo de avaliação das instituições de saúde

¹⁴ TOMEY, A., ALLIGOOD, M. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. Lusociência. 2004, pp 563-586

¹⁵ FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C.- Reações Parentais ao Diagnóstico Perinatal de Anomalia Congénita do Bebê Implicações para a Intervenção dos Profissionais de Saúde. Revista: Psicologia, Saúde & Doenças, Volume 11, Nº2, 2010, pp.283-297

CONCLUSÃO – O que fiz/ não fiz e que mais poderia ter feito?

Senti uma lacuna nos meus conhecimentos, se tivesse conhecimentos sobre a cultura guineense provavelmente teria mais competências para cuidar desta criança e sua família. Por outro lado, conhecer todas as culturas será exequível? Vivemos num país com um grande número de imigrantes, segundo o SEF¹⁶, As nacionalidades de estrangeiros residentes mais representativas em Portugal são o Brasil (26,81%), Ucrânia (11,12%), Cabo Verde (9,88%), Roménia (8,27%) e Angola (5,28%). A Guiné-Bissau (4,45%), Reino Unido (3,86%), China (3,53%), Moldávia (3,51%) e São Tomé e Príncipe (2,36%) constituem igualmente comunidades de dimensão assinalável a residir em território nacional. Este grupo de dez nacionalidades totaliza 79,78% da população estrangeira com permanência regular em Portugal (362.343 indivíduos).

PLANEAR A ACÇÃO - O que irei fazer de futuro e/ ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro.

A multiculturalidade é um tema que sinto ter um peso importante para o meu desenvolvimento profissional, por este motivo comprometo-me a desenvolver este tema e a divulgar os meus resultados. Como a alimentação é um tema que me é marcante, proponho-me a estudar a alimentação infantil dos 0 aos 12 meses num contexto de multiculturalidade.

A alimentação é uma característica de uma cultura, e a culinária uma das últimas uma das últimas partes da cultura a ser esquecida¹⁷.

Segundo um periódico *online*¹⁸ da Guiné Bissau de Fevereiro de 2011, Trinta e oito por cento das crianças da Guiné-Bissau sofrem de má nutrição, segundo este site, Há uma grande falta de informação das populações sobre a forma correta de alimentação. A Guiné-Bissau até tem produtos suficientes para uma boa alimentação, mas o que acontece é que existe uma alimentação sem regras ou descuidada o que acaba por levar a má nutrição. "Até aos seis meses, a criança apenas deve tomar o peito da mãe, mas a nossa gente dá água e até o 'badadji' (uma espécie de sopa doce feita à base de arroz ou milho), o que é errado", assinalou Ivone Moreira (diretora dos serviços de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde).

No panorama mundial, a Guiné Bissau ocupa o 162º lugar na taxa de mortalidade infantil, registando-se cerca de 96 mortes por mil nascimentos¹⁹, enquanto Portugal que ocupa o 15º lugar tem uma taxa de 4.65 mortes por mil nascimentos.

Temos de nos pôr no lugar do outro e junto com a sua história de vida, fazer o que aquela pessoa precisa e gostaria de receber. Devemos, todos os dias, lembrarmo-nos de que o que

¹⁶ Relatório de imigração serviço emigrantes e fronteiras 201056+ http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2010.pdf

¹⁷ NADALINI, A. ALIMENTAÇÃO E MITOS NAS RELIGÕES DE MATRIZ AFRICANA NA CURITIBA ATUAL. Disponível online : <http://www.cj.uenp.edu.br/ch/anpuh/textos/052.pdf>, acedido em 17.05.2012.

¹⁸ <http://novasdaguinebissau.blogspot.pt/2011/02/manutricao-infantil-afecta-38-das.html>, acedido em 17.05.2012

¹⁹ <http://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=29&r=af&l=pt>, acedido em 17.05.2012

para nós é bom, para o outro pode ser mau, e o que para mim é normal, para o outro pode ser o “fim do mundo”.

Como profissionais de saúde, também não podemos esquecer o facto que Portugal é também um país de emigrantes, registando-se um aumento nestes últimos anos.

Considero que poderei estar mais capacitada para lidar de futuro com a forma como posso trabalhar este processo de mudança com os pais e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS:

- ABREU, W. **Transições e contextos multiculturais**. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Formasau. Coimbra. 2008. ISBN:9789728485962
- FLEURY, M.; FLEURY, A. – Construindo o Conceito de Competência. In: **Revista de Administração Contemporânea**. Brasil. Edição especial, 2001. p. 183-196. ISSN 1415-6555
- FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C.- Reações Parentais ao Diagnóstico Perinatal de Anomalia Congénita do Bebê Implicações para a Intervenção dos Profissionais de Saúde. Revista: Psicologia, Saúde , Doenças, Volume 11, Nº2, 2010, pp.283-297.
- FRANCO, V. (). **A inclusão começa em casa**. In D. RODRIGUES. Educação Inclusiva – Dos conceitos às práticas de formação. Instituto Piaget, pp. 157-170.Lisboa. 2011
- NADALINI, A. **ALIMENTAÇÃO E MITOS NAS RELIGIÕES DE MATRIZ AFRICANA NA CURITIBA ATUAL**. Disponível online : <http://www.cj.uenp.edu.br/ch/anpuh/textos/052.pdf>, acedido em 17.05.2012.
- PEMÁN, J.M. (1955) **Antologia (de Poesia Lírica)**. Argentina: Espasa-Calpe.
- SAÚDE PUBLICA (2011) – **Saúde Infantil**. Sintra: EuroImpala. ISBN 978-989-24-0220-8.

Imagem da capa retirada da internet em: www.pragmatismopolitico.com.br

ANEXO VIII - SESSÃO DE FORMAÇÃO (INFORMAL): O CO-SLEEPING



CO - SLEEPING

CLÁUDIA RAINHA ALUNA Nº 192011040

*Curso Mestrado Enfermagem Especialização
Saúde Infantil E Pediatria)*

Objetivos:

- Desmistificar o Co- sleeping
- Promover a amamentação, prevenindo simultaneamente acidentes

CO - SLEEPING

- Prática familiar que existe mas é pouco falada
- Quando referida é estigmatizada
- O silêncio pode ser resultar num final infeliz

Idealismo vs realismo

- Os Pais seguem as indicações fornecidas ?

– É necessário que a Enfermagem tenha:

–Atitude preventiva

–Flexibilidade

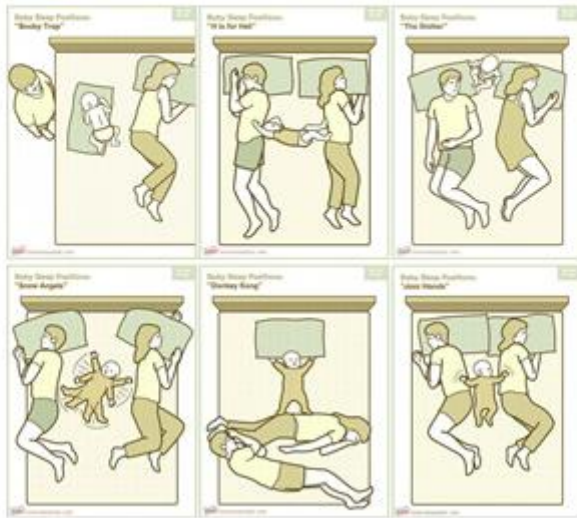
–Negociação

Co - sleeping

- UNICEF UK Baby Friendly Initiative com a Foundation for the Study of Infant Deaths:
 - Partilhar a cama com o seu bebé. Um guia para mães que amamentam
- Trazer o bebé para a sua cama, significa amamentar em conforto.
- Este pode ser um motivo, pelo qual as mães que partilham a cama com o bebé têm tendência a amamentar durante mais tempo, comparativamente com as que não o fazem



Mas nem 8 nem 80.....



**De modo a que prevaleça o melhor interesse da
criança**

FIM.

ANEXO IX - PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DE FARDA PARA ENFERMEIROS DE SAÚDE INFANTIL



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

Proposta de implementação de farda para Enfermeiros de Saúde Infantil

A Terrível Bata Branca



Mestranda: Enf^a. Cláudia Rainha
Enf^a Orientadoras: Enf^a Tania Martins
e Enf^a Filipa Sousa
Docente Orientador: Prof. Margarida

Maio, 2012

“Pôr o pingo na boneca ou colocar a máscara na cara do ursinho, não só torna a experiência assustadora mais leve como pode ajudar a criança a expandir os seus próprios sentimentos de frustração ou de raiva.”

(CORNEY, 2000, p.25)

No âmbito do módulo II da unidade curricular Estágio do Curso de mestrado em Enfermagem na Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer no Hospital Dr. José de Almeida em Cascais, no serviço de Pediatria (consultas externas e internamento), foi-me sugerida a elaboração de uma “Proposta de implementação de farda de enfermagem” adaptada aos cuidados prestados às crianças.

Este documento tem pertinência nesta fase, pois encontra-se aberta a possibilidade da aquisição de novo fardamento pela instituição, e pela existência de estudos que evidenciam os benefícios de uma farda adequada à faixa etária.

A “síndrome de bata branca”, é muito frequente e bastante estudada nos adultos, faixa etária onde também é chamada de “hipertensão da bata branca” onde “os pacientes apresentam uma subida da pressão arterial no consultório médico e uma pressão arterial normal fora deste contexto” (BERTOQUIM, RIBEIRO E POLÓNIA, 2008, p.66). No entanto, se os próprios adultos que têm consciência concreta do que é uma consulta médica e de enfermagem, uma criança, uma vez que tem uma “menor capacidade de pensar no evento na sua globalidade” (ALLEN E MAROTZ, 2003)²⁰ acaba por generalizar uma experiência para todas as outras que tenham alguma semelhança, nomeadamente o tipo de fonte causadora de stress, neste caso uma consulta de enfermagem.

“A síndrome da bata branca consiste num conjunto de reações na criança (também acontece no adulto, embora raramente) perante um adulto (médica /o ou enfermeira/o) fardado de branco, que se podem manifestar por agitação excessiva, choro compulsivo, medo e muita gritaria, podendo até atingir autênticas manifestações fóbicas, que devem ser orientadas por pedopsiquiatras. Estas reações tendem a piorar quando a criança já sofreu vivências consideradas negativas (por exemplo: vários internamentos que, por vários motivos, considerou dolorosos). A criança associa a imagem da "bata branca" às situações que não lhes foram gratas, como a administração de injeções ou exames dolorosos que lhes foram efetuados durante esses internamentos hospitalares ou deslocações aos centros de saúde.”

(SILVESTRE, 2007)²¹

No 2º ano de vida, as crianças são ainda muito centradas em si mesmas, ainda não desenvolveram habilidades suficientes de linguagem para expressar os seus sentimentos e desejos e comunicam maioritariamente com as mãos. Por esta razão, entende-se que algumas das características da síndrome da bata branca são agitação excessiva, choro compulsivo, manifestações de fobia, gritos e medo. Nestas idades, estes medos são sempre mais exacerbados porque as crianças são incapazes de diferenciar o real da fantasia, estão na fase do concreto, conferindo qualidades humanas aos objetos. Uma vez que alguns exemplos de comportamentos que revelam stress por parte da criança são: chorar, mãos suadas, fugir, explosão de raiva, acidentes de perda de urina, rejeição de estranhos (atacando e pontapeando, podendo mesmo morder os profissionais de saúde) e busca dos pais (esticando

²⁰ Acedido em: <http://ceep.crc.uiuc.edu/eeearchive/digests/2002/jewett02.html> em 8.4.2012

²¹ Acedido em: <http://criancices.blogspot.pt/2007/02/o-sndrome-da-bata-branca-nas-crianas.html> em 8.4.2012

os braços para eles). Assim podemos compreender como a síndrome de bata branca constitui um momento de stress para a criança.

Tendo em conta que para as crianças em idades dos toddlers os seus medos e stresses têm uma capacidade cumulativa, não nos podemos esquecer dos restantes fatores de stress existentes numa consulta de saúde infantil.

O toddler, encara o **ambiente** como um fator de stress, uma vez que os objetos das consultas são por ele fantasiados como objetos maus, por exemplo, uma fita métrica para a avaliação do perímetro cefálico, pode ser vivenciado como algo que lhe vai cortar a cabeça. Outro fator de stress é, sem dúvida, a **restrição física**, e por vezes para alguns procedimentos, como para a avaliação do comprimento, embora mínima, existe sempre alguma contenção corporal da criança para que seja efetuada uma correta avaliação. Por fim, nós, profissionais de saúde, constituímos-nos como estranhos e **desconhecidos** para as crianças, o que se estabelece como outro fator de stress para aquela criança. Todos estes fatores são para o toddler significado de perda de controlo sobre si mesmo e sobre a situação, o que para alguém com características egocêntricas, se configura problemático.

A comunicação em pediatria, funciona enquanto processo triangular e temos de ter em conta:

- As vivências dos enfermeiros, os enfermeiros devem ter “empatia emocional e identificação com a vivência do cliente” em “situações de stress intenso” (Paula Diogo, 2006)
- As vivências dos pais, que, nesta situação, se mostraram experientes na medida em que ao saberem como a criança se iria comportar, colaboraram e mantiveram-se cooperantes durante toda a consulta.
- As vivências das crianças/jovens, uma experiência traumatizante anterior.

Em pediatria, para além da relação triangular que se estabelece, outro fator fundamental para uma boa relação entre a criança e as consultas de enfermagem e médicas é o ambiente, terapêutico e seguro. Este ambiente caracteriza-se por:

- Acompanhamento dos pais e/ou pessoa significativa,
- Equipa de enfermagem utilizar fardas coloridas e com bonecos
- Estar em sintonia com o mundo infantil: o ambiente físico deve conter pinturas coloridas como bonecos nas paredes, figuras do imaginário e personagens de contos de fadas, brinquedos.

Por ser um problema que se verifica em alguns contextos hospitalares e consultas de saúde infantil em determinados centros de saúde de Portugal, à semelhança de outros países do mundo, têm-se vindo a adotar medidas que visam combater a “síndrome da bata branca”. Eis alguns projetos:



SILVA (2010) refere que os pais também podem ajudar, ao exagerar no consolo transmite-se insegurança, portanto deve-se equilibrar os sentimentos e demonstrar segurança, ajudando assim a criança a superar os seus receios.

No entanto, e apesar de “As crianças que são bem preparadas toleram muito melhor as situações desagradáveis “ (CORNEY, 2000, p.25), o papel do enfermeiro, e a imagem que este transmite é de absoluta importância, tornando-se pertinente que em momento oportuno a farda dos enfermeiros possa transmitir cor e alegria, ajudando assim a desmistificar o um dos “papões” tradicionais das crianças que veste de bata branca, um “papão” chamado Enfermeiro. Concluo a minha moção, referindo PEREIRA (2010), que concluíram no seu estudo que a atividade de brincar é um instrumento terapêutico pois favorece o bem- estar das crianças e contribui assim para resultados terapêuticos.

Espero que na nova aquisição de fardamento esta minha proposta seja ponderada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BERTOQUINI, S., PAIS-RIBEIRO, J., POLÓNIA, J. (2008) - Hipertensão de bata branca e factores psicológicos. Aspectos teóricos. Psicologia, Saúde , Doenças, 9 (suplemento), pp.66 [Abst.]
- CORNEY, R. (2000) - O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina. 2ª Edição Climepsi Editores. Lisboa.
- GOMES, A. (2006) – Medo da Bata Branca. XIS Publico Editado em 15–04–2006. pp.22-23.
- GOMES, F. - Projecto Bata Branca ajuda crianças a perder medo de ir ao médico.in oesteonline. Edição de 19-06-2008.:Disponível online:
<http://www.oesteonline.pt/noticias/noticia.asp?nid=19268> Acedido em 6 de Maio de 2012
- JORNAL DE NOTICIAS - Hospital do Ursinho para vencer medo da bata branca. Publicado a 25–04–2012.: Disponível online em:
http://www.jn.pt/Paginalnicial/Interior.aspx?content_id=935686 Acedido em 7 de Maio de 2012
- PEREIRA [et al.] Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Atividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. Revista Pensar enfermagem. Número: 2, Volume: 15 2º Semestre de 2011. Disponível online em
[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf), acedido em 6 de maio de 2012
- SILVA, J. E. C. (2010) Intervenções do Enfermeiro para reduzir o medo das crianças Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde. Porto. Disponível online em:
http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2670/3/T_18503.pdf Acedido em: 8 de Maio de 2012
- SILVESTRE, Rosa - O Síndrome da bata branca nas crianças... – Disponível online:
<http://criancices.blogspot.pt/2007/02/o-sndrome-da-bata-branca-nas-crianas.html>
Acedido em 7 de Maio de 2012

Imagens retiradas da bibliografia supracitadas e diferentes sites do motor de busca Google.

ANEXO X – ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO – “ALIMENTAÇÃO INFANTIL – HISTÓRIAS DA HISTÓRIA”

Alimentação Infantil – Histórias da História

Infant Feeding - Stories Of History

Enfermeira Cláudia D'Arbuez Rainha, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica, I.C.S. – Sintra, claudiarbuez@gmail.com, telem. Telemóvel.916135833

Margarida Lourenço. Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Professor adjunto do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, margaridalourenco@ics.lisboa.ucp.pt. Telemóvel. 917824314

Resumo: Compreender a História é sublimar os contributos para a saúde. O aleitamento materno e a alimentação complementar são um fenómeno sócio histórico, com repercussões na prática cultural e, não somente no plano biológico. Na segunda metade do século XX assistiu-se à implementação de estratégias que reconhecem a importância da prevenção e promoção da saúde materno-infantil. O enfermeiro tem um papel predominante na promoção de saúde, educação e aconselhamento aos cuidadores.

Palavras-chave: amamentação, desmame, alimentação, mortalidade infantil

Abstrat: Understeing history is sublime contributions to health. Breastfeeding e complementary feeding is a phenomenon social history, with repercussions on the cultural practice e not only on the biological level. The second half of the twentieth century has seen the implementation of strategies that recognize the importance of prevention e promotion of maternal e child health. the nurse has a predominant role in promoting health, education e counseling to caregivers.

Key words: breastfeeding, weaning, feed, infant mortality

INTRODUÇÃO

Na realização deste artigo foi efetuada revisão bibliográfica como metodologia de trabalho, tendo usado como fontes, pesquisas em livros, artigos de revistas científicas, dissertações, pesquisas na biblioteca online B-on, e no motor de busca Google académico. Os textos escolhidos para análise incluem dados históricos, sociais e culturais relacionados com a alimentação infantil, aleitamento materno, desmame e mortalidade infantil. O artigo foi orientado por uma ordem cronológica.

É importante situar o aleitamento materno e a alimentação complementar infantil como um fenómeno sócio histórico, com repercussões na prática cultural e, não somente no plano biológico. Julgo ser oportuno retratar os diversos períodos da história da humanidade, de modo a evidenciar os diferentes sentidos atribuídos. Compreendendo a nossa História principalmente nos últimos 30-40 anos, melhor analisamos as conquistas em saúde e implicações na saúde das crianças.

Em 2011, a mortalidade infantil na Europa foi de 5,61 mortes/1.000 nascimentos e em Portugal 4,66 mortes/1.000 nascimentos (www.indexmundi.com), mas no início do primeiro milénio estima-se que a mortalidade infantil era de 50%, na Idade Média 1/3 das crianças perecia antes dos 12 meses de vida (OLIVEIRA, 2007). Em Portugal na década de 60, a mortalidade infantil era de 77,5 ‰ (REMOALDO, 2005) constituindo o score mais elevado do grupo de quinze países que faziam parte, até há pouco tempo atrás, a União Europeia.

AS HISTÓRIAS

Na Bíblia Sagrada, no Velho Testamento, podemos ler relatada a história de Moisés (Exodo1:15 a 2:10) que os egípcios procuravam amas hebraicas para garantir a sobrevivência das crianças afastadas de suas mães. Outra referência sugere o tempo que durava a amamentação. Em 1000 a.C., em I Samuel 1:22-24, Samuel foi levado para viver com o sacerdote Eli só aos 3 anos, após ter sido desmamado (ALMEIDA, 1960).

Também o Sagrado Alcorão refere este tema, a Lei de Deus manda as mulheres amamentarem os seus filhos até aos 2 anos, no caso de não o desejarem podem recorrer a uma ama desde que lhe paguem um salário previamente estipulado (www.islamhouse.com).

No início da Era Cristã (aproximadamente entre 70 d.C. e 200 d.C.), os primeiros textos romanos, escritos por Sorano e Galeno, médicos gregos residentes em Roma, descrevem os cuidados às crianças. O primeiro alimento fornecido era mel ou mel e leite de vaca, o aleitamento iniciava-se ao 2º dia por uma ama e ao 20º dia pela mãe (desprezava-se o colostro), a alimentação complementar iniciava-se ou no 40º dia ou aos 6 meses ou após o 1º dente, o desmame acontecia entre os 18 - 24 meses ou mais tarde aos 3 anos. A alimentação complementar baseava-se em cereais, pão com leite ou com vinho, ovo, vegetais e carne. Estima-se que a mortalidade infantil era de 50%, o que implicava que cada mulher deveria ter pelo menos 5 filhos para assegurar a renovação da população (MORO e MESQUITA, 2011).

No período 980-1036 d.C. Avicena (médico) defendia que a criança fosse amamentada pelo maior tempo possível, pois considerava que era o mais correto para o crescimento e desenvolvimento (CASTILHO e BARROS FILHO, 2010).

Na Idade Média (aproximadamente entre 476 e 1453), a taxa de mortalidade infantil era grande, estima-se que 1/3 das crianças morria antes dos 12 meses de vida. A saúde era tratada com desleixo e quase sempre designavam a doença como castigo divino. (OLIVEIRA, 2007)

A alimentação nesta época era de uma maneira geral pobre, consistia em 2 refeições principais, o jantar entre as 10-11h da manhã e a ceia entre as 18-19h. A base era carne, embora o peixe também pudesse ser consumido, principalmente nos dias imputados pela Igreja. As hortaliças e os legumes não eram apreciados pelas classes mais abastadas, mas o povo consumi-as frequentemente. Como o número de bebidas era limitado usava-se o vinho natural, cozido e temperado com água (MARQUES, 2010)

A mãe era a principal cuidadora, especialmente nas classes mais pobres, se esta morria ou adoecia, tentava-se encontrar uma ama de leite, se tal não fosse possível alimentava-se a criança com pão ou pano embebido em leite. Como a amamentação era uma prática incentivada pela Igreja, as mulheres das classes mais abastadas também amamentavam (SNELL,2009).

Em Portugal, na Idade Média, quando uma criança nascia, colocava-se mel na boca para estimular o apetite e estimular o reflexo de mamar, o desmame acontecia por volta dos 4 anos, "...seria pelo leite materno que se transmitiam os carismas e as virtudes de mãe..." (OLIVEIRA,

2010, pág.262). No desmame a criança era alimentada com papas de farinha e alimentos semilíquidos, introduzindo-se posteriormente papa de migalhas de pão, mel, leite e um pouco de vinho (julgava-se que o vinho era ideal para as diarreias). Por volta dos 2 anos de idade e fora das estações quentes (já que esta fase coincidia com o período de alta morbidade, provocada por febres, infeções dentárias e doenças gastrointestinais) aconselhava-se que a criança chuchasse e mastigasse bolas de farinha de sêmola com leite e açúcar, seguindo-se o peito de frango.

Na Idade Moderna (1453 – 1789), os conceitos sobre alimentação infantil começaram a mudar. Luís Almeida, um médico jesuíta, destacou-se em 1556 por implementar medidas para reduzir a mortalidade infantil, sendo a causa atribuída à alimentação deficiente (FRADA, 1989). As grandes mudanças surgiram em 1668 com a publicação de Mauriceau “The accomplisht midwife”. Nessa obra, definiram-se novas ideias sobre os cuidados com os recém-nascidos, baseados no empirismo, passaram a influenciar o conhecimento e deixando de lado as teorias de Avicena, Sorano e Galeno, que até então dominavam as recomendações médicas. As mudanças ocorreram principalmente em relação à alimentação de lactentes, cujas mães não tinham leite para amamentá-los. Papas e outros substitutos passaram a ser melhor aceites do que o uso de amas. O interesse pelo recém-nascido deu lugar ao binômio mãe-filho, e, posteriormente, o enfoque recaiu sobre o bem-estar da mãe (CASTILHO e BARROS FILHO, 2010).

O valor nutritivo das papas era razoável, sendo evidente apenas a deficiência de vitamina C devida ao baixo consumo de frutas e vegetais. Mas a partir do século XVII, houve um agravamento no teor nutricional dessas papas, com importante impacto na saúde das crianças, pois o leite animal e o caldo de carne foram gradativamente substituídos pela água. Outros ingredientes, como ovos, gemas, manteiga e gordura, importantes fontes de vitaminas A e D, proteínas, cálcio e ferro, também deixaram de fazer parte das receitas. As crianças passaram a apresentar raquitismo, cálculos renais e escorbuto. A contaminação de utensílios e alimentos, muitas vezes preparados com antecipação e requentados inúmeras vezes, também fez aumentar a incidência de tuberculose, brucelose e infeções gastrointestinais (CASTILHO e BARROS FILHO, 2010).

Em Inglaterra entre 1500 a 1700 as mulheres não amamentavam pois acreditavam que a amamentação as tornava mais velhas, na realidade a urbanização alterou o modo de vida das famílias que passaram a depender do poder monetário, a exploração da mão de obra com o pagamento de baixos salários obrigou as mulheres a trabalharem. As crianças eram deixadas em casa ou em instituições e precisavam ser alimentadas de alguma forma. Não havia mais amas disponíveis, pois estas podiam ganhar mais dinheiro se fossem trabalhar nas fábricas. (FILDES, 1988).

Nesta época, segundo SÁ (2011), em Portugal, a maioria dos partos decorria em casa com o apoio de parteiras (licenciadas pelas autoridades) e comadres. Apenas eram realizados em hospital os partos de mães solteiras. As modalidades de contratação de mulheres para amamentar os bebés variavam consoante o grupo social. A nobreza contratava amas no

domicílio, o que implicava o retorno rápido à vida sexual já que o sucesso reprodutivo da aristocracia se refletia na sucessão de inúmeros partos.

Excetuando as crônicas e outras fontes literárias sobre a casa real, pouco se conhece sobre as amas em Portugal. Sabemos que em França existia um organismo central que recenseava as amas e as fiscalizava de modo a garantir a qualidade dos serviços, e que em Espanha este mercado foi estudado com base em dados fornecidos pela imprensa periódica.

No século XVIII, segundo VINAGRE [et al.] (2001), estima-se que a mortalidade infantil em Londres foi de 56%. Este índice não atingiu valores maiores devido ao trabalho de Cadogan (médico, 1748), que instituiu alguns cuidados na alimentação das crianças tais como, não introduzir quaisquer alimentos nos primeiros três meses, e leite materno nos primeiros 10-12 meses, outros alimentos somente quando as crianças fossem munidas de dentes. Com esta teoria de amamentar e introduzir mais tardiamente os alimentos ele conseguiu salvar muitas vidas, no entanto foi responsável pela introdução de horários rígidos para mamar, esta regra ainda se verifica nos nossos dias embora esteja completamente obsoleta. (ICHISATO E SHIMO, 2002).

Só na segunda metade do século XVIII surgiram tratados médicos dedicados às crianças e a escolha das amas passou a ser um tema incontornável, já que na impossibilidade da mãe amamentar ou de recorrer a uma ama de leite, recorria-se ao leite animal. Embora os primeiros biberões de vidro remontem ao século XVII, não se esterilizavam (CASTILHO [et al.] 2010).

Segundo SÁ (2011), Francisco de Mello Franco, médico dos finais do século XVIII, aconselhava que as amas deveriam ter entre 20 e 35 anos, saudáveis, limpas e asseadas, de temperamento e modo de vida parecidos com a mãe biológica. Deveriam ser preferencialmente morenas, já que as loiras eram mais fracas e as ruivas tinham um cheiro ácido que podia passar para o leite. Também se aconselhava quanto ao tipo de seios e qualidade de leite da ama.

Em 1838, descobriu-se que o leite de vaca apresentava uma quantidade maior de proteínas que o leite humano dando início à valorização da quantidade em detrimento da qualidade (CASTILHO e BARROS FILHO, 2010). Em 1859 foi pasteurizado pela primeira vez e em 1886 o leite foi esterilizado. Por volta de 1900 foi criada a lata metálica (VINAGRE [et al.] 2001).

A primeira fórmula infantil comercializável foi desenvolvida por Leibig (1867), poucos anos depois (1874), foi disponibilizada a primeira “fórmula artificial completa para a alimentação infantil”, paralelamente ao desenvolvimento da indústria alimentícia, foram patenteadas as mamadeiras de vidro e os bicos de borracha (1845) (CASTILHO [et al.] 2010).

Na obra de TRIGO (1890), podemos ver relatada a importância da amamentação, as consequências que uma introdução precoce da alimentação complementar, da alimentação deficiente, e o que estas influenciam a saúde das crianças. Para Trigo (1890) o colostro é importante pois purga o intestino do recém-nascido, “toda a mulher com boa saúde, produzindo leite suficiente e de boa natureza deve amamentar o seu filho” (1890, p.29). Persistia a necessidade das amas de leite e mantinham-se os preceitos quanto à sua seleção (além de saudáveis,

deveriam ser doces, brandas, inteligentes e deveriam ter uma boa alimentação com carne, arroz, pão, vinho, café com leite e peixe duas vezes por semana).

TRIGO (1890) na sua obra destaca o leite de jumenta ou égua, também o de cabra e o da cadela, sendo a cabra o animal mais vulgarmente escolhido até que a criança estivesse apta para digerir o leite de vaca (8/9 meses) que era diluído 50% com água açucarada. No que diz respeito à alimentação complementar, segundo este médico, seria sopa de pão de trigo com leite de vaca, ou chá preto, e sopas de pão com caldo de arroz ou batatas para as crianças mais crescidas.

No início do século XX e por muitos anos, a ênfase na alimentação infantil refletia uma abordagem quantitativa, considerada mais precisa e portanto mais “científica”. Os primeiros substitutos do leite materno usavam como modelo o conhecimento disponível, bastante limitado, sobre o valor nutricional do leite humano, assim como a fisiologia e necessidades nutricionais da criança. O critério básico para avaliar a adequação nutricional era o crescimento. Desta forma, a valorização da alimentação mais precoce e da quantidade maior de alimentos tornaram-se sinónimos de melhor nutrição. A industrialização, a urbanização, o trabalho externo da mulher, a redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó foram os principais responsáveis pela diminuição do aleitamento materno no século XX, com repercussões desastrosas para a saúde das crianças (WHO/UNICEF, 2003).

Segundo MORO e MESQUITA (2011) em 1909, Ruhräh produziu a primeira fórmula de soja, mas ela só passou a ser comercializada (EUA) depois de 1929, quando Hill a apresentou como alternativa para as crianças alérgicas ao leite de vaca. Em 1911 foi obtido o leite em pó, iniciando a era do aleitamento artificial. Em 1921, um pediatra sueco, Jundell, relatou pela primeira vez que o início da alimentação complementar aos 6 meses de idade foi associada com um melhor crescimento e resistência às infeções (TURK, 2010).

Conforme este autor, entre 1950 e 1960, predominavam no mercado fórmulas similares ao leite evaporado, mas com adição de vitaminas e outras com baixo teor de proteínas e adição de óleos vegetais, vitaminas e minerais.

Segundo REMOALDO (2005), podemos referenciar alguns aspetos que podem resumir as principais determinantes que conduziram à situação bastante satisfatória que se vive atualmente em Portugal. A criação do Instituto Maternal nos anos 40, o Plano Nacional de Vacinação (1965), a melhoria das condições de vida da população (alimentação, hábitos higiénicos e condições habitacionais), o desenvolvimento dos antibióticos, a aposta nos Cuidados de Saúde Primários, especialmente à Saúde Materno-infantil e reconhecendo a importância da prevenção e promoção da saúde e no início da década de oitenta, a criação e o desenvolvimento das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Durante décadas desenvolveram-se inúmeras investigações mas que incidiram principalmente nas fórmulas infantis, com o objetivo de encontrar o substituto ideal para o leite materno. No entanto, a filosofia atual é sem dúvida a inversa, ou seja, valorizar o Aleitamento Materno e incentivar as puérperas a amamentar.

Assim, no mundo ocidental há agora um número crescente de mulheres a amamentar as suas crianças.

As recomendações da OMS (WHO/UNICEF,2003) preconizam que todas as mulheres devem ter oportunidade de alimentar os seus filhos, exclusivamente com leite materno durante os primeiros 4-6 meses e como complemento até aos 2 anos de vida. Através de uma declaração conjunta designada “Declaração de Inocenti”, a OMS e a UNICEF, reconhecem que o aleitamento materno é essencial para reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil, mas também contribui para a saúde da mulher.

Segundo, a diretora do Serviço de Pediatria da Maternidade Alfredo da Costa (site Rubricas BA), a amamentação é considerada um “seguro de saúde”, sabemos o seu valor nutricional, imunológico, anti – infeccioso e promotor de vinculação. Mas também existem leites adaptados que possuem todos os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável, acertados a cada criança, com cólicas, alergias, intolerâncias, enriquecidos com vitaminas, etc.

Existem, no entanto, vários obstáculos à amamentação tais como medicação materna, consequências por problemas relacionados com má pega, inclusive pressão familiar e da sociedade, ideias pré-concebidas : “ o leite é fraco”, “não tenho leite suficiente”, “comi chocolate e não podia”, etc,

No que diz respeito à alimentação, a ESPGAN COMMITTEE ON NUTRITION (2008) publicou orientações sobre a introdução de alimentação complementar.

Nos cuidados de saúde infantil e pediátrica, o enfermeiro tem um papel predominante na educação e aconselhamento aos pais, familiares, cuidadores. É da competência do enfermeiro, avaliar o estado de saúde, o desenvolvimento infantil, identificando e mobilizando recursos de suporte. Atuando em parceria com a criança e família / pessoa significativa, “(...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível(...)” (REGULAMENTO Nº123/2011, 2011,p.8653).

A monitorização do crescimento e promoção da educação de hábitos alimentares, são 2 componentes essenciais nos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, pois permite precocemente identificar algum problema nutricional ou de saúde.

CONCLUSÃO

Em suma, a História faz-nos compreender melhor a importância da alimentação infantil, os avanços e retrocessos, o peso cultural, social e religioso e as consequências na saúde e vida das crianças.

Atualmente é reconhecido o papel fundamental que o aleitamento materno tem no crescimento saudável da criança, a recomendação da Organização Mundial de Saúde para iniciar a alimentação complementar após um período de 6 meses de aleitamento materno exclusivo é frequentemente contrária com os hábitos das populações de propor muito precocemente a introdução de outras fontes de alimento na substituição do leite materno.

Na atualidade reconhecemos que o regime alimentar das crianças deve ser adequado à idade e às suas necessidades nutricionais, sem carências mas também sem excessos.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, João Ferreira, **A Bíblia Sagrada**, Depósito das Escrituras Sagradas, Lisboa, 1960. 292 p.
- CASTILHO, Sílvia Diez e BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. **Jornal de Pediatria** (Rio J.). Vol.86, n.3 (2010), p. 179-188. ISSN 0021-7557. Acedido a 2012-04-06 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000300004>.
- CASTILHO, Sílvia Diez; BARROS FILHO, António de Azevedo e COCETTI, Monize. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. **Ciência saúde coletiva**. vol.15, suppl.1 (2010), pp. 1401-1410. ISSN 1413-8123. Acedido a 2012-04-06],. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700050>.
- ESPGAN COMMITTEE ON NUTRITION. Complementary feeding. **Jornal of Pediatric Gastroenterology e Nutrition** vol.46, nº1. (2008), p.99-110. Acedido a 2012-03-23. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/en/index.html
- FILDES, Valérie. The english wet-nurse e her role in infant care 1538-1800. **Medical History**, 32, (1988), p.142-173. Acedido a 2012-04-05. Disponível online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1139855/pdf/medhist00063-0031.pdf>
- FRADA, J.J.C. — História, Medicina e Descobrimientos Portugueses. **Revista ICALP**, vol. 18, (1989), p.63-73. Acedido a 2012-04-01. Disponível online: <http://cvc.instituto-camoes.pt>
- ICHISATO, Sueli Mutsumi Tsukuda e SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol.10, n.4 (2002), pp. 578-585. ISSN 0104-1169. Acedido a 2012-04-06. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400016>.
- MARQUES, A.H.O. **Sociedade Medieval Portuguesa**. A Esfera dos livros. 2010. ISBN: 9789896262419.
- MORO, Gisele, MESQUITA, Marizete Oliveira de. Leite materno e seus substitutos ao longo da historia, **Revista Digital - Buenos Aires**, Nº 153, ano 15, (2011). Acedido a 2012. 04.27. Disponível online: <http://www.efdeportes.com>.
- OLIVEIRA, Ana Rodrigues. **A Criança na Sociedade Medieval Portuguesa** . Dissertação de Doutoramento apresentada à FCSH-UNL, Lisboa, 2007, Editorial Teorema.
- OLIVEIRA, Ana Rodrigues - A Criança. O espaço infantil. O privado - a casa. In Mattoso, José, dir., Sousa, Bernardo Vasconcelos, coord. – **História da Vida Privada em Portugal – Idade Media**. Circulo dos Leitores e Temas e Debates. 2010. ISBN 978-989-644-144-9. Vol. I. p. 260-298.

- REGULAMENTO Nº123/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República – 2ª Série Nº35 (2011). **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem**. Ordem dos Enfermeiros. p.8653-8655
- REA, Marina Ferreira. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Revista Saúde Pública**. vol.24, n.3 (1990), p. 241-249. ISSN 0034-8910. Acedido a 2012-04-03. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000300011>.
- RODRIGUES, Teresa - **Crises de mortalidade em Lisboa : séculos XVI e XVII**. Lisboa : Livros Horizonte, imp. 1990. 183 p.(Cidade de Lisboa ; 9). ISBN 9722407422
- REMOALDO, Paula Cristina A. Os desafios da saúde maternoinfantil portuguesa nos inícios do século XXI, **Cuadernos Geográficos**, 36 (2005), p.553-56. ISSN 0210-5462. Acedido a 2012-04-04. Disponível online: <http://hdl.handle.net/1822/11358> ,
- SÁ, Isabel dos Guimarães. As crianças e as idades da vida, in Mattoso, José, dir., Monteiro, Nuno Gonçalo, coord., **Historia da vida privada – A Idade Moderna**; Circulo dos Leitores e Temas e Debates, 2011, ISBN 978-989-644-148-7. Vol. II. p.72-95.
- SNELL, Melissa. Childbirth, Childhood and Adolescence in the middle ages. The Medieval Child, Part 3: Surviving Infancy. 2009. Acedido a 2012-04-22. Disponível online: http://historymedren.about.com/od/medievalchildren/a/child_survival.htm
- TURCK D. Historique de la diversification alimentaire. (French). **Archives De Pediatrie**, 17 (2010), p.191-194. Acedido a 2012-04-22. Disponível em: <http://www.sepeap.org/archivos/pdf/11613.pdf>.
- TRIGO, Júlio Máximo do Nascimento. **Algumas palavras sobre alimentação da primeira infância**. Dissertação inaugural apresentada à Escola Médico-cirúrgica do Porto. 1890. Acedido a 2012-04-03. Disponível online: <http://hdl.handle.net/10216/18175>
- WHO, UNICEF. Global strategy for infant e young child feeding. 2003. Acedido a 2012-03-03. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html>
- VINAGRE, Roberto Diniz, ALBUQUERQUE DINIZ, Edna Maria, COSTA VAZ, Adolfo Flávio. Leite humano: um pouco de sua história, **Pediatria**.Vol 4, nº23 (2001).p.340-345. Disponível online: <URL: <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/543.pdf>>, acedido em 22 de abril 2012.

WEB BIBLIOGRAFIA

- http://www.indexmundi.com/pt/portugal/taxa_de_mortalidade_infantil.html
- http://d1.islamhouse.com/data/pt/ih_books/single/pt_scientific_approach_in_quran_sun_nah.pdf

ANEXO XI – FOLHETO ELABORADO PARA OS PAIS SOBRE O PROJETO “UM OLÁ
DEPOIS DA ALTA”

Folheto elaborado para os pais, a ser entregue no momento de alta da UICD:



Atendimento Permanente de Pediatria Projecto "Olá depois da alta"

A sua criança esteve internada na UICD (S.O) por algumas horas?

Sabia que nós vamos ligar-lhe?

Procuramos a Excelência da Qualidade da nossa assistência!

Aguarde o nosso telefonema, vamos querer saber como está a sua criança, aproveite para clarificar dúvidas, estamos disponíveis para o aconselhar!



JOSÉ DE MELLO SAÚDE

**ANEXO XII – FOLHETO ELABORADO PARA OS PAIS SOBRE CUIDADOS A TER APÓS
UM TRAUMATISMO CRANIANO**

Folheto elaborado para ser entregue aos pais, no caso de crianças com traumatismo craniano ou suspeita de traumatismo craniano:



Traumatismo Craniano

A sua criança sofreu um Traumatismo Craniano e não necessitou de internamento. Nas próximas 48h, a criança deve permanecer acompanhada por um adulto responsável e atento.

Deve regressar ao Atendimento Permanente de Pediatria se presenciar:

- Vômitos
- Agitação ou comportamento diferente do habitual
- Sonolência exagerada, dificuldade em acordar
- Desmaiar, espumar pela boca, revirar os olhos
- Dores de cabeça intensas e frequentes
- Falta de forças ou dormência num dos lados do corpo
- Alterações da visão ou fala
- Perda de sangue ou outro líquido pelo nariz ou ouvido
- Fontanela (vulgarmente chamada "moleirinha") muito tensa ou saliente

Fonte: Direção geral de Saúde. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Volume 1. 2004. Lisboa Disponível on-line: <http://www.dgs.pt>



JOSÉ DE MELLO SAÚDE

ANEXO XIII – PLANO DE CUIDADOS: “ CÓLICAS DO RECÉM-NASCIDO E LATENTE”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS
Atendimento Permanente Pediátrico

Plano de cuidados: Cólicas do
Recém-Nascido e Latente

Cláudia Bargão D'Arbuez Rainha aluna nº 192011040
Orientadora de Estágio: Enf^a Fernanda Reino
Regente de Estágio: Professora Margarida Lourenço

LISBOA, OUTUBRO DE 2012

INTRODUÇÃO

No âmbito do decurso da Unidade curricular – Estágio, e mais especificamente no módulo III – Urgência Pediátrica, a decorrer na Unidade Funcional do Atendimento Permanente Pediátrico (U.F.A.P.P.) do Hospital Cuf Descobertas em Lisboa realizei o presente documento de plano de cuidados de um lactente com o diagnóstico médico de cólicas, admitido na (U.F.A.P.P.) do referido hospital. Este Hospital é uma instituição privada que serve uma população muito diversificada, na sua grande maioria pertencente aos diversos subsistemas ou detentoras de seguros de saúde, com os quais o hospital celebrou acordos. Este estudo visa a criança como um ser biopsicossocial em crescimento e desenvolvimento e, como tal, deve ser acompanhada em toda a sua individualidade, nas suas necessidades básicas de nutrição, educação, socialização, afetividade e não somente em relação à patologia atual.

Nos cuidados de saúde infantil e pediátrica, o enfermeiro tem um papel predominante na educação e aconselhamento aos pais, familiares, cuidadores. É da competência do enfermeiro, avaliar o estado de saúde, o desenvolvimento infantil, através de consultas programadas ou oportunistas. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem trabalha em parceria com a criança e família / pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível e a proporcionar educação para a saúde (ORDEM,2011).

A monitorização do crescimento e promoção da educação de hábitos alimentares, são 2 componentes essenciais nos cuidados de saúde infantil e pediátrica, pois permite precocemente identificar algum problema nutricional ou de saúde.

Os principais objetivos deste trabalho são: aprofundar os conhecimentos acerca do lactente e respetiva patologia, através da exploração, descrição e explicação da situação em análise, assim como o desenvolver de um processo de enfermagem, que compreende a aplicação das cinco etapas inerentes ao mesmo. Desta forma, este método de ensino permite que os conhecimentos e as aptidões adquiridas sejam passíveis de serem aplicados em situações futuras.

De facto, este estudo tem ainda como finalidade aumentar os meus conhecimentos neste tipo de estudo, contribuindo para a sistematização e organização dos diferentes cuidados de enfermagem, assim como o incentivo a uma reflexão acerca do desempenho na globalidade do estágio, e em particular, em relação ao plano de cuidados elaborado.

A estrutura do presente documento compreende: a descrição e fundamentação teórica do caso em estudo (definição das patologias, fisiopatologia, etiologia, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção), seguida do processo de Enfermagem (resumo do caso clínico, colheita de dados, anamnese, plano de cuidados, e por último uma reavaliação e análise do plano e do conjunto de cuidados prestados), por fim uma conclusão que inclui em uma reflexão crítica acerca do desempenho presente neste trabalho.

Dadas as características inerentes a um serviço de urgência e sendo este um motivo não urgente, não foi possível realizar uma colheita exaustiva de dados, mas dentro do praticável tentou-se abranger o possível.

DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DO PLANO DE CUIDADOS

O presente trabalho relata o estudo de um caso real, de um lactente de 1 mês de idade, com o diagnóstico médico de *cólicas*.

A opção deste caso para análise resulta da oportunidade de estabelecer um contacto mais próximo com este lactente / família, com a validação de competências adquiridas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e da experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários.

Decorrente da minha experiência profissional tenho a percepção da elevada prevalência que os lactentes e família / cuidadores com este diagnóstico recorrem aos cuidados de saúde e das suas implicações no quotidiano da família, sendo por isso importante aprofundar os conhecimentos, para uma melhor e maior eficácia na prestação de cuidados de enfermagem.

É importante referir que os aspetos abordados ao longo de todo o documento são adaptados e específicos para o caso em estudo.

CÓLICAS DO LACTENTE

O termo “cólica” provém do grego e refere-se ao intestino grosso; designa uma dor abdominal aguda espasmódica.

A etiologia ainda não é totalmente conhecida, mas segundo Roberts, Ostapchuk, O'Brien [et al.], (2004) acredita-se estar relacionada com a imaturidade gastrointestinal e hipermotilidade.

Segundo Roberts, Ostapchuk, O'Brien [et al.], (2004) os comportamentos de bebés com cólicas foram descritos originalmente em 1954, a definição de cólica, descreve a "regra de três": choro por mais de três horas por dia, por mais de três dias por semana, e por mais de três semanas numa criança que bem alimentada e saudável chora à noite emitindo gritos estridentes, com rubor facial, testa franzida, punhos cerrados, e as pernas fletidas para o abdómen.

Normalmente começa com duas semanas de idade e geralmente cessa em quatro meses de idade. Num estudo prospetivo com 856 mães/ bebés, Clifford [et al.],(2002) concluiu que a prevalência de cólicas aos 3 meses, é de 6,4%. Mais de 85% dos casos de cólicas pararam aos 3 meses de idade.

O choro é concentrado no final da tarde e à noite, ocorre por períodos prolongados, e é imprevisível e espontâneo. Parece não ter relação com eventos ambientais. A criança não parece ser acalmada, mesmo quando é alimentada.

O tratamento é controverso, segundo Roberts, Ostapchuk, O'Brien [et al.], (2004) a incidência de cólicas em crianças alimentadas com leite materno ou leite adaptado é semelhante, as mães lactantes devem ser encorajadas a continuar pois a exclusão de leite materno negaria ao lactente os efeitos benéficos da amamentação sem aliviar os sintomas de cólica. Em lactentes alimentados com leite adaptado também se encontra alguma controvérsia na escolha do tipo

de leite, se alguns estudos recomendam o leite de soja outros referem não haver melhoria dos sintomas.

Kosminsky FS, Kimura, AF. (2004) referem 2 estudos realizados em 1991, um prospectivo com 40 bebês, para verificar as práticas adotadas pelos pais para o alívio da cólica dos seus filhos e constatou-se que 43% ofereceram chás de ervas, 36% utilizaram medicamentos e 21% empregaram meios físicos, como calor local, pressão ou contato físico. No segundo estudo (exploratório), foram entrevistados pais e enfermeiras, com o objetivo de conhecer como as enfermeiras lidam com a cólica do bebê, qual a percepção dos pais em relação às contribuições das enfermeiras, e ainda se a presença destes profissionais faz ou não diferença neste contexto. A conclusão foi que embora não exista tratamento efetivo e muito menos a cura, a orientação e apoio de enfermagem aos pais podem diminuir a intensidade do choro, facilitando a vida das famílias.

Em relação aos pré-bióticos e pró bióticos, Vandenplas Y et al(2011), referem que não existem dados sugerindo que a adição de e pró bióticos a fórmulas para lactentes possa ser nociva para lactentes nascidos a termo e saudáveis. Por outro lado, as evidências da eficácia clínica da adição de pró e pré bióticos são insuficientes para que o uso rotineiro dessas fórmulas seja ativamente recomendado. Os benefícios dos pro e pré-bióticos a longo prazo, com evidências de efeitos benéficos para o sistema imunológico em desenvolvimento que ultrapassem a primeira infância, ainda precisam ser comprovados.

Implicações do choro excessivo na família

Após o nascimento de um filho inicia-se uma nova fase no ciclo de vida familiar que implica um conjunto de readaptações no cotidiano e na estrutura familiar, sendo múltiplas as mudanças com que são confrontados; as quais terão implicações sobre a saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança/pais/família. A parentalidade distingue-se dos demais projetos de vida, pela sua irreversibilidade. O enfermeiro deve considerar as interações do grupo familiar.

Segundo Mannel, R., Martens, P.J, Walker, M. (2011) o estado emocional da mãe pode ter uma influência dramática no seu bem-estar durante o primeiro ano pós-parto. São várias as condições que podem levar uma mãe a desistir do aleitamento materno e ter um impacto negativo no relacionamento com o bebê.

Algumas dessas condições, são o cansaço, a fadiga, a dificuldade em dormir, os lactentes com temperamento “difícil” (extremamente sensíveis ao ambiente que os rodeia, que choram muito e não aderem a horários ou rotinas) e que podem desencadear uma depressão.

Segundo, Lehtonen L. (2011), o choro do bebê afeta a sua interação com os pais. As interações diádicas de pais e bebês (tanto do pai como da mãe) foram afetadas por grandes quantidades de choro durante o período de choro e, um ano mais tarde, ainda foram constatadas diferenças na interação familiar. A percepção de “cólica” foi associada, três anos mais tarde, a um número menor de irmãos mais novos, o que pode indicar um impacto significativo da “cólica” na família.

Num estudo qualitativo e descritivo realizado por Gross, F. de M., Van der Sand, I., [et al.], (2011), as autoras concluíram que as avós são importantes no que diz respeito à transmissão de conhecimentos, saberes e experiências relativas à alimentação do lactente. No entanto, a família também pode influenciar no desmame precoce, se não acredita nas qualidades, em especial nutritivas, do leite materno, a família tende a aconselhar o uso de chás, água e/ou outro leite, em geral, oferecidos por meio de biberão. O papel das avós na transmissão de conselhos sobre a alimentação da criança e, por consequência, sua influência no desfecho desse evento, varia de acordo com o contexto individual, familiar, social e cultural em que as mulheres estão inseridas.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Neste processo de enfermagem, consta da identificação da criança, história sociocultural, história de saúde, história de doença atual, avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança (crescimento, avaliação física e avaliação dos sinais vitais), terapêutica Na U.F.A.P.P. prescrita pelo pediatra e plano de cuidados.

3.1- Identificação da criança

Nome: Joana (nome fictício)

Idade: 1 mês

Sexo: Feminino

Etnia: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Lisboa

Local de residência: Amadora

Data de admissão: 01/10/2012

Pessoas significativas: Pais, avós maternos e irmão.

Programa Nacional de Vacinação atualizado: realizou B.C.G E e a 1ª dose de V.H.B, rastreio de doenças metabólicas ao 6º dia de vida realizado no centro de saúde da área de residência.

3.2- História sociocultural

A Joana nasceu em Lisboa, num hospital particular, e reside, atualmente, num apartamento na Amadora. O seu núcleo familiar é constituído pela mãe, pelo irmão e pelos avós maternos, (os pais encontrar-se separados). Convive com pai esporadicamente, com quem estabelece contactos breves e ocasionais. Tanto a mãe como a avó materna estão empregadas. Mas neste momento, a mãe encontra-se de licença de paternidade.

3.3- História de saúde

A Joana apresenta como antecedentes pessoais (dados que foi possível recolher do Boletim Individual de Saúde):

Nascimento com 3480 g às 38 semanas de gestação de parto eutócico (gravidez vigiada, 7 consultas);

Aleitamento materno exclusivo até aos 15 dias de vida, tendo a mãe começado por sua iniciativa leite adaptado, abandonando assim o leite materno por constatar que o mesmo insuficiente para suprir necessidades alimentares da Joana (“chorava muito”).

1ª consulta aos 8 dias de vida numa clínica privada, por um Pediatra, sem consulta de Enfermagem.

3.4- História de doença atual

Há cerca de 15 dias iniciou choro inconsolável ao fim do dia, acompanhado de rubor generalizado e extensão dos membros. Por persistência do choro, três dias depois, mãe e avó materna recorreram ao Atendimento Permanente de Pediatria, tendo sido realizada sonda de enteroclise com saída de fezes e gases intestinais, e tendo-lhe sido diagnosticado “cólicas”. Desde a última ida ao U.F.A.P.P, a Joana teve novos episódios, mas a mãe decidiu não regressar, até hoje, e solicitar ajuda na farmácia, tendo ao longo dos últimos dias adquirido vários anti- flatulentos sem que surtam efeito.

Diagnóstico clínico: Cólicas

3.4.1- Avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança

3.4.1.1- Crescimento

A Joana é um lactente que apresenta uma elevada progressão estato-ponderal, no que respeita à sua idade, que se traduz através de padrões elevados de crescimento com percentis 97 de peso, altura e índice de massa corporal, tendo desde o nascimento progredido do percentil 10 para o Percentil 97 no padrão do peso.

Peso: 5.5 Kg (Percentil 97)

Altura: 52 cm (Percentil 97)

IMC: 18,49 Kg/m² (Percentil 97)

3.4.1.2- Avaliação dos sinais vitais

Temperatura timpânica: 36,6° C

Dor: a Joana dormiu por períodos em posição relaxada, nos momentos em que esteve acordada também manteve uma postura relaxada.

3.4.1.3- Avaliação física

A Joana apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Cabelo castanho-escuro, ligeiramente ondulado. Tem olhos castanhos e simétricos. O nariz está centrado na face, existe permeabilidade das vias respiratórias. Apresenta lábios rosados, gengivas e palato íntegros. Tórax simétrico. Abdómen simétrico. Sem massas palpáveis. Membros superiores e inferiores simétricos. Órgãos genitais externos sem alterações. O padrão intestinal corresponde a 1 ou 2

dejeções diárias moldadas de cor amarela em pequena quantidade. O seu padrão de sono varia entre as 18 a 20 horas de sono diárias.

3.4.1.4- Desenvolvimento da criança

Tal como foi dito anteriormente, a Joana mora com os avós maternos, com o irmão e com a mãe. Mantém contactos esporádicos com o pai. Segue o olhar, e sorri.

Foi possível de avaliar alguns itens (Segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada):

Postura e Motricidade Global (PMG):

- Decúbito ventral - levanta a cabeça.
- Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.
- Tração pelas mãos - a cabeça cai.
- Sentado - dorso em arco e mãos fechadas.
- Suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos.

Audição e Linguagem

- Pára e volta os olhos ao som da voz a 15cm do ouvido.

Comportamento e Adaptação Social

- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.

4. CÓLICAS DO LACTENTE

4.1. Terapêutica na U.F.A.P.P. prescrita pelo Pediatra

Sonda de gases

Microclister, se necessário

5. PLANO DE CUIDADOS

Segundo a CIPE® (classificação internacional para a prática de enfermagem)

Fenómeno	Status	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Papel Parental	Conhecimento dos pais sobre alimentação da criança, não demonstrado	Que os cuidadores da Joana sejam capazes de dar resposta às suas necessidades nutricionais e metabólicas	Ensinar sobre alimentação do lactente	A mãe e avó compreenderam a necessidade de adequar a quantidade de leite artificial adequado
	Aprendizagem de habilidades dos pais para alimentar a criança, não demonstrado	Que os cuidados da Joana sejam capazes de preparar o biberão de forma correta	Instruir preparação de biberão Treinar técnica de aleitamento artificial	Não foi possível de avaliar dado o tempo de estadia no A.P.P
	Papel parental, não adequado	Que os cuidadores adquiram competências para desempenhar o papel parental	Ensinar sobre papel parental em relação ao lactente Facilitar a aprendizagem de habilidades para desempenho do papel parental Incentivar papel parental Ensinar o papel parental durante os tratamentos (massagem abdominal, uso da cânula do microclister para evacuação de gases intestinais)	Foi possível avaliar: A aprendizagem de habilidades para efetuar sonda de gases com o auxílio da cânula do microclister A aprendizagem de habilidades para efetuar massagem abdominal para facilitar a evacuação natural de gases intestinais
	Conhecimento dos pais sobre leite adaptado, não demonstrado	Que os cuidadores tenham conhecimento sobre os vários tipos de leites existentes	Informar sobre leite artificial	Foi possível o debate sobre que tipo de leite pode melhor adequar-se ao diagnóstico de cólicas

6. CONCLUSÃO

Segundo BOCCHI (1996) a realização de um plano de cuidados surge como uma estratégia de ensino humanista e de identificação de problemas que contribui, de forma muito positiva, para a formação do aluno, pois aumenta o conhecimento teórico-prático referente à assistência, estimula a autonomia do aluno na tomada de decisões, na solução de problemas e no conhecimento referente à metodologia científica

As cólicas são um motivo de preocupação, e quando reconhecemos que existem vários pais a recorrerem a um serviço de atendimento urgente por este motivo, leva-me a questionar “aonde se falhou” no processo de educação destes progenitores. O atendimento neste tipo de serviço é motivo de apreensão pelos riscos inerentes, um recém-nascido ou lactente com menos de 3 meses pode ser infetado pelas outras crianças que aguardam atendimento.

É importante corrigir as falhas nesta área pois estamos a utilizar recursos sem ganhos, o nível de prestação de cuidados não é o mais adequado.

Um dos objetivos da intervenção de enfermagem é ajudar os pais a lidar com os desafios da cólica infantil. Uma relação com os pais com base na confiança é fundamental para permitir que os enfermeiros possam atingir os seus objetivos, mas tal relação nem sempre é desenvolvida, e neste caso particular nem sempre é possível, dada a inconstância própria de um serviço de urgência.

No atendimento a este utente/cliente e sua família esteve inerente o estabelecimento de uma relação terapêutica e o Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Ao longo de cerca de 1 hora foi estabelecida uma relação terapêutica, uma relação de ajuda. Uma relação terapêutica é pessoal, centrada no utente e é dirigida para a realização de determinados objetivos mútuos. (BOLANDER, 1998).

Em 1988, a Enfermeira Anne Casey considerou que os cuidados à criança são melhor prestados pelas famílias desde que devidamente supervisionados. Este modelo centrado na família como uma unidade, baseia-se na flexibilidade e negociação dos cuidados partilhados e defende que "para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor", desta forma não existe ninguém melhor que os pais/família/cuidadores para os prestar.

Após esta análise e reflexão, classifica-se o plano de cuidados como parcialmente eficaz, uma vez que nem todos os objetivos estipulados foram atingidos na sua globalidade, assim como as intervenções planeadas nem sempre foi as melhores selecionadas e adaptadas, sobretudo no contexto da alimentação, pelos motivos anteriormente referidos e perante o conjunto de cuidados prestados.

Todavia, estes problemas poderiam ser atenuados se fosse possível articular com o local onde o bebé é acompanhado para que haja lugar a um reforço dos ensinamentos e facilitar a aprendizagem de habilidades para desempenho do papel parental, ou se fosse possível (e neste caso depende do tipo de seguro de saúde) articular com a equipa que acompanha os lactentes no domicílio (o grupo saúde Mello dispõe deste serviço), saber de que forma prosseguiu o tratamento e conhecer a vivência no contexto familiar.

Segundo SIMÕES (2007) “o enfermeiro só pode ter uma atuação fundamentada cientificamente e não rotineira se tiver por base dados exatos, concretos, organizados e registados. Ao indicar os problemas da pessoa, a atuação tida em relação a eles e os resultados obtidos nessa atuação, pretendemos dar continuidade às intervenções de Enfermagem e possibilitar que os cuidados sejam adequados, atempados e os mais eficazes possíveis, assim como contribuir para a produção de conhecimento científico em enfermagem.” Concluindo é imprescindível que os enfermeiros se envolvam na promoção de saúde, e que esta não seja exclusiva dos cuidados de saúde primários, ou consultas de Pediatria no sector privado, mas em todos os momentos que se estabelece uma relação enfermeiro /utente ou enfermeiro /cliente, segundo BOLANDER(1998) as pessoas estão recetivas a assumir comportamentos de promoção de saúde quando possuem conhecimentos suficientes para desempenhar esse papel. Educar é um papel fulcral para que os utentes/clientes assumam estratégias de promoção de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- BOCCHI, S.C.M. - Modelo operacional do estudo de caso como estratégia de ensino na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica - avaliação dos alunos. «Revista Latino-Americana de Enfermagem. Brasil. 4: 3 (1996).
- BOLANDER, Verolyn Barnes - **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica**. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-966-10-6-5.
- PEREIRA, Mª Cândida; CAETANO, Filipa Alexandra. **O dilema das cólicas no lactente - Que estratégias para a gestão das emoções parentais?** EMOÇÕES EM SAÚDE- Contributos .Corrente Dinâmica, 2010.pp. 183-200. ISBN: 978-989-96617-1-4
- CLIFFORD TJ, CAMPBELL M, SPEECHLEY KN, GORODZINSKY F. Sequelae of Infant Colic: Evidence of Transient Infant Distress and Absence of Lasting Effects on Maternal Mental Health. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(12):1183-1188. doi:10.1001/archpedi.156.12.1183.
- GROSS, F. de M., VAN DER SAND, I.C.P., [et al.], Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras *Acta Paul Enferm* 2011;24(4):534-40. (2011) <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a14v24n4.pdf>, consultado em 01.10.2012
- HELSETH S. Help in times of crying: nurses' approach to parents with colicky infants. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford 2002 Nov;40(3):267-74.
- KOSMINSKY FS, KIMURA AF. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2004 ago;25(2):147-56.
- LEHTONEN L. Choro na infância: Comentários sobre Oberlander e St James-Roberts. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011:1-6. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/LehtonenPRTxp1.pdf>. Consultado 01.10.2012.
- MANNEL,R., MARTENS, P.J, WALKER, M. Manual Prático para Consultores de lactação, Lusociência, 2ª edição, 2011. pp.75-80
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da saúde da criança e do jovem. 2011
- ROBERTS, Donna M., OSTAPCHUK , Michael, O'BRIEN James G., Infantile Colic *Am Fam Physician.* 2004 Aug 15;70(4):735-740.
- SIMÕES, Cláudia Maria Antunes Rego, SIMÕES, João Filipe Fernandes Lindo – Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. «Revista Referência». 2ª Série: 4. (2007).
- VANDENPLAS Y [et al.] Probióticos e prebióticos na prevenção e no tratamento de doenças em lactentes e crianças - *Jornal de Pediatria* - Vol. 87, Nº 4, 2011
- WONG, Donna L. *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à Intervenção Efectiva*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Elsevier, 2003

ANEXO XIV – INSTRUÇÃO DE TRABALHO – PREPARAÇÃO PARA A ALTA



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Hospital CUF Descobertas

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Preparação para a alta

Instrução de trabalho

Aluna: Cláudia D'Arbuez Rainha (nº 192011040)

Orientadora de Estágio: Enf^a ESIP Natasha Pedro

Regente de Estágio: Professora Margarida Lourenço

Lisboa, Hospital Cuf Descobertas, Novembro 2012

PREPARAÇÃO PARA A ALTA - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Durante o estágio realizado, no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na unidade de cuidados especiais neonatais do Hospital Cuf Descobertas, encontrei necessidade de realizar um check list para a preparação para a alta do recém-nascido. Esta ideia transformou-se por sugestão da minha orientadora (Enfermeira ESIP Natasha Pedro) em “instrução de trabalho”. Para a elaboração deste trabalho, é pertinente iniciar com a definição de “norma”, e depois uma abordagem sobre a importância da preparação para a alta. Em anexo (“Anexo A”) encontra-se a instrução de trabalho e a check list que faz parte integrante da dita instrução de trabalho.

Segundo SALE (1998) uma norma é uma definição de qualidade dos cuidados. Toda a boa prática de enfermagem é planeada, sistematizada e centralizada em objetivos mutuamente acordados, ou seja, quando bem expressas permitem ao enfermeiro descrever os cuidados que são prestados aos utentes e qual o resultado esperado / alcançado.

Normalizar procedimentos é de extrema pertinência, a normalização como base da qualidade na saúde, surge da necessidade de fornecer evidência objetiva de que a qualidade foi alcançada, como refere Christo, citado por IPQ (2001), assim, a norma não deverá ser encarada como um fim em si mesmo, sendo apenas um meio para a qualidade (BASTOS e SARAIVA, 2011).

No Hospital Cuf Descobertas as “normas” são definidas como “instruções de trabalho”.

A atuação de planeamento de alta é um processo que deverá iniciar-se aquando da admissão e prosseguir durante o internamento. Esta instrução de trabalho vai, segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) permitir:

- Preparar o recém-nascido/ latente e apoiar a família para a transição de cuidados e adaptação aos novos processos de vida, promovendo a segurança e bem-estar, minimizando as dificuldades inerentes ao regresso a casa;
- Maximizar a segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do recém-nascido / latente;

Para que esta norma produza efeitos e tenha sucesso é necessário que a equipa concorde com os itens, para esta circunstância, a instrução de trabalho foi afixada para que pudesse ser lida e avaliada pelas 11 enfermeiras da equipa. A participação dos enfermeiros da equipa na elaboração das instruções de trabalho, é fundamental pois assim compreenderão o processo e não se limitam a cumpri-lo (ALEGRE,2001).

Todos os acontecimentos potencialmente stressantes perturbam o equilíbrio familiar. O nascimento de um filho é um desses momentos, que pode resultar num aumento ou diminuição do nível de *stress* na família. Em cada momento de transição no ciclo de vida, a família experiencia sempre um aumento do nível de *stress*, pelo menos até o processo de

reorganização se completar. A percepção do acontecimento como stressante por apenas um dos elementos da família vai afetar todos os outros elementos exigindo, contudo, o empenho de todos, como um conjunto, na resolução do problema.

O que torna a transição para a parentalidade um assunto sistémico é o facto das mudanças em cada domínio da vida da família, se combinarem ou interagirem afetando a forma como homem e mulher se adaptam de modo a se tornarem pais (COWAN e COWAN, 1995). Contudo, a transição para a parentalidade não representa, apenas, a transformação do casal, como elementos individuais, mas, também, da família em desenvolvimento (COWAN e COWAN, 1995). Toda a história familiar deve ser considerada no que concerne aos aspetos biológicos mas, também, relacionais de forma a facilitar a compreensão das dificuldades existentes nesta transição. Determinados fatores podem surgir como obstáculos à reorganização e outros surgirão como protetores. Por exemplo, se o contexto social onde a família se insere valoriza a maternidade, este pode ser um fator protetor.

Para intervir junto de uma família que vivencia o nascimento de um filho, é importante considerar todos os contextos atuais em que se insere, outros acontecimentos de vida simultâneos, experiências prévias no recurso a estratégias de *coping* para lidar com o *stress*, e, sobretudo, a forma como percebe este acontecimento, quer isoladamente, quer como grupo familiar. Deste modo os cuidados de enfermagem são uma intervenção terapêutica e um conjunto de comportamentos presentes no ato de cuidar dos clientes que vivenciam alterações de saúde reais ou potenciais, até que estes sejam capazes de cuidar de si próprios de forma independente. Segundo a mesma autora a Enfermagem é um serviço prestado à humanidade e tem como objetivo aumentar o bem-estar daqueles a quem dirige a sua ação, como é o caso da parturiente. SWANSON (1993) refere ainda que o que distingue a Enfermagem de outras práticas que envolvem o cuidar é precisamente a interligação entre a ciência-informação e a meta prática.

O nascimento é uma fase de mudança envolta, portanto, nalguns receios. No entanto, é uma situação “comum” e através da qual a família espera poder regressar a casa com um novo membro na família. Quando isso não se verifica, a família experiencia algo inesperado para o qual nem sempre está preparada e que envolve uma colossal capacidade de adaptação. Os pais confrontam-se com um final abrupto da gravidez e com um caminho difícil para percorrer. Para o casal o nascimento de um filho pré-termo e/ou doente corresponde a uma situação geradora de grande *stress*. Estes encontram-se num momento de preparação para o desempenho da parentalidade, que por si só é um desafio, e perante estas novas circunstâncias este converte-se num convite mais desafiante que se relaciona com a prematuridade e todas as condições inerentes à mesma.

Nestes casos a vinculação poderá estar comprometida e é afetada por diversos fatores. Um dos fatores é a separação física entre o casal e o filho, em que apesar de serem envolvidos nos cuidados, não são eles os seus cuidadores principais. Para os pais, que vivem o internamento de um filho na unidade de neonatologia, o momento do primeiro contacto é muitas vezes, adiado pelo facto de não poderem tocar e interagir com o bebé. O afastamento

rápido após o parto, de forma a colmatar as dificuldades do bebé em se adaptar à vida extra uterina, interrompe o processo de vinculação da díade/tríade. Por outro lado a incerteza do prognóstico e a possibilidade de lesões ou até mesmo da morte, conduz a sentimentos contraditórios, entre o apego e a rejeição sendo frequente a ocorrência de sentimentos de culpa e fracasso que podem comprometer o processo de vinculação com o bebé (FERREIRA e COSTA, 2004).

Outra realidade, que pode dificultar o processo de vinculação, é constatarem que o bebé imaginário idealizado durante a gravidez não corresponde ao bebé real. De salientar ainda que mesmo em circunstâncias com um decurso “normal” estes necessitam de fazer o luto do seu bebé imaginário relativamente ao bebé real e que nestas situações a confrontação do bebé imaginário com o real é ainda maior o que faz com que a aceitação do seu bebé possa ficar ainda mais comprometida.

A vinculação assume um papel primordial no desenvolvimento harmonioso da criança pelo que é necessário que os técnicos de saúde, especificamente os enfermeiros dos serviços de neonatologia, e de obstetrícia, tendo em conta que são os profissionais que se encontram no contexto em que ocorre o confronto com a problemática, estejam sensibilizados para estas situações, tendo a responsabilidade e dever de, avaliar as necessidades específicas de cada família de forma a promover precocemente o estabelecimento da vinculação da tríade e a proporcionarem um apoio adequado, que pode implicar articulação com outros técnicos ou outras entidades. Nesta perspetiva, o enfermeiro assume um papel crucial para que a transição para a parentalidade seja efetuada de forma harmoniosa e para que o processo de vinculação seja facilitado, visto serem os principais cuidadores do RN e o elo de ligação entre este e os pais.

O EESIP ao prestar cuidados especializados e por ser detentor de competências técnicas, científicas e relacionais, deve ser um agente facilitador de todo o processo. Enquanto cuidadores desta tríade, é importante que seja fornecida informação honesta, atualizada e adequada às necessidades dos mesmos. É igualmente importante a explicação da função e funcionamento do equipamento utilizado no bebé, bem como os procedimentos realizados, tratamento e terapêuticas utilizadas e, ainda, ter disponibilidade para os pais poderem expor as dúvidas, medos e receios que nos permitirá a identificação das prioridades dos pais e das suas expectativas assim como incentivar o contacto pais/bebés.

BIBLIOGRAFIA

- ALEGRE, Paula. **Relatos de experiência de certificação de qualidade**. (2001). Sintra, NPF. Depósito legal: PT|169390/01.
- BASTOS, C., SARAIVA, M.M., **A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO 9001 aplicação empírica no hospital CUF Infante Santo**, in M.R.V. Lucas, M.M. Saraiva, A. Rosa (eds.), *TMQ - Qualidade: A Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar*, Vol. 2. p. 301-337. (2011). Lisboa. Edições Sílabo, (ISBN: 9771647626021). Acedido em 23.10.2012. Disponível online: http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf
- COWAN, Philip; COWAN, Carolyn Pape - Interventions to ease the transition to parenthood - **Family Relations**. Volume 44, p. 412-423. SWANSON, Kristen M. – Nursing as Informed caring for the well-being of others. **Journal of Nursing Scholarship**. Volume 25, nº4 (Maio, 1993), p. 352-357
- FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria da Graça – Cuidar em parceria: Subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Revista do ISPV**. Volume 51 nº 30 (Outubro 2004), p. 51-58. ISSN 1647-662X. Acedido a 28/06/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/5.pdf>.
- IPQ. **NP EN ISO 9001:2000**. (2001). Acedido em 23.10.2012. Disponível online: <http://www.ipq.pt/custompage.aspx?modid=1576,pagid=3352>
- Ordem dos Enfermeiros. **Guia Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Pediátrica**, Cadernos OE, Série 1, Volume 1, número 3. (2010). Disponível online na área reservada www.ordemenfermeiros.pt acedido em 17.10.2012
- SALE, Diana. **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde – Para os profissionais da equipa de saúde**. (1998). Lisboa. Principia, Publicações Universitárias e Científicas. ISBN 972-97457-6-5.

Anexo A – Instrução de trabalho e Check-list



Anexo A - Instrução de Trabalho Preparação para a alta na UCERN

Objetivo

Uniformizar os procedimentos para a preparação para a alta do Recém-Nascido / Latente.

Âmbito

Esta instrução de trabalho aplica-se a todos os profissionais de saúde do Hospital CUF Descobertas (HCD).

Considerações gerais

O **planeamento da alta** é um processo complexo, que deverá iniciar-se aquando da admissão e prosseguir durante o internamento;

Preparar o recém-nascido/ latente e apoiar a família para a transição de cuidados e adaptação aos novos processos de vida, promovendo a segurança e bem-estar, minimizando as dificuldades inerentes ao regresso a casa;

Maximizar a segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do recém-nascido / latente;

Procedimento

- Imprimir check list (Anexo 1) quando o RN / Latente é admitido;
- Colocar “**data**” na coluna de “**Ensino**” quando este é efectuado;
- Colocar “**data**” na coluna “**Validação**” quando os Pais demonstram conhecimentos;
- Colocar “**data**” quando é realizado o “**Reforço**” de ensinios no pré alta imediato.

Preparação para a alta – check list

Foco	Actividades	Ensino	Validação	Reforço pré alta
ALIMENTAÇÃO	Amamentação, horários, posicionamento do bebé e da mãe cuidados das mamas, problemas mais comuns			
	Alimentação artificial, quantidade de leite adequada, higiene, conservação e esterilização, dicas à noite			
	Arrotar / Bolçar			
DORMIR	Posição, dicas da cama, acessórios disponíveis			
	Sono			
	Pausa noturna de mamada mais alargada até 6h Max (depende do peso)			
	Roupa de dormir			
	Luz de presença, Intercomunicadores Ambiente calmo			
HIGIENE E CONFORTO	Banho - temperatura, acessórios, produtos, preparação do material e ambiente			
	Hidratação da pele e da região genital (uso de toalhetes, fraldas)			
	Cólicas: massagens, produtos, fatores desencadeantes			
	Higiene dos olhos			
	Higiene nasal			
	Higiene oral			
	Uso de Cotonetes			
	Cuidar das unhas			
	Choro			
	Roupa - adequada à temperatura, estação sazonal, confortável, prática			
	Visitas (gestão)			
PREVENÇÃO DE ACIDENTES	Automóvel: cadeiras, posições, acessórios, higiene.			
	Evitar o uso de fios, pulseiras, almofadas			
	Triagem e higiene de brinquedos			
	Camas, proteções laterais			
	Manobras de desengasgamento			
	Partilhar a cama			
FEBRE	Tipos de termómetro			
	Temperatura normal e febre			
	Anti piréticos			
	Atuação correta e não correta			
VIGILÂNCIA	Consultas de vigilância			
	Pesagem regular			
	Vacinação			

Verificar antes da alta:

- Se efetuou rastreio metabólico (Teste de Guthrie)
- Se efetuou ou tem marcado rastreio audiológico
- Se Boletim Individual de Saúde e Boletim de Vacinas, apresenta todas as informações pertinentes.

Bibliografia:

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Guia Orientadores de Boas Práticas em Saúde Infantil e Pediátrica*, Cadernos OE, Série 1, Volume 1, número 3. 2010. Disponível online na área reservada www.ordemenfermeiros.pt acedido em 17.10.2012
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Saúde Infantil e Juvenil - Programa Nacional*. Lisboa. Junho de 2012. Disponível online em www.dgs.pt acedido em 17.10.2012

ANEXO XV - A IMPORTANCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO ESIP NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO À DÍADE MÃE / RECÉM-NASCIDO INTERNADO - REVISÃO DE LITERATURA



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

HOSPITAL CUF
DESCOBERTAS
Unidade de Cuidados
Especiais Neonatais

**A IMPORTANCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO ESIP NA
PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO À DÍADE MÃE /
RECÉM-NASCIDO INTERNADO - REVISÃO DE LITERATURA**

Aluna: Cláudia D'Arbuez Rainha (nº 192011040)
Orientadora de Estágio: Enf^ª ESIP Natasha Pedro
Regente de Estágio: Professora Margarida Lourenço

Lisboa, Hospital Cuf Descobertas, Outubro 2012

Introdução

Durante o estágio realizado, no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na unidade de cuidados especiais neonatais do Hospital Cuf Descobertas, encontrei necessidade de suportar a minha prática sobre a importância do papel do enfermeiro especialista na promoção do aleitamento materno à díade mãe / recém nascido internado. Realizei uma revisão de literatura para que a minha prática hoje e no futuro seja baseada na evidência clínica.

Com esta revisão da literatura pretendo encontrar evidência científica na literatura, que responda à questão de partida e, deste modo, suportar a minha prática clínica, há que desenvolver um conhecimento específico da área a estudar e a capacidade de realização de uma crítica reflexiva relativamente aos achados que efetivamente contribuem para o conhecimento que se procura e, também, de efetuar um inventário das lacunas encontradas (RAMALHO, 2006).

Face à pesquisa inicial da literatura, anteriormente apresentada, defini como questão de partida para a revisão da literatura: Qual o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na promoção do aleitamento materno na díade mãe / recém-nascido internado numa unidade de cuidados neonatais?

Como linha orientadora para a construção da questão de investigação e para identificação dos conceitos exploratórios, recorri ao método de PICOD: *Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes (Resultados) e Design* que, igualmente, servirá para a definição dos critérios de inclusão e de exclusão dos estudos na Revisão Sistemática da Literatura (RAMALHO, 2006).

Assim considerei:

- ✓ Participantes – mães e recém-nascidos;
- ✓ Intervenção – Promover o aleitamento materno;
- ✓ Comparações – Quando existentes;
- ✓ Outcomes (Resultados) – importância da promoção do aleitamento materno na díade mãe / recém-nascido internado;
- ✓ Desenho dos estudos – Tendo em vista uma revisão abrangente serão considerados todos os estudos, não havendo critério de exclusão relacionado com o desenho do estudo.

O processo de pesquisa foi efetuado no mês Outubro de 2012, com recurso às bases de dados Medline e CINAHL. Foram encontrados 2206 artigos que após cuidadosa introdução de itens de exclusão resultaram 6. Estes artigos foram submetidos entre 2009-2012, deste modo garanto que sejam aprendidos apenas os conhecimentos mais recentes.

Desenvolvimento

O nascimento de uma criança pode exigir habilidades e conhecimentos que a família não tinha anteriormente. Na sociedade atual, os membros da família podem não estar disponíveis para o

apoio durante o período de pós-parto, e os novos pais podem sentir-se isolados e oprimidos. O suporte de enfermagem no pós - parto pode diminuir este stress, o que promove a diminuição de sintomas depressivos, diminui a ansiedade e aumenta a sensação de controlo, estes fatores vão permitir a aprendizagem de habilidades e aquisição de competências (MCCOMISH E VISGER, 2009)

Segundo MCLAUGHLIN [ET AL.], (2011), a hospitalização da criança é um momento de stress tanto para a criança, como para os pais e família. Este stress pode causar impacto na amamentação, pois influencia a fisiologia da lactação. É esperado que as enfermeiras de saúde infantil e pediátrica possuam saberes e competências na amamentação de modo a proporcionarem apoio às mães que amamentam.

Estas autoras, realizaram um estudo para avaliar os conhecimentos e atitudes na amamentação, das enfermeiras pediátricas, face à díade mãe- criança hospitalizada. Neste estudo concluiu-se que existem lacunas nos conhecimentos das enfermeiras, em noções como: fisiologia da lactação, pega adequada, problemas associados à amamentação, aumento de produção de leite, extração, impacto dos suplementos (leite de fórmula). Estas lacunas têm impacto negativo no suporte necessário à amamentação.

Também BROWN, A. ET AL (2011) realizaram um estudo descritivo com o objetivo de comparar as perceções que os profissionais de saúde e as mães têm dos fatores que influenciam a amamentação ou aleitamento artificial. Estes autores concluem que o sucesso da amamentação é afetado por vários fatores, nos quais se incluem a necessidade de apoio emocional e técnico dos enfermeiros às mães que amamentam. A falta de recursos e de tempo dos enfermeiros, também influencia o tipo de assistência que se proporciona às mães.

MC QUEEN [ET AL.](2011) realizaram um teste piloto para analisar as intervenções dos profissionais de saúde no grau de autoconfiança das mães no período da amamentação. Neste estudo que contou com mães primíparas, resultou a ideia que estas mães aceitam a intervenção dos profissionais de saúde, e que estavam satisfeitas com esta assistência.

Apesar do estudo demonstrar que intervir sobre aleitamento materno, duração e exclusividade é viável e conveniente, segundo estas autoras são necessários outros estudos sobre o aconselhamento presencial, por telefonema, e de telefonema de *follow up* versus cuidados standard.

Nos recém-nascidos pré-termo (nascidos antes das 37 semanas de gestação) ou leves para a idade gestacional (menos de 2500 gr) existem poucos estudos sobre como as mães vivenciam a amamentação quando o seu filho se encontra internado numa unidade de cuidados neonatais. É comum os pais e em especial as mães se sentirem desanexadas do seu papel parental. Como os cuidados necessários ao recém-nascido estão ao cargo dos profissionais de saúde a vinculação dos pais sofre reveses e a amamentação surge como o cuidar parental exclusivo. No entanto e embora as taxas de amamentação sejam limitadas, nos bebés pré-termo, verifica-se que as mães menos frequentemente iniciam ou mantêm a amamentação, os motivos são os stress da hospitalização, a separação física, a falta de privacidade, poucos conhecimentos ou conflitos sobre a importância do leite materno. No estudo de BOUCHER [ET

AL.], (2011) descreve-se como estas mães experienciam a hospitalização, a adaptação à unidade de cuidados neonatais, as suas motivações e aprendizagem. as mães preocupam-se bastante com a manutenção da produção de leite, relacionando com os obstáculos de colocar os bebês à mama e inerentes à extração de leite. No que se refere à organização das unidades, as mães referem que estas unidades são rigidamente organizadas, e que os horários estipulados para alimentar as crianças são demasiadamente inflexíveis. Por isso, é importante envolver as mães nos planos de alimentação dos bebês, e comunicar quaisquer alterações nos horários para que as mães possam maximizar suas oportunidades de amamentar. Por outro lado, nem todas as enfermeiras que exercem numa unidade de neonatologia se sentem preparadas para realizar ensinamentos nesta área. (MC QUEEN [ET AL.], 2011)

Também LEE [ET AL.], (2009) estudaram as experiências de amamentação em bebês de peso inferior a 1500 gr. Nesta situação, as crianças ficam hospitalizadas por muito tempo, e a amamentação torna-se bastante difícil de manter. Por outro lado, os bebês têm necessidade de desenvolver a capacidade de coordenar sucção, deglutição e respiração, esta coordenação amadurece com a idade gestacional e não está completamente desenvolvido até 35-37 semanas de gestação, assim, os bebês prematuros correm o risco de dificuldades de alimentação.

Segundo o costume de Taiwan, há um “Deus do Feto” no quarto de todas as grávidas. Se o “Deus do Feto” é ofendido durante a gravidez, o feto será prejudicado. Estas mães referem neste estudo sentirem-se culpadas, ou com remorsos, pelo parto pré-termo, e amamentar é uma forma de compensar o bebê, já que sabem ser este, o alimento mais apropriado para o seu bebê.

A hospitalização do bebê é preocupante para a manutenção da amamentação, pois segundo esta tradição, as mães devem permanecer 1 mês em repouso absoluto e com uma alimentação restrita, esta tradição implica que a mãe não vai visitar o seu bebê, sabendo da sua evolução pelos relatos do pai ou por telefone para a equipa da unidade, amamentar é para muitas mães a única forma de vinculação com o bebê, o que as motiva para seguir rigorosamente as rotinas pós parto de forma a produzirem leite materno em quantidade suficiente e da “melhor qualidade”.

BERNAIX ET AL (2010) realizaram um estudo sobre os efeitos de um programa educacional de aleitamento materno, para melhorar o conhecimento da amamentação, atitudes e crenças dos enfermeiros, com o objetivo de melhorar o apoio à amamentação para as novas mães. Estes investigadores tiveram como base o facto que as atitudes de uma pessoa e crenças sobre um determinado comportamento são desenvolvidos com base no conhecimento prévio e experiências em relação ao comportamento e suas pressões sociais (normas subjetivas) para realizar ou não realizar esse comportamento. Estas atitudes e crenças estão diretamente relacionados com as suas intenções em relação ao comportamento.

Este programa educacional, é controlado por um membro da equipe, treinado, e pode ser uma estratégia eficaz e rentável para melhorar o conhecimento dos enfermeiros em relação à amamentação e apoio a mães primíparas que amamentam promovendo uma abordagem e

suporte mais corretos, consistentes. Para os enfermeiros este tipo de modalidade de ensino pode ser menos intimidador do que uma sala de aula estruturada, e mais desejável para os seus horários ocupados, mas também promover uma abordagem unificada entre a equipa de enfermagem.

Os profissionais de saúde devem identificar e resolver os fatores que predis põem ao abandono do aleitamento materno Um dos fatores que predis põe ao abandono da amamentação é a falta de confiança que a mãe tem na sua capacidade de amamentar. (MC QUEEN [ET AL.], 2011). É por isso necessário que se criem recursos para que estas mães sejam apoiadas e informadas nas suas dúvidas. (BROWN, A. [ET AL.], 2011)

Além de desenvolver competências, é importante que a enfermeira proporcione tanto apoio físico e psicológico como incentivo para a mãe e família. Tranquilizar e valorizar a mãe é tão importante quanto a posição correta. (COSIMANO, A. E SANDURST, H. 2011).

Segundo BOUCHER [ET AL.](2011), os enfermeiros desempenham um papel orientador forte, educacional e motivador na prestação de mães com a informação e apoio necessário para uma experiência de amamentação positiva e gratificante.

Conclusão

São várias as vantagens do aleitamento materno exclusivo, As recomendações da OMS preconizam que todas as mulheres devem ter oportunidade de alimentar os seus filhos, exclusivamente com leite materno durante os primeiros 4-6 meses e como complemento até aos 2 anos de vida. Através de uma declaração conjunta designada “Declaração de Inocenti”, a OMS e a UNICEF, reconhecem que o aleitamento materno é essencial para reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil, mas também contribui para a saúde da mulher.

No entanto as taxas de amamentação não são as mais desejáveis, embora alguns estudos portugueses comprovem que à saída da maternidade, grande percentagem das puérperas amamentam o seu filho esta percentagem diminui aos três meses (Sandes, A. R. [et al.], 2005). Ressalva-se no entanto a escassez de dados nesta área, em Portugal. Apesar de sabermos as vantagens indiscutíveis do leite materno, amamentar uma criança internada numa unidade de neonatologia pode ser desafiante, pois podem passar dias, semanas ou até meses até que seja possível uma mãe adaptar o seu filho na mama. Atualmente as estratégias de marketing sobre os leites artificiais como sendo “o mais aproximado do leite materno”, também podem confundir os pais.

Nos cuidados de saúde infantil e pediátrica, o enfermeiro tem um papel predominante na educação e aconselhamento aos pais, familiares, cuidadores. “O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem trabalha em parceria com a criança e família / pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, (...) e proporciona educação para a saúde (...)” (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Esta revisão sistemática de literatura, lembra-nos a importância que os enfermeiros têm na promoção da amamentação. Para além do suporte na transição para a parentalidade é imprescindível que os enfermeiros possuam conhecimentos e competências para apoiar a amamentação, em especial nos momentos de maior stress como quando existe a hospitalização do bebé (seja por doença ou parto pré-termo). Os enfermeiros desempenham um papel orientador forte, educacional e motivador, as intervenções de suporte e estratégias de apoio à mãe que amamenta podem fazer a diferença na manutenção do leite materno e na recuperação da situação de doença, pelo que é necessário que se desenvolvam estratégias para desenvolver saberes e competências.

Nas unidades de cuidados neonatais fica implícito que a rigidez da organização pode ser um obstáculo, sendo necessário uma comunicação eficiente para que a amamentação não seja prejudicada.

BIBLIOGRAFIA

- BERNAIX, L., BEAMAN, M., SCHMIDT, C., HARRIS, J., , MILLER, L. (2010). Success of an educational intervention on maternal/newborn nurses' breastfeeding knowledge and attitudes. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 39(6), 658-666. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01184.x Disponível online: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=21039848,lang=pt-br,site=ehost-live> acessado em 20.10.2012
- BOUCHER, C., BRAZAL, P., GRAHAM-CERTOSINI, C., CARNAGHAN-SHERRARD, K., , FEELEY, N. (2011). Mothers' breastfeeding experiences in the NICU. *Neonatal Network: NN*, 30(1), 21-28. Disponível online: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=21317094,lang=pt-br,site=ehost-live> acessado em 20.10.2012
- BROWN, A., RAYNOR, P., , Lee, M. (2011). Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(9), 1993-2003. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05647.x Disponível online: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=21507050,lang=pt-br,site=ehost-live> acessado em 20.10.2012
- COSIMANO, A., , SANDHURST, H. (2011). Strategies for Successful Breastfeeding in the NICU. *Neonatal Network*, 30(5), 340-343. doi:10.1891/0730-0832.30.5.340 disponível online: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=rzh,AN=2011258908,lang=pt-br,site=ehost-live> acessado em 20.10.2012
- CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. – *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-61-4.
- LEE, T., LEE, T., , KUO, S. (2009). The experiences of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(12), 2523-2531. Disponível online: Lee, T., Lee, T., , Kuo, S. (2009). The experiences of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(12), 2523-2531. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=19824911,lang=pt-br,site=ehost-live> acessado em 20.10.2012
- MCCOMISH, J., , Visger, J. (2009). Domains of postpartum doula care and maternal responsiveness and competence. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic , Neonatal Nursing*, 38(2), 148-156. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01002.x disponível online: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=rzh,AN=2010229906,lang=pt-br,site=ehost-live> acessado em 20.10.2012

- MCLAUGHLIN, M., FRASER, J., YOUNG, J., , KEOGH, S. (2011). Paediatric nurses' knowledge and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant. *Breastfeeding Review: Professional Publication Of The Nursing Mothers' Association Of Australia*, 19(3), 13-24. Disponível online: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=22263373,lang=pt-br,site=ehost-live> acessado em 20.10.2012
- MCQUEEN, K., DENNIS, C., STREMLER, R., , NORMAN, C. (2011). A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 40(1), 35-46. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x disponível online <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true,db=mnh,AN=21244493,lang=pt-br,site=ehost-live> acessado em 20.10.2012
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno temático – *Modelo de desenvolvimento profissional – Perfil de Competências comuns e específicas das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: OE, 2010.
- RAMALHO, Anabela - Estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 64 (Janeiro, 2006), p. 51-56.
- SANDES, Ana Rita, [et al.] Aleitamento Materno. Prevalência e fatores condicionantes. *Acta Médica Portuguesa* nº 20 (2007), p.193-200. Disponível online: www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/3/193-200.pdf acessado em 20.10.2012
- WHO, UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. 2003. Disponível online <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html> , acessado em 3 de Abril de 2012.

ANEXO XVI – ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA PERANTE UMA DOENÇA RARA – SÍNDROME ATR-X



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

**A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA
ESPECIALISTA EM SAÚDE
INFANTIL E PEDIÁTRICA PERANTE
UMA DOENÇA RARA – SINDROME
ATR-X**

Reflexão e Revisão Bibliográfica

Aluna: Cláudia D'Arbuez Rainha (nº 192011040)

Orientadora de Estágio: Enfª ESIP Natasha Pedro

Regente de Estágio: Professora Margarida Lourenço

Lisboa, Hospital Cuf Descobertas, Outubro 2012

Introdução

A reflexão é um exercício importante que nos conduz à procura constante do conhecimento, evitando atos repetitivos e limitados, no caso que irei descrever, perante uma admissão de um recém-nascido com suspeita de ser portador do Síndrome ATR-X (na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital Cuf Descobertas em Lisboa), ter a capacidade de refletir sobre o que poderá ser desenvolvido, irá contribuir para o crescimento de competências, de modo a valorizar-se o que foi realizado corretamente e, também, corrigir e reformular o que estiver menos correto.

O confronto da teoria com a realidade é uma das características que os estágios conferem. Os mesmos são facilitadores da apropriação de saberes, incentivam a reflexão crítica sobre a prática, estimulam a reflexão pessoal e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, essenciais para um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, e estabelecem um período rico em oportunidades de aprendizagem, tendo por base conhecimentos teóricos imprescindíveis à prática profissional.

A Síndrome ATR-X

Segundo o site da Orphanet (uma base de dados online de doenças raras e medicamentos órfãos), a síndrome alfa-talassemia - atraso mental, ligado ao X, está associado com atraso profundo do desenvolvimento, dismorfia facial, anomalias genitais e alfa-talassemia. As dificuldades de aprendizagem não são progressivas com o tempo. É uma síndrome ligada ao X recessivo e resulta de mutações no gene ATRX.

Como, provavelmente, a proteína ATR-X influencia a expressão génica de um número considerável de genes, as manifestações clínicas também são muito diversas e podem incluir: alterações de comportamento, sintomas neurológicos, deficit de crescimento, alterações esqueléticas, manifestações gastrointestinais, dismorfias craniofaciais e de membros²².

A face pode ser típica e é melhor reconhecida durante a infância, sendo encontrados: nariz pequeno com narinas antevertidas, boca em arco de cupido, mímica facial pobre, região média da face com certa hipoplasia. As anomalias genitais podem variar desde achados discretos até distúrbio da diferenciação sexual com alterações da genitália externa. As alterações esqueléticas geralmente são discretas e secundárias à hipotonia. Já as manifestações gastrointestinais costumam ser parte marcante da clínica dos pacientes com destaque especial para a doença do refluxo gastro esofágico e para a obstipação crónica²³. E, embora a α -talassemia seja um dos elementos definidores da síndrome, surpreendentemente, de uma forma geral não são encontradas manifestações hematológicas consideráveis nos pacientes da presença da mutação no gene ATR-X. Diferentes tipos de mutação já foram documentados em

²² GIBBONS, R.J. [et al.] Alpha thalassemia-mental retardation, X linked. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v.1:15, 2006

²³ MARTUCCIELLO, G. [et al.] Gastrointestinal phenotype of ATR-X syndrome. **American Journal of Medical Genetics**, v.140A, p.1172-1176, 2006.

associação com a Síndrome ATR-X sendo o tipo mais comum é a mutação *missense* (relacionada com erro na tradução de DNA).

Atualmente o diagnóstico baseia-se nos achados clínicos principais (atraso mental, padrão facial típico, anomalias genitais e α -talassemia) associados à confirmação molecular

Segundo a Orphanet, existe uma prevalência de 168 casos (dados de Maio 2012) na Europa.

Dos 30 estudos efetuados e apresentados nesta base de dados, 12 são oriundos da Alemanha, sendo os restantes, da Itália, Polónia, Países Baixos, Espanha. A implementação e gestão deste projeto em Portugal, está a cargo, desde 2003, de uma equipa sediada no Instituto de Genética Médica Jacinto Magalhães, no Porto. A versão portuguesa disponibiliza, atualmente, informação sobre 230 doenças raras, 50 consultas especializadas, 354 testes de diagnóstico em 36 laboratórios, 132 projetos de investigação e 46 associações de doentes de Portugal.

As doenças raras em Portugal

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 reconhece que as doenças raras contribuem, significativamente, para a morbi mortalidade durante os primeiros 18 anos de vida. Várias situações têm progressivamente merecido a atenção do Estado através da normalização de intervenções específicas mas muitas situações carecem ainda de uma atenção sustentada e específica por parte do Sistema de Saúde. A constatação deste facto, sustenta e reforça a necessidade de se repensar a intervenção nas doenças raras de forma integrada, considerando a realidade existente nos serviços de prestação de cuidados, os recursos e as necessidades e expectativas dos doentes e das famílias.

A sistematização das intervenções necessárias deve ter subjacente uma perspetiva de parceria, de co-responsabilidade de todos os parceiros sociais com equilíbrio entre interesses, a coesão social e a equidade no acesso aos bens sociais, de acordo com os recursos existentes. Por todas estas razões, a Direção-Geral da Saúde elaborou o Programa Nacional de Doenças Raras²⁴ (PNDR), que passou a integrar o Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

O Programa Nacional para Doenças Raras, elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Doenças Raras, foi aprovado a 12 de Novembro de 2008 pelo Ministério da Saúde, abrangendo um período inicial de implementação entre 2008 e 2010 e um período de consolidação entre 2010 e 2015. Este programa, em consonância com os restantes programas europeus, tem como principal objetivo melhorar o apoio aos doentes e familiares com doenças raras.

O Programa Nacional para as Doenças Raras procura atingir os seguintes objetivos:

Gerais:

a) Melhorar as respostas nacionais às necessidades de saúde não satisfeitas dos doentes com doenças raras e das suas famílias.

²⁴ Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/555DD3B3-45F0-4F74-B633-28889E721BF1/0/i010420.pdf> acedido em 29.10.2012

b) Melhorar a qualidade e a equidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes com doenças raras.

Específicos:

- a) Criar a rede nacional de centros de referência de doenças raras
- b) Melhorar o acesso das pessoas com doenças raras a cuidados adequados
- c) Melhorar os mecanismos de gestão integrada das doenças raras
- d) Melhorar as respostas às necessidades dos doentes e famílias
- e) Melhorar o conhecimento e a produção nacional de investigação sobre doenças raras
- f) Promover a inovação terapêutica e a acessibilidade a medicamentos para doenças órfãs
- g) Assegurar a cooperação transnacional no âmbito da União Europeia e da Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa – CPLP.

O Ministério da Educação acompanha o projeto pedagógico *“Raras com Sentido – Informar sem Dramatizar”* da Aliança Portuguesa de Associações das Doenças Raras, no âmbito da sensibilização da comunidade educativa, a nível nacional, para o problema das doenças raras²⁵.

Para melhorar o indispensável suporte a doentes e famílias preconiza-se, em todos os países europeus, a criação de Centros de Referência de excelência para as principais doenças ou grupos de doenças.

Os Cuidados paliativos Pediátricos podem ser a resposta para crianças portadoras desta síndrome, pois as crianças com doenças potencialmente fatais e limitadoras da vida exigem uma abordagem cultural e organizacional diferente no que diz respeito a uma mudança de paradigma, quando o objetivo da prestação de cuidados não se centra exclusivamente na cura/recuperação da doença mas sim em otimizar a qualidade de vida ao longo do curso da doença, assegurando, deste modo, a dignidade e a qualidade de vida das crianças e suas famílias.

Atuação da enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica

Segundo o Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica tem como meta a implementação de intervenções que contribuam para o conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão de processos específicos de saúde / doença.²⁶

Mais especificamente neste caso aplica-se a competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, que tem por actividades:

²⁵ <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=57>

²⁶ REGULAMENTO Nº123/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República – 2ª Série Nº35 (2011).

E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.

E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.

As crianças com doença crónica que podem desencadear o risco de morte, sofrem impactos influenciados por diversos fatores, tais como, a idade da criança, a experiência da criança com o diagnóstico e o papel e reação dos pais da criança. Ressalta-se que o processo de hospitalização provoca stress na família e na criança; além disso, surgem emoções e comportamentos correlacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença.²⁷

A notícia de que a criança tem uma doença crónica ocasiona uma desestruturação na família que, anteriormente, em sua vida, tinha tudo previsível e predisposto. Todas essas reações, tanto da família quanto da própria criança, criam situações conflituosas no seu mundo. A criança deixa, temporariamente, de realizar as atividades que fazem parte de seu mundo, como ir à escola, brincar e conviver com seus amiguinhos, e o seu universo passa a ser o tratamento, as rotinas, as consultas e o hospital. A criança e a sua família deparam-se com estigmas e mitos que essa doença traz, provocando impactos nesses indivíduos.

Cabe ao enfermeiro promover um cuidado centrado na criança em situação de viver/morrer, porém deve-se estabelecer a comunicação entre os pais e/ou cuidadores, pois a família é o componente essencial na promoção da saúde e no cuidado à criança, com assistência integral (biológica, psicológica, social, económica, espiritual e cultural).

O paciente sob cuidados paliativos e sua família precisam de uma assistência, um cuidado mais complexo, pois todos eles apresentam necessidades especiais. O enfermeiro que atua nos cuidados paliativos precisa de saber orientar o cliente e a sua família sobre os cuidados a serem feitos. Para isso é preciso que o enfermeiro saiba educar em saúde, de maneira clara e objetiva, ser prático nas suas ações, visando sempre o bem estar dos seus clientes.

A importância da relação cliente, equipa de enfermagem e família, no processo de cuidar inclui a maneira como é dada a notícia, a clareza com que é abordado o assunto e a abertura que é dada ao cliente e à sua família para que possam conversar sobre o seu sofrimento, sentimentos e dúvidas.

Os cuidados paliativos possibilitam uma abordagem holística do cliente com doença incurável, são cuidados ativos e globais aos clientes e também a suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar. Um dos grandes objetivos dos cuidados paliativos é acrescentar qualidade aos dias, dando primazia aos cuidados emocionais, psicológicos e espirituais, e não

²⁷ WONG DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.

somente aos cuidados técnicos e invasivos que, na maior parte das vezes, apenas trazem maior sofrimento para a criança e para a sua família.²⁸

É importante lembrar que o cuidado envolve ações interativas, baseadas no respeito e conhecimento dos valores da pessoa que está a ser cuidada, tendo uma relação dinâmica que busca, de forma sistemática, promover o que há de saudável, proporcionando conforto.

José (nome fictício) nasceu de parto eutócico às 39 semanas e 6 dias, apgar 9/10, 3º filho do casal. Na primeira observação, a pediatra de serviço ao bloco de partos regista:

“Cordão fino; Placenta pequena (foi para estudo); ambiguidade sexual; criptorquidia.”

Há registos do obstetra de “história familiar de talassemia bem estudada com 2 casos de morte fetal na família da mãe.” Há referencia também ao falecimento de duas irmãs da mãe de José ambas portadoras da síndrome ATRX, uma aos 21 anos e a outra aos 7 anos de idade.

Segundo a mãe de José, no 2º dia, durante a visita ao bebé, quando este nasceu verificou logo que ele era portador da síndrome, “pelas características da cara”. Aparentemente calma, esta mãe encontra-se bem familiarizada com esta síndrome, pelo que entende as suas consequências, aceitando de alguma forma o que o destino reserva a José. O pai de José, sorridente, presta os cuidados de higiene a José, com carinho e segurança.

José é um recém-nascido calmo, apenas acorda para comer. No entanto enfoca-se aqui a maior dificuldade no momento, o José apresenta deficit de sucção, pelo que mamar na mama é impossível e mesmo no biberão requer grande perícia para ingerir pequenas quantidades de leite materno. O restante é administrado por sonda oro gástrica, por gavagem.

Foi realizada colheita de sangue para estudo molecular, que seguiu por estafeta para o Hospital de Santa Maria – Lisboa. E está planeada nova colheita de sangue para estudo no Instituto de Genética Médica Jacinto Magalhães, no Porto.

No 4º dia de vida e de admissão na unidade de cuidados especiais neonatais a criança foi transferida para uma instituição hospitalar pública, a pedido dos pais. Prevê-se um internamento de longa duração.

²⁸ POLES K, BOUSSO RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev Latino-am Enfermagem 2006 mar/abr; 14(2): 2007-013

BIBLIOGRAFIA

- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Plano nacional de doenças raras* in Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Portugal. Acedido em 29.10.2012. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/555DD3B3-45F0-4F74-B633-28889E721BF1/0/i010420.pdf>
- GIBBONS, R.J. [et al.] Alpha thalassaemia-mental retardation, X linked. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, v.1:15, 2006
- MARTUCCIELLO, G. [et al.] Gastrointestinal phenotype of ATR-X syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, v.140A, p.1172-1176, 2006.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. site oficial. Portugal. acedido a 29.10.2012 disponível online:<http://www.dgjidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio,pid=57>
- POLES K, BOUSSO RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006 mar/abr; 14(2): 2007-013
- REGULAMENTO Nº123/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República – 2ª Série Nº35 (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros. p.8653-8655
- WONG DL. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.

ANEXO XVII – CERTIFICADO: COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTIFICA DO 2º SEMINÁRIO EQUINÓCIO DA SAÚDE “DO OLHAR DAS PRÁTICAS À CONSOLIDAÇÃO DE SABERES EM SAÚDE”



SCIENCE LOFT
ASSOCIAÇÃO INTERDISCIPLINAR DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

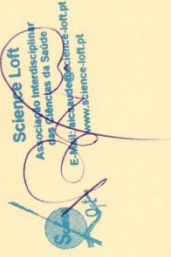
A Science Loft - Associação Interdisciplinar das Ciências da Saúde, certifica que:

Cláudia D'Arbuez Rainha

Integrou a Comissão Organizadora e Científica

no 2º Seminário Equinócio da Saúde *"Do olhar das práticas à consolidação de saberes em saúde"*, que teve lugar no Auditório da Glaxo Smith Kline, no dia 30 de Novembro de 2012.

A Organização



ANEXO XVIII – CERTIFICADO: MEMBRO DO JÚRI DE *POSTERS* E COMUNICAÇÕES LIVRES DO 2º SEMINÁRIO EQUINÓCIO DA SAÚDE “DO OLHAR DAS PRÁTICAS À CONSOLIDAÇÃO DE SABERES EM SAÚDE”



SCIENCE LOFT
ASSOCIAÇÃO INTERDISCIPLINAR DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

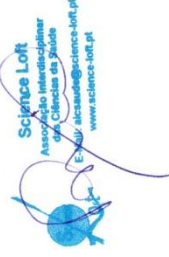
A Science Loft - Associação Interdisciplinar das Ciências da Saúde, certifica que:

Cláudia D'Arbuez Rainha

foi Juri de Comunicações Livres e Posters

no 2º Seminário Equinócio da Saúde "*Do olhar das práticas à consolidação de saberes em saúde*", que teve lugar no Auditório da Glaxo Smith Kline, no dia 30 de Novembro de 2012.

A Organização



ANEXO XIX - CERTIFICADO: PALESTRANTE DA COMUNICAÇÃO “CENTRO DE SAÚDE - CUIDAR DE NOVO” NO 2º SEMINÁRIO EQUINÓCIO DA SAÚDE: “NOVO CUIDAR – EDUCAÇÃO PARA A SAUDE, ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAUDE”



SCIENCE LOFT
ASSOCIAÇÃO INTERDISCIPLINAR DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

CERTIFICADO

A Science Loft - Associação Interdisciplinar das Ciências da Saúde, certifica que:

Cláudia D'Arbuez Rainha

Foi preleitora do tema:

Centro de Saúde: novo cuidar

no 2º Seminário Equinócio da Saúde “*Do olhar das práticas à consolidação de saberes em saúde*”, que teve lugar no Auditório da Glaxo Smith Kline, no dia 30 de Novembro de 2012.



ANEXO XX – PALESTRA DADA NO 2º SEMINÁRIO EQUINÓCIO DA SAÚDE: “NOVO CUIDAR – EDUCAÇÃO PARA A SAUDE, ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAUDE”

Novo cuidar

Educação para a saúde

Estratégias de comunicação em saúde

Cláudia Rainha

30 de Novembro de 2012

Objetivos

- Refletir sobre a evolução do papel do enfermeiro como Educador
- Refletir sobre as estratégias de comunicação em saúde

- Nos últimos 15 anos tem-se verificado uma alteração na postura dos enfermeiros.
- Se antes tínhamos uma posição de hierarquia, autoritária.
- Agora temos um papel colaborador e consultivo.

Em saúde infantil e pediátrica, à família foi conferido um status importante, partilham-se conhecimentos, delineiam-se objetivos comuns para que os pais progressivamente desenvolvam competências no cuidar

Modelo de Parceria

Acompanha-se o cliente nas suas experiências de saúde, fornecendo-lhe o conhecimento necessário para que ele possa efetuar as suas escolhas, de forma livre e autónoma.

Swanson, 1993

A comunicação destaca-se como meio articulador na promoção e prevenção da saúde.

- Visa alcançar ideias, factos, pensamentos e valores, facilitando a partilha de sentimentos, auxiliando a atingir e a manter um alto nível de saúde.
- Melhora a humanização e os cuidados prestados pelo enfermeiro

Substituiu-se o velho paradigma, no qual a educação em saúde possuía a finalidade de prevenir a doença, passando-se a possibilitar “preparar o indivíduo para lutar por uma vida mais saudável”.

Zuge & Brum, 2010

Na saúde da criança :

A educação para a parentalidade, deve iniciar durante a gravidez, no 3º trimestre.

Motivação do casal + Informação clara e compreensível = Resultados positivos no cuidar do recém-nascido

Weiner, Partridge, Martinez, 2011

Estratégias de Comunicação em Saúde

Factos:

- **87%** da população portuguesa tem telemóvel e são usados para ir à Internet por quase 21% dos utilizadores
- Em 2010 - **48,8%** dos lares de Portugal continental dispunham de acesso à Internet



Sites de promoção de saúde com fóruns ou com comunicação via email monitorizados por um enfermeiro / profissional de saúde

Envio de SMS com mensagens que promovam a modificação de comportamentos não saudáveis, lembretes sobre temas relacionados com a fase de desenvolvimento da criança.



Folhetos e cartazes continuam a ser uma boa estratégia de comunicação



Imagens:
google.pt

Todas as estratégias devem
ser avaliadas em relação
ao impacto produzido

Paulo Kuteev Moreira, www.hospitaldofuturo.com

Mas ... ensinar, educar, informar não é
suficiente

É necessário formar os
enfermeiros / profissionais
de saúde para instruir e
treinar.

Os programas de formação e treino de pais parecem constituir excelentes oportunidades para melhorar os níveis de informação bem como as competências educativas parentais.

Abreu-lima et al. 2010

Por exemplo:

- Preparação para a parentalidade
- Cantinhos de Amamentação
- Projeto "Bebés, crianças e jovens em segurança"

Obrigada

FIM

ANEXO XXI – DOCUMENTO DE SUPORTE À PALESTRA “NOVO CUIDAR – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE “

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Considerando que **educar** (do latim, *educere*, que significa conduzir para fora) pode ser entendido não apenas como instrução mas sim como toda a atividade, formal ou informal, que procura ajudar o outro a desenvolver as suas potencialidades, ao mesmo tempo que lhe proporciona informação útil ao alargamento das suas competências e à resposta aos desafios com que tem (terá) de lidar.

Educação parental para designar as intervenções que, no terreno, foram desenvolvidas com o propósito de apoiar os pais em ordem ao exercício de uma parentalidade positiva.

A educação parental não é apenas útil junto de pais cujas competências e capacidades, devido a circunstâncias pessoais, relacionais ou a condições adversas do meio, apresentem dificuldades no exercício das funções parentais.

Os programas de formação e treino de pais parecem constituir excelentes oportunidades para melhorar os níveis de informação bem como as competências educativas parentais, surgindo, em vários estudos (e.g. Brandão, 2004; Feldman, 1994; Mendez-Baldwin, Rossnagel, 2003 citados por ABREU-LIMA [et al.] 2010), associados a resultados bastante positivos em termos da percepção de auto-eficácia e satisfação no desempenho da função parental.

A **educação para a parentalidade** pode ser, então, definida como o processo que visa fornecer, aos pais ou a outros prestadores de cuidados, conhecimentos específicos e estratégias que ajudem a promover o desenvolvimento da criança (Brock [et al.], 1993 citado por Abreu-lima [et al.] 2010). Embora podendo incluir diferentes objetivos, conteúdos e métodos, os programas de educação, apresentam, geralmente, os seguintes *objetivos específicos*:

- informar e orientar os pais sobre o desenvolvimento e a socialização da criança;
- prevenir problemas de desenvolvimento da criança e promover as relações familiares;
- capacitar os pais com estratégias relacionadas com o controlo do comportamento da criança;
- estimular a participação dos pais na aprendizagem e experiência escolar da criança;
- prestar apoios específicos a famílias de crianças com problemas de desenvolvimento;
- proporcionar apoios sociais na comunidade.
- Os programas de educação parental podem assumir *formatos bastante diversificados*:
 - intervenção individualizada associada a um registo de aconselhamento;
 - intervenção em grupos, utilizando formatos mais ou menos estruturadas ou estandardizadas;
 - intervenção baseada em meios de comunicação (e.g., rádio e televisão), com utilização de material escrito do tipo manuais ou brochuras informativas.

Segundo (OLIVEIRA, 2005, citado por Zuge, Brum, 2010), substituiu-se o velho paradigma, no qual a educação em saúde possuía a finalidade de prevenir a doença, passando-se a

possibilitar “preparar o indivíduo para luta para uma vida mais saudável”. Nesse sentido, destaca-se a comunicação como meio articulador na promoção e prevenção da saúde.

A comunicação é uma aptidão essencial em enfermagem, uma vez que constitui uma componente crucial no intercâmbio de informações pela articulação entre equipas, instituições (através de protocolos, normas), crianças, pais e família. Visa alcançar ideias, factos, pensamentos e valores, facilitando a partilha de sentimentos, auxiliando a atingir e a manter um alto nível de saúde.

A comunicação melhora a humanização e os cuidados prestados pelo enfermeiro (SPAGNUOLO e PEREIRA, 2007 citados por Zuge , Brum (2010). A utilização dos modelos comunicacionais, têm o objetivo de atuar como facilitadores no contexto da educação em saúde. Dessa forma, a comunicação torna-se essencial em qualquer relacionamento e sobretudo na relação enfermeiro - paciente, a fim de proporcionar uma assistência humanística e personalizada de acordo com a necessidade de cada indivíduo (ORÍÁ et al, 2004 citados por Zuge , Brum (2010).

Apoiada a um modelo de parceria e com vista à capacitação, a educação para a saúde da criança e família é determinante na intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. O Modelo de Parceria de Cuidados, baseia-se no fato dos pais progressivamente desenvolverem competências no cuidar, a parceria está associada a um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns. Caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos; definição de objetivos comuns, centrados na pessoa; participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação (Gotlieb e Feeley, 2005 citados por MENDES , MARTINS (2012)). Cabe aos enfermeiros a supervisão deste complexo processo.

Ao ponderar sobre este assunto decidi aperfeiçoar técnicas de comunicação que permitam uma comunicação em saúde, que terá como finalidade:

Promover a saúde e educar para a saúde; evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde; prevenir doenças; sugerir e recomendar mudanças de comportamento (TEIXEIRA,2004). Tal como afirma ORLANDI et. al (2002, pág.1) *“a comunicação humana ultrapassa os limites da simples transmissão e receção de sinais biológicos, isso ocorre porque o ser humano distintamente de outras espécies de seres vivos, utiliza sinais sensíveis como por exemplo, as palavras, linhas e cores de um desenho e gestos de uma mímica. Três tipos de interação são possibilitados aos seres humanos: transmitir informação; expressar sentimentos, emoções e atitudes; transmitir ordens”*.

No entanto segundo TEIXEIRA (2004) é fácil surgirem dificuldades de comunicação entre técnicos

e utentes podem ter a ver com três aspetos fundamentais:

- Transmissão de informação (insuficiente ou excessiva ou inadequada para o tempo disponível) pelos técnicos de saúde
- Atitudes dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação (passividade, autoritarismo)

- Comunicação afetiva dos técnicos de saúde (distanciamento, desinteresse, dificuldade em apoiar e transmitir segurança)
- Baixa literacia de saúde dos utentes.

Há então que melhorar a comunicação entre os enfermeiros e os utentes, investir na formação dos enfermeiros vai garantir um melhor desempenho na educação para a saúde, desenvolvendo assim estratégias para a promoção de saúde e manutenção de estilos de vida saudável e prevenindo a doença numa perspetiva de melhorar a qualidade de vida dos utentes (CARVALHO , CARVALHO, 2006).

Na saúde da criança faz sentido que esta educação para a saúde, e mais especificamente, educação para a parentalidade, se incie durante a gravidez, no 3º trimestre preferencialmente, aliando a motivação do casal nesta fase a uma informação clara e compreensível, poderemos ter resultados positivos no cuidar do recém-nascido reduzindo a morbilidade e mortalidade neonatal (WEINER, PARTRIDGE, MARTINEZ, 2011).

Pearson e Vaughan (1992) realçam a importância de alicerçar a prática dos cuidados num modelo teórico de enfermagem de modo a proporcionar uma orientação para o cuidar em enfermagem, na medida em que possibilitam os conceitos e objetivos que conduzem a uma uniformização da comunicação.

Em Outubro de 2012 realizou-se uma revisão de literatura utilizando a Biblioteca online EBSCO Host e as bases de dados CINAHL e Medline. As palavras-chave foram utilizadas com a seguinte orientação: ["communication strategies in health" OR "health communication" OR "communication" OR "communication skills"; "nurs*" OR "pediatric nursing" OR "pediatrics" OR "nurse-patient relations"; "health promotion" OR "health education" OR "health knowledge" OR "health promotion methods" OR "parents education" e ("communication strategies in health" OR "health communication" OR "communication" OR "communication skills") AND ("nurs*" OR "pediatric nursing" OR "pediatrics" OR "nurse-patient relations") AND ("health promotion" OR "health education" OR "health knowledge" OR "health promotion methods" OR "parents education")], as palavras foram procuradas retrospectivamente até 2008, resultando 17 artigos no total.

Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos com foco na comunicação para a saúde e educação parental, com recurso a metodologia qualitativa e/ou quantitativa ou revisão sistemática da literatura, que clarifiquem quais as estratégias com resultados positivos na educação para a saúde. Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior a 2008 e todos aqueles sem co-relação com o objecto de estudo. O número total de artigos para análise foi 3. Na análise destes 3 artigos revelam-se 3 estratégias de comunicação em saúde, 2 das quais são com recurso à tecnologia informática, na educação para a saúde: a internet e o uso de telemóveis. Segundo estes estudos parece haver evidência que são instrumentos de comunicação para a saúde importantes e nos quais se deve investir. No entanto, o uso de cartazes e folhetos continua a ser um eficaz meio de comunicação para educar para a saúde.

Em Portugal, segundo TABORDA (2010), no primeiro trimestre de 2010, 48,8% dos lares de Portugal continental dispunham de acesso à Internet. Apesar de esta percentagem se aproximar da metade do universo, a maioria dos lares não dispõe ainda de ligação à Internet. Segundo o JORNAL VIDA ECONÓMICA (versão online) de 7 de Setembro de 2012, 87% da população portuguesa tem telemóvel, e conforme o JORNAL PUBLICO (versão online) os telemóveis e smartphones são usados para ir à Internet por quase 21% dos utilizadores. São números que não deixam dúvidas quanto à importância do telemóvel como instrumento de comunicação para educar para a saúde. Em relação ao uso de desenhos, imagens e palavras, estes são instrumentos de comunicação já utilizados pelos enfermeiros, o uso de cartazes e folhetos são habitualmente encontrados nos serviços de saúde, no entanto segundo PAULO KUTEEV MOREIRA, em hospitaldofuturo.com de 9 de dezembro de 2010, as ações de comunicação em saúde não têm qualquer avaliação do impacto e muitas vezes não têm um propósito estratégico. Será importante que os profissionais de saúde reflitam sobre este assunto. A implementação de sites promotores de saúde monitorizados por enfermeiros, sob a forma de fórum ou por email ou ainda a implementação de envio de SMS podem fazer a diferença numa geração rodeada de tecnologia, motivando a aprendizagem, no entanto é necessário educar para que não haja invasão de informações não fidúncias.

BIBLIOGRAFIA

- GALVÃO CM, SAWADA NO, TREVIZAN MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-Am Enferm.** 2004 Mai/Jun; 12(3) p.549-56.
- HALL W. , IRVINE V. (2009) E-communication among mothers of infants and toddlers in a community-based cohort: a content analysis. **Journal of Advanced Nursing.** 65(1), pp.175–183.
- JORDAN, ET., RAY, EM., JOHNSON, P., EVANS, D. Text 4 Baby. **Nursing for Women's Health.** AWHONN. 2011, pp.206-212.
- SILVA GRF, CARDOSO MVLML. Percepção de mães sobre um manual educativo sobre estimulação visual da criança. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(4), pp.847-57.
- TABORDA, Maria João. **A Utilização de Internet em Portugal.** 2010. Acedido em 15.11.2012, disponível online em:
http://www.unic.pt/images/stories/noticias/Relatorio_LINI_UMIC_InternetPT.pdf
- TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. **Aná. Psicológica [online].** 2004, vol.22, n.3, pp. 615-620. ISSN 0870-8231.
- ZUGE, S., BRUM, C. Educação em Saúde e comunicação: a práxis da enfermagem. **Revista Espaço Académico.** nº 106, (2010). ISSN 1519-6186.

ANEXO XXII - NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA REGISTOS EM SAPE NO PROGRAMA DE SAÚDE INFANTIL



Norma de Registos de Enfermagem

SAPE – SAUDE INFANTIL

Elaborado por: Enfª Cláudia Rainha

1º contacto com o utente /família

Agendados em SAPE previamente se possível

RAC(Registro Administrativo de Contato) de Enfermagem: se a criança tem consulta médica, o RAC é efetuado pelas administrativas, se a criança vem para peso ou outro tipo de consulta de enfermagem, por enquanto é a enfermeira que realiza o RAC, se a criança tem consulta agendada vai aparecer automaticamente no SAPE realçado a castanho, se a criança não tem agendamento tem de se introduzir o nome da enfermeira no RAC do SINUS, e este vai surgir realçado a verde no SAPE

Os Pesos são sempre agendados em SAPE, é sempre uma consulta de enfermagem, a não ser que o enfermeiro apenas pese o bebe e não faça nenhum ensino.... Neste caso não é necessário RAC pois é um ato de enfermagem...

No nosso caso que existe uma enfermeira por programa, só a 1ª faz RAC, a ou as seguintes enfermeiras realizam Ato de enfermagem, por exemplo: se a enfermeira que fez a consulta de enfermagem na saúde infantil realizou RAC, e depois a criança vai fazer vacinas com outra enfermeira, esta ultima apenas regista no SINUS no item 9 do Menu, os registos no SAPE apenas dizem respeito à vacinação porque é um ATO.

Ativar utente no SAPE

Existem duas alternativas, ou pelo plano de trabalho e daqui acede-se aos vários itens pelos ícones disponíveis, ou individualmente a cada um antes de ir ao plano de trabalho....

Programa: Saúde Infantil

Avaliação Inicial: completar o máximo de dados possíveis, no entanto é OBRIGATÓRIO que constem os dados do “Diagnóstico Precoce” e da “Alimentação”, principalmente “Aleitamento materno aos 3 meses”.

Processo de Enfermagem:

FOCOS	STATUS	INTERVENÇÕES
Adesão à vacinação	<p>DEMONSTRAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não demonstrado, se não estiver atualizado, mesmo que venha vacinar-se dentro do prazo. - Demonstrado, no caso de PNV atualizado <p>CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE VACINAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não demonstrado, após a nossa intervenção passa a – Demonstrado 	<p>Exemplos:</p> <p>Ensinar os pais sobre adesão à vacinação</p> <p>Ensinar os pais sobre resposta à vacinação</p> <p>Planear vacinação</p>
Desenvolvimento Infantil	<p>ALTERAÇÃO:</p> <p>Alterado / não alterado</p> <p>CONHECIMENTO SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL:</p> <p>Não demonstrado, após a nossa intervenção passa a – Demonstrado</p>	<p>Peso</p> <p>Altura</p> <p>Perímetro cefálico</p> <p>IMC</p> <p>Clicar em “Todas” no campo retangular escrever <i>mary</i> e clicar Enter, selecionar “Monitorizar escala de Mary Sheridan</p>
Papel Parental	<p>ADEQUAÇÃO:</p> <p>Adequado / não adequado</p> <p>CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE</p> <p>Não demonstrado, após a nossa intervenção passa a – Demonstrado</p>	<p>Ensinar sobre comportamento de procura de saúde</p> <p>Facilitar aprendizagem de habilidades...</p> <p>Ensinar sobre papel parental no recém- nascido / lactente / criança</p>

Podemos colocar mais focos, mas estes 3 são os essenciais!

Exemplo: Amamentar, Precaução de segurança, ...

Convém verificar se o processo da mãe também está atualizado, se não estiver fazemos RAC de Enfermagem, damos termo ao programa Saúde Materna e iniciamos o programa Puerpério.

