



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PARENTALIDADE A CRIANÇA/FAMÍLIA EM TRANSIÇÃO

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 Raquel Alves de Sousa

Lisboa, Fevereiro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PARENTALIDADE A CRIANÇA/FAMÍLIA EM TRANSIÇÃO

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 Raquel Alves de Sousa

Sob orientação da Professora Margarida Lourenço

Lisboa, Fevereiro de 2013

“Ninguém nasce pai ou mãe.
Para se tornar pai ou mãe,
o indivíduo necessita de um período
de transformação e crescimento,
para definição do seu papel como pai ou mãe,
adaptando-se assim à parentalidade. “

Manning (2006)

RESUMO

O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados à criança/família nos mais variáveis contextos e em diversas fases do ciclo de vida.

No decorrer do seu percurso profissional, depara-se com vários momentos de transição na vida da criança/família. Estas transições desencadeiam alterações significativas no quotidiano das mesmas. O Enfermeiro assume o papel de ajudar a criança/família durante estes processos de transição, quer para a parentalidade, quer na saúde-doença.

A transição implica, por parte dos enfermeiros, a aquisição de novos conhecimentos, a definição de novos papéis e o desenvolvimento de novas competências e estratégias.

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir sobre as competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e descrever o trajeto realizado para a aquisição das mesmas ao longo dos estágios.

No Módulo I, realizado na Unidade de Saúde Familiar da Ramada, o foco de atenção foi a transição para a parentalidade. No Módulo II, realizado no Serviço de Pneumologia Pediátrica do HSM, o foco de atenção foi a transição saúde-doença. No Módulo III, realizado no Serviço de Neonatologia do HSM, o foco de atenção foi novamente a transição para a parentalidade, e no Serviço de Urgência Pediátrica do HSM o foco de atenção foi a transição saúde-doença.

Como objetivo geral, transversal a todos os módulos de estágio, pretendi contribuir para a promoção de competências parentais, no âmbito das funções atribuídas ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família em transição.

Para sustentar este tema, orientar e fundamentar as intervenções de enfermagem, foi escolhida a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta teoria salienta que as pessoas ao sofrerem alterações na saúde e doença, vivem processos de transição, que os torna mais vulneráveis afectando a sua qualidade de vida.

Foi também realizada uma revisão sistemática da literatura, orientada para a questão: Qual o papel do enfermeiro na promoção de competências parentais?

Torna-se fundamental o enfermeiro conhecer as dificuldades dos Pais no cuidar da criança, de modo a facilitar a adaptação aos seus novos papéis, promovendo novas competências, que visem a autonomia dos mesmos no cuidar da criança, em qualquer contexto que ela se encontre.

Palavras-chave: Competências, enfermagem, transição, parentalidade, saúde, doença, criança, família.

ABSTRACT

A nurse specialized in Child Healthcare and Paediatrics takes care of the child/family in various contexts and in different moments of their life cycle.

During his carrier, this healthcare professional will have to deal with moments of transition in the lives of children and their families. These transitions may imply significant changes in the day-to-day lives of those involved. The nurse must help the child and her family to cope with these moments of transition, in what regards to both parenthood and healthcare.

Dealing with transition implies that nurses have to acquire more knowledge, develop new skills and strategies, even playing a new role.

As I describe my professional development during different internships, this report has helped me to meditate on the skills needed to a nurse specialized in Child Healthcare and Paediatrics.

In Module I, held at Unity Family Health Ramada, the focus of attention was the transition to parenthood. In Module II, held at the Division of Pediatric Pulmonology HSM, the focus was the health-illness transition. In Module III, conducted in the Department of Neonatology of the HSM, the focus was again the transition to parenthood, and ER Pediatric HSM focus of attention was the health-illness transition.

In all internships there was a common goal: promote parental skills, within the scope of the procedures expected from the nurse specialized in Child Healthcare and Paediatrics, as he provides healthcare to child and family in transition.

The approach to this theme was based on the Afaf Meleis' Theory of Transition; this was used to guide and support the nursing interventions. According to this theory, when people experience health changes, they go through a period of transition that makes them more vulnerable, affecting their quality of life.

The bibliographic review was focused on the research question: What role does the nurse play in developing parental skills?

It is very important that the nurse acknowledges the difficulties experienced by the parents, as they take care of their sick child. The nurse's role is to facilitate the parents' adaptation to the situation, promoting their parenting skills, in order to develop the child's autonomy.

Key words: Skills, nursing, transition, parenting, heath, illness, child, family.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos pela compreensão da minha ausência em momentos importantes para todos nós.

Aos meus pais, irmão, sogros e marido pelo apoio, carinho e incentivo nos momentos mais difíceis da minha caminhada durante os 18 meses de estudo.

À minha filha Francisca à qual não pude dar toda a atenção necessária.

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

À Professora Margarida Lourenço pela sua disponibilidade, paciência e preciosa ajuda na orientação deste trabalho.

A todas as crianças e pais que acompanhei durante o decorrer dos ensinamentos clínicos, que me receberam com carinho e se mostraram disponíveis para partilhar as suas experiências perante situações de transição.

A todos o meu Obrigado!

Raquel Alves de Sousa

LISTA DE ABREVIATURAS

Artº. – Artigo

D.L. – Decreto – Lei

Enfº./ª. – Enfermeiro/a

Nº. – Número

p. – Página

RN – Recém-Nascido

Srº- Senhor

TA – Tensão Arterial

LISTA DE SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EESIP- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

HSM – Hospital de Santa Maria

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

PIPO- Programa de Intervenção Precoce Odivelas

PNV- Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SDR- Sinais de Dificuldade Respiratória

SIECE- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SNG- Sonda Nasogástrica

SOPed – Serviço de Observação de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UMAD- Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

USF- Unidade de Saúde Familiar

VNI- Ventilação não Invasiva

Índice

	Pág.
0 - INTRODUÇÃO	19
I – PARTE ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1 - A PARENTALIDADE	25
2 - TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS	29
3 - O CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS PERANTE OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO	31
4 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	33
II – PARTE MÓDULOS DE ESTÁGIO	43
1 - CARATERIZAÇÃO SUMÁRIA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	45
1.1 – CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DO HSM	45
1.2 – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA RAMADA	45
1.3 – SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO HSM	45
1.4 – SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HSM	46
1.5 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HSM	47
2 - ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	47
2.1 – MÓDULO I	48
2.1.1 - CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DO HSM	48
2.1.2 - UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA RAMADA	50
2.2 – MÓDULO II	61
2.2.1 - SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO HSM	61
2.3 – MÓDULO III	70
2.3.1 - SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HSM	70
2.3.2 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HSM	74
III – PARTE CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
1 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	81
2 - CONCLUSÃO	83
3-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	99
Anexo I – Ficha de Ligação à Saúde Escolar (11-13 Anos)	100

Anexo II – Inquéritos da Asma	102
Anexo III – Relatório da Sessão: “ Promoção de Competências na Parentalidade: Cuidados ao RN”	114
Anexo IV – Guia do Bebê	131
Anexo V – Folheto: “Brincar: Brinquedos adequados por idades”	142
Anexo VI – Cartaz Informativo “Brincar”	144
Anexo VII – Check List Brinquedos	146
Anexo VIII – Relatório da Formação: “Brincar”	150
Anexo XIX – Folheto “Ler Mais dá Saúde”	162
Anexo X – Conto “A Maria e o Pantufa”	164
Anexo XI – Convites para a “Hora do Conto”	167
Anexo XII – Canção “O Balão do João”	169
Anexo XIII – Folheto “Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida”	171
Anexo XIV – Relatório da Sessão: “Hospitalização da Criança e a Importância do Brincar”	173
Anexo XV – Guia de Preparação para a Alta	187
Anexo XVI – Relatório da Sessão: “Aleitamento Materno e Cuidados de Higiene ao RN”	193
Anexo XVII – Cartaz Informativo “Aleitamento Materno”	215
Anexo XVIII – Folheto “Febre”	217
Anexo XIX – Tabela Medicação	219

Índice Tabelas

	Pág.
Tabela N°1.....	35

0 - INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, foi solicitado a elaboração de um relatório com a finalidade de descrever e analisar o percurso efetuado ao longo dos estágios, refletir sobre as competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e o trajeto realizado para a aquisição das mesmas (competências contempladas no Regulamento do Mestrado).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p. 4) as competências específicas do Enfermeiro Especialista são definidas como: “As competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

A área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (SIP) é uma área de grande complexidade com múltiplas especificidades e realidades, pois abrange etapas completamente diferentes do desenvolvimento da criança, desde o nascimento aos 18 anos de idade, podendo em casos específicos, tais como doenças crónicas, incapacidades ou deficiências, prolongar até aos 21 anos de idade, nunca esquecendo o envolvimento da família ou do prestador de cuidados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família, em qualquer contexto que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2010).

A escolha da temática a desenvolver **Promoção de Competências na Parentalidade – “A Criança/Família em Transição”**, surgiu após reflexões quotidianas no âmbito da prática profissional, ao reconhecer os pais como primeiros cuidadores da criança.

O nascimento de uma criança, quando é desejado e esperado, é sempre envolto numa atmosfera de amor e de expectativas acerca da criança, idealizando como será o novo membro da família. Os pais têm de integrar na sua nova identidade o papel parental, assumindo novas responsabilidades, desenvolvendo novas competências para cuidarem do RN, redefinindo novos valores e novas prioridades.

A teoria das transições desenvolvida por Afaf Meleis foi escolhida para delinear o quadro conceptual e orientar as intervenções de enfermagem, no decurso da investigação. Esta escolha deve-se ao facto da mesma, se ter interessado sobre questões relacionadas com os processos de transição que ocorrem durante o ciclo de vida das

peças, a forma como estas os experienciam, e as suas implicações na saúde e da percepção do bem-estar dos indivíduos e das suas famílias.

Os módulos de estágio desenvolvidos têm como base orientadora um projeto elaborado previamente, onde foram delineados objetivos, as atividades para os atingir e descritas as competências que se pretendem desenvolver em cada Módulo.

O Módulo I do Estágio, desenvolvido em Unidades de Saúde prestadoras de cuidados de saúde primários foi realizado na Unidade de Saúde Familiar da Ramada (ACES de Odivelas). Este módulo integrou ainda um período de observação de três dias, na Consulta Externa de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

O Módulo II do Estágio, a ser desenvolvido em Unidades de Saúde prestadoras de cuidados a crianças/famílias em situações de doença aguda e/ou crónica, foi realizado no Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria.

O Módulo III do Estágio desenvolveu-se em duas fases, a primeira direcionada para a prestação de cuidados em Unidades de Neonatologia, foi realizada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria. A segunda fase vocacionada para a prestação de cuidados à criança/família em situação de urgência, foi realizada no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria.

Com as intervenções desenvolvidas em cada módulo, pretendeu-se demonstrar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em SIP junto da criança/família. A realização de Ensinos Clínicos no campo de intervenção dos cuidados na área da Saúde Infantil e Pediátrica, revela-se um contributo importante para o desenvolvimento de competências específicas dos futuros EESIP.

O presente relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, onde é apresentada, justificada e sustentada a temática central do relatório, assim como a revisão sistemática da literatura direcionada para a seguinte questão: Qual o papel do enfermeiro na promoção de competências parentais?. A segunda parte inclui uma breve caracterização dos locais de estágio, a descrição e análise dos objetivos delineados, assim com as atividades e competências que se desenvolveram. A terceira parte do relatório incluiu a conclusão e a reflexão das competências desenvolvidas.

Atendendo a uma metodologia descritiva e crítica, pretende-se reflectir sobre o impacto de toda esta experiência no meu processo contínuo de aprendizagem pessoal e profissional. Assim, os objetivos deste relatório são: expor de forma crítica e reflexiva o meu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do curso; descrever de forma

critica os objetivos, respectivas atividades e competências adquiridas ao longo dos estágios; refletir sobre todo o trabalho desenvolvido e sobre as necessidades e dificuldades com as quais me deparei ao longo deste percurso.

I – PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - A PARENTALIDADE

“ ... não são raras as mulheres que esperam que uma qualquer iluminação “instintiva” desça sobre si e esclareça, súbita e magicamente, o que há a fazer com um bebé pequeno que não fala, não diz de si, não se explica nem se faz entender”.

LEAL (2005, p. 10)

Ao longo do seu ciclo de vida o ser humano passa por várias fases de transição, no qual o seu início pode ser precipitado por um determinado acontecimento, como por exemplo o nascimento de um filho. Esta transição pode ser planeada e desejada, uma escolha pessoal, ou pelo contrário ser alheio à vontade do mesmo. Esta transição para a parentalidade provoca profundas alterações na vida de cada um, que se repercutem em todos os elementos da família.

Na versão 1 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2006, p.43) a Parentalidade é assumida como: *“a acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitarem a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou não”.*

Na transição para a parentalidade o casal tem de ter a capacidade de assumir novos papéis e novas funções, modificar comportamentos e adquirir novas competências.

A fase de transição para a parentalidade é uma fase de grande vulnerabilidade e de instabilidade na vida dos casais, cuja forma como estes se adaptam, poderá ter repercussões na saúde e no bem-estar do RN, do casal e da restante família.

De acordo com PARKE e BURIEL (1998) cit. por CRUZ e DUCHARNE (2006) a parentalidade é definida como um modelo tripartido, em que os pais assumem três papéis: funcionam como parceiros de interação numa base regular, como instrutores e conselheiros, delineando padrões de comportamento, colocando exigências e, finalmente, são responsáveis pela organização em casa e provimento de múltiplas experiências externas à mesma.

Não nascemos pais, tornamo-nos pais... a parentalidade fabrica-se com ingredientes complexos (MORO, 2005).

Os pais têm o dever e a responsabilidade de educar, cuidar, proteger e socializar a criança devendo promover o seu desenvolvimento físico, intelectual e moral, sendo que muitos autores bem como trabalhos de investigação têm evidenciado cada vez mais que as oportunidades para um bom desenvolvimento estão sobretudo, dependentes do contexto familiar no qual a criança cresce e se desenvolve (COUTINHO, 2004).

A parentalidade é um domínio onde o jogo dos afetos e das emoções se vivenciam com grande intensidade, consistência ao longo do tempo e gastos de energia em diversas vertentes. A componente educativa e afetiva estão intrinsecamente ligadas à razão, fazendo desta etapa de transição um marco relevante no desenvolvimento das pessoas envolvidas e da criança como principal precursor e beneficiário.

Ao interagir com os seus filhos, os pais adoptam valores, atitudes e condutas, tendo como base as imputações inerentes ao seu novo papel, as quais são interiorizadas de acordo com as expectativas dos restantes membros da família, dos amigos e da sociedade em que se encontram inseridos, perante o que julgam ser um papel parental condigno que promova o melhor desenvolvimento da criança.

Para BARRADAS (2008) o papel parental requer skills de diversos tipos, pois visa providenciar um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da criança, responder ao desconforto das crianças, às interações sociais e comportamentos disruptivos, resolver conflitos e dificuldades interpessoais.

O grau de comprometimento dos pais e a maneira como desempenham seus papéis são assim influenciados por uma série de variáveis e pela experiência exclusiva de socialização de cada um, bem como da evolução da sociedade (HOCKENBERRY e WINKELSTEIN, 2006).

No período pós-parto os Pais têm de se adaptar às várias alterações que se lhes colocam a nível físico, psicológico e relacional, decorrentes das modificações impostas à dinâmica familiar pela integração de um novo membro na família. Necessitam de muita informação, ensinamentos, relativamente à aprendizagem de práticas do cuidar e ao desenvolvimento de competências parentais, já que apresentam na maioria das vezes insegurança nos cuidados à criança, nomeadamente após o nascimento.

Foram estes factores que me motivaram a explorar esta temática, aprofundando os conhecimentos e dificuldades inerentes à prática do cuidar. O estabelecimento da relação de ajuda entre o EESIP e os pais, contribui para promover o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que vão ajudar os pais a cuidar dos seus filhos de forma autónoma. A vulnerabilidade inerente a qualquer criança exige que os seus pais

estejam conscientes das suas responsabilidades e competências parentais de forma a assegurar o seu melhor desenvolvimento.

Faz parte das competências do Enfermeiro Especialista apoiar a criança/família durante o processo de transição e de adaptação à parentalidade, assim como na transição da saúde-doença, de forma a proporcionar o bem-estar de todos os elementos envolvidos nesta transição.

Os fracassos e os sucessos dos filhos são sentidos pelos pais como os seus próprios sucessos e fracassos enquanto pais, educadores, e seres humanos (RELVAS e LOURENÇO, 2001). Assim, a parentalidade pode ser vista como um projecto a longo prazo, envolvendo um plano educacional, dádivas de amor e afecto, e uma série de cuidados indispensáveis para o bem-estar da criança.

Hoje em dia, a evidência do papel parental está relacionada com uma prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica de Excelência, sustentada em modelos teóricos e documentos norteadores da profissão, que revelam a importância dos pais como principais cuidadores da criança. A sua capacitação para este papel enquadra-se nas funções do EESIP que “(...) *implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)*” (OE, 2009, p.21).

Deste modo, enquadra-se dentro do objetivo da profissão de enfermagem intervir no sentido do desenvolvimento das competências parentais, sendo este “*prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e os grupos sociais em que ele está integrado, (...) ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*” (n.º1 do Artigo 4.º do Decreto-lei 161/96).

A função parental deve ser sempre apoiada e estimulada, de forma a potenciar “ganhos em saúde” para a criança/família. As competências parentais têm implicações na saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança pelo que devem ser valorizadas e constituir um foco de atenção do EESIP como cuidador e defensor do bem-estar da criança.

2 - TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

A enfermagem enquanto ciência necessita de suporte teórico que defina conceitos e metodologias que orientem a profissão de forma estruturada, sólida e autónoma. Para tal, a existência de um modelo conceptual claro e preciso, torna-se um factor determinante para a autonomia da profissão, uma vez que “ (...) *contribui para a clarificação da nossa [dos enfermeiros] razão de existir*” (ADAM, 1994, p.24).

O conhecimento acerca das transições humanas tem sido assumido, cada vez mais, como central para a enfermagem.

Como referencial teórico, para sustentar o tema, foi escolhida a Teoria das transições de MELEIS (2000), em que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências.

Após uma longa e profunda reflexão sobre as transições, e após vários anos a escrever sobre elas, Afaf Meleis, desenvolveu esta teoria de médio alcance que aborda uma problemática que é central para a enfermagem, e que consiste na compreensão do desenvolvimento do ser humano face às mudanças previsíveis e imprevisíveis da sua vida, bem como as suas respostas perante estas situações de stress.

Esta teoria de enfermagem defende uma prática de enfermagem mais humanizada, científica, partilhada, holística, que requer um conhecimento a respeito do crescimento e desenvolvimento ao longo do ciclo vital, enfrentando e adaptando aos eventos importantes da vida e mudanças no estado de saúde de um estágio de bem-estar para um de doença. Esta instabilidade transicional é desencadeada por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde-doença (MELEIS e SCHUMACHER, 2010).

De acordo com esta teoria, as transições podem ser definidas como: “... *passagem de uma fase de vida, condição, ou um estado para outro (...) a transição refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa-ambiente. Esta pode envolver mais de uma pessoa e está incorporada no contexto da situação*” (MELEIS e TRANGENSTEIN, 2010, p. 67).

A transição para a parentalidade é o processo de transformação individual, conjugal e social (RAMOS, 2005), através do qual os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças.

Segundo MENEZES e LOPES (2007), a transição para a parentalidade é uma das maiores mudanças que o sistema familiar pode passar. É o momento em que os cônjuges, antes apenas um casal, se tornam pais, progenitores de uma nova família. O nascimento do primogênito, em especial, é a primeira experiência de parentalidade vivida pelo casal.

Mobilizando o pensamento de MELEIS et al (2000, p.13) citado por MESSIAS (2004), as transições são o resultado de algo e têm como consequência mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente.

Para ABREU (2008, p.35) citando MELEIS, a concepção de transição remete para *“uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades sócio-culturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas”*.

É importante que o enfermeiro na procura da excelência dos cuidados identifique o tipo e os padrões de transição, no qual o utente/família se encontra, a fim de definir intervenções que permitam ultrapassar a transição de forma saudável. Os enfermeiros são, assim, a chave para a identificação e compreensão dos fenómenos que podem caracterizar-se como transições. Intervir no sentido do desenvolvimento das competências parentais, enquadra-se dentro do objectivo da profissão de enfermagem.

Para CRUZ (2005) a transição para a parentalidade é uma das tarefas mais importantes da vida adulta e as expectativas interiorizadas relativamente ao papel de pai ou de mãe pode alterar o desenvolvimento da criança e da própria família, quer a nível estrutural, quer a nível do comportamento de saúde.

De acordo com MELEIS (2007), a forma como as pessoas se adaptam aos diversos processos de transição que ocorrem ao longo do seu ciclo de vida, como na sua transição para a parentalidade, influenciam o bem-estar familiar e a sua saúde. Assim, de forma a potenciar a saúde das pessoas e a sua percepção de bem-estar durante os seus processos de transição, os enfermeiros devem compreender as experiências vivenciadas pelas mesmas, de forma a anteciparem as suas necessidades e poderem apoiá-las no decurso das mesmas.

3 - O CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS PERANTE OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO

“O enfermeiro desempenha um papel importante no acompanhamento das famílias durante o exercício da parentalidade e, nomeadamente, no desenvolvimento das competências parentais. A posição privilegiada que ocupa nos serviços de saúde (...) permite-lhes identificar as necessidades e preocupações das famílias, prevenir situações de risco (...) e fundamentalmente, promover a saúde dos indivíduos”.

(SOARES, 2011)

A enfermagem como ciência, disciplina e profissão, tal como a conhecemos na actualidade, é o resultado de um longo processo de transformação e de desenvolvimento, onde o crescimento de um corpo de conhecimentos próprio, resultante do investimento na área da investigação, teve um papel primordial.

A formação académica e profissional dos enfermeiros exige o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e profissionais, que lhes permitem prestar cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (REPE, 2005).

Segundo MELEIS (2007), o enfermeiro interage com o ser humano, o qual faz parte de um contexto sócio-cultural, numa condição de saúde/doença e vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interacção enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a acção para promover, restaurar ou facilitar a saúde. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os indivíduos que vivem transições, sendo o conceito de transição central para a Enfermagem.

A Enfermagem pretende ajudar os clientes facilitando as transições dirigidas para a saúde e a percepção de bem-estar; mestria; nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a energia dos clientes pode ser mobilizada (MELEIS e TRANGENSTEIN, 1994).

Assim, as transições pertencem ao domínio da disciplina de Enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (MELEIS, 2007).

Durante a prestação de cuidados, os enfermeiros desenvolvem intervenções que lhes permitem antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar ou ajudar os outros a lidarem com as transições (MELEIS, 2010).

Na prestação de cuidados à criança e à família, tendo por base a Teoria das Transições, o enfermeiro tem em mente que estas são fenómenos complexos que podem ocorrer de

forma individual ou em simultâneo, e que algumas poderão estar interligadas ou desencadear o aparecimento de outras.

O estudo e a compreensão das transições desta teoria são muito relevantes para o domínio de enfermagem. Desta forma, baseados nas transições, MELEIS e TRANGNSTEIN (2010, p.5) defenderam que “... o principal objetivo da missão de enfermagem poderá ser ajudar as pessoas a passarem por transições saudáveis e a obterem resultados saudáveis”.

O enfermeiro está habilitado a assistir as pessoas que vivem transições, cujo objetivo não é apenas conhecer a teoria, mas a partir da sua utilidade usar formas para utilizar este conhecimento na prática. Assim sendo, o enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (MELEIS, 2007).

De acordo com a SOARES (2011), a transição para a parentalidade é uma temática com bastante relevo para a profissão de enfermagem, dado o impacto que a mesma poderá ter na saúde das crianças, casais e suas famílias, e no futuro das sociedades, sendo considerada uma prioridade nos cuidados de enfermagem.

Desta forma, pode concluir-se que o processo de transição é um caminho longo e por vezes tortuoso. Os enfermeiros poderão dar um valioso contributo ao acompanharem e apoiarem os pais ao longo do seu percurso, colaborando desta forma para a promoção da saúde das famílias e das gerações futuras.

4 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Os cuidados de enfermagem, de acordo com o REPE (2005), têm como principal objetivo manter, melhorar ou recuperar a saúde dos indivíduos e das suas famílias.

Os enfermeiros têm o dever de proteger e salvaguardar os grupos mais vulneráveis (REPE, 2005), ajudando neste caso, a criança/família na adaptação às novas mudanças ocorridas nas suas vidas, a fomentar a sua autonomia, e a alcançarem a saúde e a sensação de bem-estar.

Durante os processos de educação para a saúde, os enfermeiros têm a oportunidade de clarificar os casais e seus familiares sobre o papel parental, explicando-lhes quais são os padrões de comportamento esperados, os sentimentos e as sensações associados ao mesmo, e ainda, as funções que deverão assumir e as competências a desenvolver (MELEIS, 2010).

No exercício da enfermagem as revisões sistemáticas constituem instrumentos valiosos. De acordo com RAMALHO (2005), a revisão sistemática da literatura é um método de pesquisa rigoroso e reprodutível, que proporciona a organização metódica de resultados provenientes de estudos primários relevante, extraindo dos mesmos a melhor evidência científica. Este método permite a identificação de lacunas de evidência científica e o surgimento de novas questões de investigação.

Ainda segundo o mesmo autor, a revisão sistemática da literatura tem como vantagem permitir o acesso rápido e actualizado de conhecimentos relativamente às práticas clínicas. Estes conhecimentos poderão contribuir para a tomada de decisões na área da saúde, desenvolver uma prática clínica baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e fazer a aproximação entre a teoria e a prática.

Neste relatório pretendeu-se aprofundar conhecimentos sobre a transição para a parentalidade, mais concretamente sobre as intervenções de enfermagem consideradas relevantes para a promoção de competências parentais.

De forma a obter-se o conhecimento desejado, recorreu-se à revisão sistemática da literatura, como método científico de pesquisa.

Questão de Investigação

Para a elaboração da questão de pesquisa e definição dos critérios de selecção do estudo, foi utilizado o método de PI[C] OD (Participantes, Intervenção, Comparação, *Outcomes* e Desenho): Participantes - Pais ; Intervenções - Intervenções do Enfermeiro

na promoção das competências parentais; Outcomes – competências parentais adquiridas pelos pais; Desenho – Estudos quantitativos e qualitativos.

Assim a questão a que se pretende responder, no contexto deste estudo, é: **“Qual o papel do Enfermeiro na promoção de competências parentais?”**

Com esta questão, pretende-se identificar os estudos realizados e publicados sobre esta temática, e determinar o nível de conhecimento actual sobre a mesma.

Estratégias de Pesquisa

Para a pesquisa de estudos relevantes e partindo do descritor MeSH Browser, foram seleccionados termos que a conduziram e delimitaram: parentalidade, transição, competências parentais, papel do enfermeiro, criança, família. De forma a abranger um maior número de estudos, foram utilizados durante a pesquisa os termos correspondentes às palavras-chave na língua inglesa: parenting, transition, parenting skills, role of nurses, child and family.

As bases de dados pesquisadas foram: EBSCO, PubMed, B-On, Scielo, LILACS, MEDLINE e BDENF. Como complemento, foi realizada pesquisa manual na Biblioteca da Universidade Católica e utilizado o motor de pesquisa Google Scholar.

Estratégias Metodológicas

Foram incluídos nesta pesquisa: estudos primários que incidiram sobre a transição para a parentalidade de pais em que ambos os progenitores tenham sido pais pela primeira vez; estudos com evidência científica, qualitativos ou quantitativos e estudos em que os participantes são alvo das intervenções de enfermagem.

Foram excluídos os estudos: que se encontravam em outras línguas que não o português, inglês, francês ou espanhol, por dificuldade em traduzir outras línguas e estudos em que os pais apresentavam limitações físicas ou doenças psiquiátricas.

Apenas se consideraram os estudos publicados a partir de 2005, não tendo sido feita nenhuma restrição relativamente aos métodos utilizados, ao tipo de apresentação ou publicação.

Seleção dos Estudos

Da pesquisa realizada inicialmente, na B-On, obtiveram-se 634 artigos potencialmente relevantes. Destes artigos foram excluídos 470 através do título e 90 através da leitura

do resumo. Não foram incluídos 20 artigos devido à inacessibilidade dos mesmos. Dos estudos selecionados, 8 estavam repetidos. Foram colocados 46 artigos em apreciação, sendo excluídos 24 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Não foram considerados 15 artigos pelo facto de não abordarem as intervenções de enfermagem. Obteve-se uma amostra de 7 artigos que preencheram os critérios de inclusão e de exclusão e que não apresentaram omissões de informação relevantes, tendo os mesmos sido apresentados na tabela N.º1.

Tabela N° 1 – Estudos constituintes da amostra das bases de dados eletrónicas:

Estudos Primários	Objetivos	Participantes/ Contexto	Intervenção	Método Análise	Resultados
BARRY, Amy; SMITH, JuliAnna; DEUTSCH, Francine [et al]. (2011) USA	Perceber qual a percepção que os pais têm das suas competências para cuidar da criança; Analisar a importância do envolvimento nos cuidados à criança para o desenvolvimento de competências parentais.	152 casais, pais pela primeira vez. Realização de entrevistas durante o período pré-natal; 1 mês e 1 ano após o parto.	Envolvimento dos pais com a criança para o desenvolvimento de competências.	Estudo qualitativo. Análise de conteúdo	A percepção do pai face às suas competências parentais está relacionada com o seu envolvimento com o recém-nascido. Contudo, esta relação pode ser comprometida se o pai tiver crenças inapropriadas face ao comportamento da criança.
DEAVE, JOHNSON (2008) Inglaterra	Explorar as necessidades dos pais pela primeira vez relativamente ao cuidado, suporte e educação providenciada por profissionais de saúde durante o período antenatal, particularmente em relação à preparação para a transição para a paternidade e desenvolvimento de competências parentais.	20 Pais pela primeira vez, cuja gravidez das suas companheiras decorreu sem complicações.	Identificação das necessidades de apoio dos pais durante a sua transição para a parentalidade.	Estudo qualitativo Entrevistas semi-estruturadas realizadas em casa no último trimestre da gravidez e no 3-4 mês após o parto	- Durante o processo de transição para a parentalidade existem poucos mecanismos de apoio aos pais. - As aulas de preparação para a parentalidade não estão direccionadas para as necessidades dos pais. - Os pais necessitam de mais informações no período pré-natal sobre a parentalidade, os cuidados ao bebé e mudanças na sua relação com a companheira.
DEAVE, JOHNSON, INGRAM (2008) Inglaterra	Compreender como é que os pais e as mães pela primeira vez podem ser apoiados no período pré-natal, em relação à transição para a parentalidade e desenvolvimento de competências parentais.	Participaram 24 mulheres que foram mães pela primeira vez, após uma gravidez e parto sem complicações e vinte dos seus companheiros (também pais pela primeira vez).	Identificação dos meios de suporte considerados importantes durante a transição para a parentalidade no período pré-natal e pós-parto	Estudo Qualitativo Realizadas entrevistas semi-estruturadas no último trimestre de gestação e no 3-4 mês após o parto no domicílio	-Foi demonstrado a necessidade de melhorar as intervenções que visam preparar ambos os pais para a parentalidade. -É importante incluir os companheiros na educação pré-natal. - A preparação inadequada para a parentalidade é uma preocupação para as mulheres e seus companheiros.

Estudos Primários	Objetivos	Participantes/ Contexto	Intervenção	Método Análise	Resultados
HALLE, Claire; DOWN, Toni; FOWLER, Cathrine; [et al]. (2008) Austrália	Analisar quais os planos, expectativas, perspectivas de parentalidade e sentimentos paternos durante o período pré-natal; Compreender a forma como o casal se adapta nas primeiras 12 semanas de vida da criança; Analisar se as suas expectativas pré-natais corresponderam à realidade.	267 pais, com idade média de 32 anos, a maioria pais pela primeira vez, que responderam a questionários pré, pós-natais (até às 12 semanas após o nascimento do bebé) ou ambos sobre a experiência da parentalidade.	Expectativas paternas durante o período pré-natal	Estudo qualitativo e quantitativo. Análise estatística e de conteúdo	O pai constitui um elemento essencial na vida da criança. As enfermeiras desempenham um papel importante no suporte à transição para a paternidade, quer criando grupos de apoio de pares quer desenvolvendo programas de apoio pré e pós-nat
JOHANSSON; AARTS, DARJ (2010) Suécia	Compreender as experiências dos pais pela primeira vez após a alta precoce da maternidade e cuidados domiciliários pós-parto.	Mulheres saudáveis que tiveram o seu primeiro filho depois de uma gravidez normal e trabalho de parto sem complicações, cujos bebés tenham sido de termo e saudáveis. Os progenitores coabitavam juntos na altura do parto	A importância dos cuidados de enfermagem prestados aos casais do domicílio no pós-parto depois de uma alta hospitalar precoce.	Estudo Qualitativo. Entrevista realizadas nos primeiros dois meses após o nascimento.	Os pais se sentem – se confiantes em ir para casa precocemente após o parto, se tiverem apoio domiciliário no pós-parto dos enfermeiros. Este tipo de cuidados promove a saúde das famílias.
RODRIGUEZ, ML; DUMONT, K; MITCHELL- HERZFELD, SD; [et al]. (2010) New York	Analisar a eficácia de um programa de visitação domiciliar, na promoção de competências parentais e prevenção de comportamentos parentais desajustados, em mães com comportamentos sugestivos de risco de abuso e negligência infantil.	Mulheres seleccionadas aleatoriamente durante a gravidez ou logo após o nascimento da criança. Um grupo de mães recebeu visitação domiciliária no pós-parto, enquanto que o outro grupo foi encaminhado para os serviços de saúde apenas.	Eficácia de um programa de visitação domiciliar, na promoção de competências parentais.	Estudo qualitativo. Análise de conteúdo.	O grupo de mães que fez parte do programa de visitação domiciliária evidenciou uma maior responsabilidade e envolvimento nos cuidados ao recém-nascido. O programa de visitação domiciliária foi pertinente para a promoção da parentalidade positiva. O estudo refere que este programa parece ter um impacto maior na prevenção do que na recorrência do abuso infantil e negligência.
SOARES (2008) Portugal	Compreensão das vivências dos pais durante a adaptação à parentalidade e o contributo específico proporcionado pelo enfermeiro durante o processo de transição	Participaram 16 mães e 14 pais pela primeira vez, utentes de um Centro de Saúde.	Vivência dos pais durante o processo de transição para a parentalidade	Estudo qualitativo com recurso a entrevistas semi-estruturadas.	- A parentalidade deve ser valorizada pelos enfermeiros e considerada um foco de atenção dos cuidados de enfermagem. - O conhecimento da perspectiva dos pais sobre a forma como a parentalidade é vivenciada é importante para a identificação das suas verdadeiras necessidades.

Apresentação, Análise e Discussão dos dados obtidos

Após a análise dos artigos selecionados, considerou-se pertinente agrupar o conteúdo dos mesmos em duas temáticas: transição para a parentalidade e intervenções de enfermagem.

- **Transição para a Parentalidade**

Os casais que participaram no estudo realizado por SOARES (2008), consideraram que a preparação para a parentalidade teve início no momento em que desejaram ter filhos.

A gravidez foi considerada uma fase de adaptação à nova realidade e de construção do papel parental.

No estudo realizado por DEAVE; JOHNSON; INGRAM (2008), os pais sentiram-se excitados com a notícia da chegada do seu primeiro filho, mas apreensivos com os aspectos práticos associados aos cuidados ao recém-nascido. Estes acharam-se pouco preparados para serem pais. Os homens expressaram sentir-se ignorantes e com receio de terem um bebé brevemente em casa.

No estudo de HALLE, DOWN, FOWLER et al (2008), o envolvimento do pai no processo de parentalidade tem vindo a modificar-se. Cada vez mais os pais querem participar nas actividades pré-natais, muitos desejam assistir ao nascimento do bebé e pretendem participar nos cuidados ao recém-nascido. A maioria dos pais demonstrou ser capaz de identificar planos concretos sobre os cuidados ao bebé. Relativamente ao suporte social e emocional, um número significativo de pais referiu falta de apoio para além do proporcionado pela sua companheira.

Os pais durante o processo de construção do papel parental, procuram adquirir novos conhecimentos através da recolha de informações em diversas fontes. De acordo com DEAVE, JOHNSON, INGRAM (2008), os pais durante a gravidez e após o nascimento do bebé, procuram obter informações sobre a parentalidade e cuidados ao bebé através de familiares, amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde.

O estudo de BARRY, SMITH, DEUTSCH et al (2011), demonstrou que apesar do envolvimento paterno precoce ser muito importante no processo de parentalidade, o facto de ocorrer após o primeiro mês de vida não vai interferir a longo prazo na tríade. A percepção do pai face às suas competências parentais está relacionada com o seu envolvimento com o recém-nascido.

O grupo de mães que fez parte do programa de visitação domiciliária, no estudo de RODRIGUEZ, DUMONT, MITCHELL-HERZFELD et al (2010), evidenciou uma maior responsabilidade e envolvimento nos cuidados ao recém-nascido. O programa de visitação domiciliária foi pertinente para a promoção da parentalidade.

No estudo realizado por SOARES (2008) os casais expressaram terem sentido durante a gravidez contentamento e expectativa. Contudo, também surgiram sentimentos como a

ansiedade associada ao futuro da criança. Os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade foram considerados pelos futuros pais como sendo uma fonte importante de informação.

DEAVE e JOHNSON (2008) referiram que os pais (homens) dos seus estudos demonstraram sentirem-se muito envolvidos com a gravidez das suas companheiras. Contudo, os mesmos expressaram sentirem-se excluídos dos cursos de preparação para o parto, devido à incompatibilidade de horários.

Brandão (2009) refere que a participação do pai nesta fase diminui o sentimento de exclusão que alguns pais poderão sentir, favorece o sentimento de cumplicidade entre os progenitores e o seu bebé, e estimula a sua auto-confiança para prestar outros cuidados ao RN.

Segundo FIGUEIREDO (2005) é durante a gravidez que os pais iniciam o seu investimento afetivo com o seu bebé, mas é sobretudo após o seu nascimento, que o mesmo se vai intensificar e fortalecer. De acordo com a mesma autora, o investimento inicial realizado pelos pais, vai influenciar a qualidade da relação que os mesmos irão estabelecer com o bebé e tipo de cuidados prestados ao mesmo, condicionando desta forma, o seu desenvolvimento e o seu bem-estar.

DEAVE; JOHNSON; INGRAM (2008) através do seu estudo concluíram que os homens e as mulheres, durante o período de transição para a parentalidade, recorrem a diferentes fontes de suporte. De acordo com os mesmos, as mulheres identificaram cinco grupos de pessoas que consideraram importantes durante esta fase de transição, nomeadamente os seus companheiros, os seus próprios pais, amigos e colegas, profissionais de saúde, e grupos de preparação para o parto e grupos pós-parto.

- **Intervenções de Enfermagem**

O período de transição que vai desde a concepção até aos primeiros meses de vida da criança, constitui uma oportunidade para os enfermeiros oferecerem suporte educacional e social (EVERETT et al. 2006, citado por HALLE, DOWN, FOWLER et al, 2008).

De acordo com o estudo realizado por SOARES (2008), uma das intervenções de enfermagem considerada relevante pelos casais, durante a sua vivência da parentalidade, foi a preparação para o parto realizada pelos enfermeiros. Os pais distinguiram o papel desempenhado pelos enfermeiros relativamente ao ensino/educação sobre as capacidades interativas do bebé, e sobre a importância da relação precoce. O ensino dos

pais sobre as competências do RN, permite a estimulação da interacção entre os mesmos, e promove o estabelecimento da relação precoce.

O estudo realizado por JOHANSSON; AARTS; DARJ (2010), revelou que os pais valorizaram muito o apoio domiciliário realizado no período pós-parto, pelas enfermeiras. De acordo com os mesmos autores, os casais consideraram-nas como sendo uma figura de referência, nas quais podiam confiar. Estas desempenharam um papel de suporte, a quem puderam recorrer para confirmarem as suas competências parentais, principalmente nos cuidados prestados ao bebé, ou durante a amamentação. Os pais sentiram-se confiantes e seguros no domicílio, pelo facto das enfermeiras se encontrarem facilmente contactáveis por telemóvel vinte e quatro horas por dia.

SOARES (2008) ainda faz referência à importância que foi atribuída pelos pais, ao papel desenvolvido pelos enfermeiros, no que concerne à vigilância da saúde do bebé, nomeadamente, no rastreio das doenças metabólicas, auditivas, vacinação, entre outras.

No estudo de HALLE, DOWN, FOWLER et al (2008), o grande desafio para os enfermeiros, consiste em preparar os pais para: os sentimentos indescritíveis da privação de sono, o impacto emocional da tentativa falhada de tentar consolar uma criança que não para de chorar e combinar esta responsabilidade com a responsabilidade de assegurar o bem-estar e a estabilidade financeira da família. A assistência aos pais é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de comunicação e suporte efetivas na família e para contribuir ativamente para o desenvolvimento de competências parentais e confiança paterna. Os enfermeiros desempenham um papel importante no suporte à transição para a paternidade, quer criando grupos de apoio de pares quer desenvolvendo programas de apoio pré e pós-natal.

No estudo de DEAVE; JOHNSON; INGRAM (2008), o apoio fornecido pelo enfermeiro foi considerado pelos casais como sendo algo importante, apresentando mais aspectos positivos do que negativos. Os grupos pós-parto permitem aos casais partilharem entre si as suas experiências e as suas dificuldades, e a experimentarem novas soluções para os seus problemas. Apesar das intervenções realizadas no período pré-natal pelos profissionais de saúde, os casais continuam a sentir-se pouco preparados para assumir o papel parental, após o nascimento do seu primeiro filho.

Para facilitar os processos de aprendizagem dos futuros pais, os enfermeiros podem recorrer a alguns métodos, como a promoção do contato dos mesmos com pessoas que possam ser relevantes para o seu processo de transição (como outros pais que tenham passado recentemente pela mesma experiência), ou proporcionar-lhes a observação de

outros a representarem e/ou a desempenharem o papel parental, para que o possam compreender e copiar (Meleis, 2010). Outro método que poderá facilitar os futuros pais a aprenderem e a incorporarem o seu novo papel, é através do treino das novas competências que lhes irão ser exigidas a nível físico, emocional, cognitivo e social (Meleis, 2010; Soares, 2008).

Rapuzel (2011) concluiu que os casais valorizaram o suporte fornecido pelos enfermeiros na maternidade, a nível educacional e informativo, nomeadamente nos cuidados prestados ao bebé e durante a amamentação, principalmente após o aparecimento de dificuldades.

Considerações Finais

A transição para a parentalidade é uma fase de desenvolvimento, em que adaptação dos pais pode influenciar o bem-estar de toda a família.

De acordo com MELEIS e SCHUMACHER (2010), uma preparação adequada para a futura transição implica a existência de tempo suficiente, para que as pessoas possam assumir gradualmente as novas responsabilidades e a aquisição de novas competências.

Com a realização desta revisão sistemática, espera-se ter contribuído para uma melhor compreensão da experiência vivenciada pelos pais durante o processo de transição para a parentalidade.

Foram identificadas intervenções de enfermagem consideradas relevantes para o processo de transição para a parentalidade, nas quais deve haver um maior investimento. O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção de competências parentais. Ao estabelecer uma relação de empatia e confiança com os pais, contribui para a melhoria da prática e da qualidade dos cuidados prestados.

A promoção de competências parentais constitui um vasto campo de intervenção, privilegiado pelo enfermeiro especialista.

A O.E (2010) descreve algumas intervenções que devem ser implementadas pelos enfermeiros especialistas na fase pré-natal, com o intuito de potenciar a saúde da mulher inserida na sua família, e na deteção e tratamento precoce de complicações, onde se englobam: o acompanhamento e a vigilância da saúde e do bem-estar materno-fetal, a promoção de estilos de vida saudáveis, a promoção da saúde mental durante a vivência da gravidez, a preparação para o parto e para uma parentalidade responsável, entre outras.

Segundo VIEIRA et al (2008) os enfermeiros podem promover a educação para a saúde durante as consultas pré-natal de enfermagem, e durante os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade. De forma a potenciar a satisfação dos futuros pais durante a aquisição de conhecimentos e aumentar a sua auto-estima, é relevante uma avaliação prévia das suas necessidades de aprendizagem.

II – PARTE
Módulos de Estágio

1 - CARATERIZAÇÃO SUMÁRIA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

1.1 – CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DO HSM

A Consulta Externa de Pediatia funciona em pavilhões anexos ao edifício principal do Hospital. Existem no serviço vários gabinetes médicos, quatro gabinetes de enfermagem, uma sala de colheitas (onde são realizadas colheitas de sangue, urina, ..., a crianças até aos 12 anos), uma sala de testes/vacinas (são realizadas vacinas do PNV, testes de alergologia, etc), uma sala de tratamentos, duas salas de espera (uma dos mais pequenos e outra dos mais crescidos, ambas com uma educadora), uma farmácia do serviço, gabinete da Enfermeira Chefe, copa, WC e o serviço administrativo. No exterior existe também uma horta pedagógica (uma vez por mês os alunos da Escola Profissional da Paiã deslocam-se até ao hospital para tratar da horta) e um parque infantil.

1.2 - UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA RAMADA

A USF da Ramada é uma unidade funcional do ACES de Odivelas, com autonomia organizativa, funcional e técnica, prestadora de cuidados de saúde primários aos seus utentes. Encontra-se sediada nas antigas instalações da segurança social da Ramada. Recebe utentes da área geográfica das freguesias da Ramada, Odivelas, Famões e Póvoa de Santo Adrião, pertencentes ao concelho de Odivelas.

A equipa da USF é constituída por 9 médicos, 9 enfermeiros e 7 administrativos. O número de utentes 14395 e um rácio de 1599 utentes por médico. Todos os elementos da equipa têm responsabilidades atribuídas. Estas competências estão definidas no Regulamento Interno da USF.

A USF tem 13 gabinetes: médicos, saúde infantil, saúde da mulher, diabetes, polivalente, sala de tratamentos e vacinação. Todos os gabinetes de trabalho têm telefone para comunicação interna e todos utilizam computador com os programas informáticos SAM/SAPÉ/SINUS.

1.3 - SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

A Unidade de Pneumologia e Cuidados Respiratórios Domiciliários e de Transição do HSM encontra-se integrada no Departamento da Criança e da Família, Piso 8. Possui uma abordagem pluridisciplinar para a investigação e cuidados clínicos à criança com

doença pulmonar aguda e crónica ou doenças respiratórias complexas, nas vertentes de diagnóstico e de terapêutica.

Estes cuidados são distribuídos pelo Ambulatório constituído por diversas consultas de Hospital de Dia, pelo Internamento e por Técnicas Complementares de Diagnóstico (Estudos Funcionais Respiratórios e do Sono, etc).

A Unidade de Internamento de Pneumologia Pediátrica é composta por 12 camas (8 das quais distribuídas por 2 salas, sendo 4 camas em cada e as restantes 4 camas em quartos individuais), Sala de Enfermagem, Gabinete da Enfermeira Chefe, Sala dos Médicos, Sala de Arrumos, Copa, Instalações Sanitárias, Sala da Administrativa e uma Sala de Atividades na qual uma Educadora de Infância proporciona actividades lúdicas e de aprendizagem adaptadas a cada criança.

Junto a todas as camas existe um cadeirão reclinável, onde um dos pais pode descansar durante a noite.

As crianças internadas têm entre os 0 e os 18 anos de idade e são provenientes da UCIPED, SOPed, ou transferidas de outro serviço de Internamento Pediátrico.

1.4 - SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

O Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria encontra-se integrado no Departamento da Criança e da Família, Piso 7, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e outras regiões, sobretudo a região Sul. É composto por duas Áreas distintas, uma assistencial e outra com estruturas de apoio.

A Área assistencial engloba a Sala de Cuidados Intensivos (com uma lotação de oito incubadoras); a Sala de Cuidados Intermédios (com uma lotação de dez berços); Sala de Pré-Saída (independente das outras salas, situando-se à entrada do serviço, com uma lotação de quatro berços); a Sala de Refeições; Arrecadação; Instalações Sanitárias; Área de Sujos; Casa das Máquinas e Vestiário das Enfermeiras.

As Salas de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios têm uma área de trabalho comum para a preparação de terapêutica (com câmara de fluxo laminar) e para a elaboração dos registos clínicos e de enfermagem.

A Área de Apoio engloba as Instalações Sanitárias para os Pais; Área de Limpos; Armazém de equipamentos; Gabinete dos Médicos; Gabinete da Enfermeira Chefe e Sala de Pais.

1.5 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA
O SUP do Hospital de Santa Maria situa-se no Piso 2 e admite crianças até aos 18 anos. Serve a Unidade de Saúde A, abrangendo 16 freguesias (Lumiar, Alvalade, Bucelas, entre outras). Dá também apoio a Hospitais da Zona Centro-Sul, nomeadamente, Caldas da Rainha, Santarém, Torres Novas, Setúbal, Beja, Évora, Faro e Portimão. A maior parte das crianças é referenciada pela Saúde 24 e pelos Centros de Saúde.

A sua estrutura é composta pelo Balcão de Urgência e Serviço de Observação de Pediatria (SOPed).

Do Balcão de Urgência fazem parte a Sala de Triage, Sala de Aerossóis (com 9 rampas de Oxigénio e de Vácuo), Sala de Reanimação, Sala de Tratamentos, Sala de Ortopedia e Sala de Pequena Cirurgia.

É um serviço que apresenta várias ilustrações coloridas, tornando-se acolhedor e agradável.

2 - ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica é o profissional que utiliza um modelo conceptual centrado na criança e pais, sendo esta tríade o centro dos seus cuidados.

Segundo a OE (SIECE, 2009) as **Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica** são:

- *“Assiste a criança / jovem com a família, na maximização da sua saúde;*
- *Cuida da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade;*
- *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”*

As unidades curriculares de estágio têm para oferecer experiências muito importantes para a aquisição destas competências, na medida em que são aprofundados conhecimentos já existentes e adquirem-se novos conhecimentos ao nível da prestação de cuidados, da investigação, da gestão e da formação na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

A aquisição de competências científicas, técnicas e humanas exigidas ao Enfermeiro Especialista, conforme o n.º 3 do art.º 4.º do D.L. n.º 161/96, de 4 de Setembro, passa pela capacidade retrospectiva e prospetiva de refletir sobre um determinado percurso.

Como **objetivo geral**, transversal a todos os módulos de estágio, pretendeu-se contribuir para a promoção de competências parentais, no âmbito das funções atribuídas ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família em transição.

Este objetivo é muito pertinente pois, considerando o objeto de estudo da enfermagem, espera-se que os enfermeiros tenham intervenções no sentido de aumentar os recursos internos da pessoa (pais/família), para melhor lidar com os desafios com que se depara.

2.1- MÓDULO I

2.1.1 - CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DO HSM

O período de observação enquadrado no Estágio Módulo I, realizou-se na Consulta Externa de Pediatria do HSM durante três dias. Quando me apresentei na consulta externa fui recebida pela Sr.^a Enf.^a Chefe que me apresentou a estrutura física, explicou-me de uma forma sumária algumas das rotinas do serviço e encaminhou-me para a área das consultas onde me apresentou à equipa de enfermagem, nomeadamente à Sr.^a Enf.^a ESIP que me iria acompanhar nos três dias de estágio.

O meu objetivo traçado para estes dias de observação era refletir sobre a importância do papel do EESIP nas Consultas de Pediatria.

As Consultas estão dirigidas a todas as crianças, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, de ambos os sexos. A referenciação para a consulta é feita habitualmente pelo serviço de Neonatologia do HSM, pelos Serviços de Pediatria, pelo médico de família assistente da criança ou pelas escolas e educadoras. As crianças seguidas na consulta são, na sua maioria, crianças com necessidades especiais, nomeadamente crianças prematuras, com alterações neurológicas congénitas ou adquiridas, obesas, diabéticas, entre outras.

Todos os dias são realizadas pré-consultas de enfermagem para várias especialidades: alergologia, alergia alimentar, adolescentes, cirurgia, consulta do viajante, doenças metabólicas, dermatologia, dietética, endocrinologia, fenda lábio-palatina, fibrose quística, gastro, genética, hematologia, infecciologia, nefrologia, neonatologia, neurocirurgia, obesidade, ortopedia, patologia do sono, pediatria médica, pneumologia, prevenção de doenças cradio-vasculares, reumatologia, saúde infantil e urologia.

A consulta visa a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. A melhoria da prestação dos cuidados à criança e família exige intervenções de enfermagem adequadas

à fase de desenvolvimento da criança, à compreensão e competências dos pais, bem como as necessidades demonstradas pela criança/família. Em todas as consultas são realizados diversos ensinamentos e são estimulados hábitos para comportamentos saudáveis. A avaliação dos ensinamentos à criança/família, realizados em consultas anteriores, surge no sentido de promover a adesão ao tratamento e aquisição de novas competências para a gestão da patologia no domicílio.

Considera-se de extrema importância o acompanhamento destas crianças pelo enfermeiro especialista, uma vez que este possui competências técnicas, científicas e humanas para prestar [...], cuidados de enfermagem especializados em SIP (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 111/2009 de 16 Setembro).

Por ser um estágio de observação de apenas três dias não houve oportunidade de assistir às consultas de todas as especialidades. Assisti às consultas de Enfermagem de Neurocirurgia, Alergologia, Urologia, Obesidade e Diabetes. Na especialidade de neurocirurgia observou-se o acompanhamento às crianças com mielomeningocele, epilepsia, etc. Nas consultas de Endocrinologia/Dietética pude observar como é feito o acompanhamento da criança diabética, o trabalho desenvolvido por estas duas especialidades e a intervenção da EESIP no reforço dos ensinamentos ao regime medicamentoso, alimentação e exercício físico, auto-controlo e auto-vigilância, avaliação da TA, Peso e Altura. Na consulta de obesidade a EESIP e outra enfermeira constituem o elemento de referência para as crianças/pais, para outros profissionais do serviço, departamento e outras unidades de saúde com o qual o hospital é parceiro. São responsáveis pela implementação, actualização e realização de consulta de Enfermagem, registos de avaliação e assiduidade, protocolos de articulação com outros serviços/unidades e com a comunidade.

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

A observação das consultas permitiu:” Refletir na e sobre a prática de forma crítica; Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, na área da especialização em SIP; Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada em evidência e Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente

da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada” (UCP, 2012, p.4-5).

2.1.2 - UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA RAMADA

O Módulo I do Estágio, desenvolvido em Unidades de Saúde prestadoras de cuidados de saúde primários, decorreu de 23 de Abril a 22 de Junho de 2012, comportando uma carga horária de 160h, tendo sido realizado na USF da Ramada (ACES de Odivelas).

Quando cheguei ao local de estágio no primeiro dia confesso que ia um pouco nervosa e com receio do desconhecido mas ao mesmo tempo expectante, pois era uma nova etapa que se ia iniciar, e que certamente seria enriquecedora para a minha aprendizagem, crescimento pessoal e profissional. Esperava ir ao encontro das necessidades da população abrangida, mais concretamente da criança/família, e concretizar os meus objetivos traçados no projeto de estágio, através de um olhar de Enfermeira Especialista pois de acordo com a OE (2010) “O Enfermeiro Especialista proporciona benefícios importantes para a saúde da população, no acesso aos cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados”.

Compreender a organização e o funcionamento da USF foi uma necessidade inicial e uma mais valia à integração e realização das atividades delineadas. Inicialmente foi-me apresentada a estrutura física da Unidade, bem como todos os profissionais que a integram (enfermagem, médicos, administrativos, auxiliares, seguranças, etc.), assim como as atividades realizadas, de uma maneira geral.

Conhecer a comunidade envolvente é fundamental para a prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, pois observar os pais a cuidar da criança reflete valores, crenças e comportamentos de famílias de diversas culturas, permitindo detectar e resolver problemas mais precocemente respeitando sempre as crenças e valores de cada um.

Para este Módulo de estágio foi definido como principal foco de intervenção a **transição para a parentalidade**. Esta transição é definida por muitos autores como a transição mais desafiante e exigente da idade adulta (BRAZELTON e CRAMER, 1993; OLIVEIRA, PEDROSA e CANAVARRO, 2005).

O nascimento de uma criança, quando é desejado e esperado, é sempre envolto numa atmosfera de amor e de expectativas acerca da criança, idealizando como será o novo membro da família.

De acordo com a OE (CIPE, 2005, p. 43) a adaptação à parentalidade consiste em “*comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*”.

Os pais têm de se adaptar às múltiplas alterações que se lhes colocam a nível físico, psicológico e relacional, decorrentes das modificações impostas à dinâmica familiar. Necessitam de muita informação, ensinamentos, relativamente à aprendizagem de práticas do cuidar e ao desenvolvimento de competências parentais, já que apresentam na maioria das vezes insegurança na prestação de cuidados à criança, nomeadamente após o nascimento. Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações nas vidas dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente, e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respectivas crianças (MARTINS, 2008).

De acordo com MELEIS et al (2000), o enfermeiro é o primeiro a prestar cuidados à criança/família, quando estes passam por uma transição, ajudando-os a enfrentar as mudanças e exigências inerentes à transição. Facilita o processo de aquisição de novas competências relacionadas com a saúde e experiências de doença.

Como objetivos específicos, para o Módulo I, foram projectados 4:

- Prestar cuidados à criança/família na promoção da saúde, prevenção da doença e na adopção de estilos saudáveis.

As atividades desenvolvidas para dar resposta a este objetivo foram a realização de reuniões informais com a Enfermeira Orientadora, a colaboração com a equipa na prestação de cuidados à criança/ família e a consulta de protocolos e manuais já existentes na USF.

Durante a primeira semana de estágio tive a oportunidade de assistir e colaborar em Consultas de Planeamento Familiar, onde para além da consulta de rotina de enfermagem (avaliação do peso, TA, método contraceptivo, entre outros.) se podem detetar outros problemas, medos, receios, perturbações, fazendo o respetivo encaminhamento precoce, articulando com outras entidades. Ser Profissional de Enfermagem implica, além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, a apreensão das necessidades psicológicas da pessoa saudável ou doente. Para tal, o enfermeiro deve possuir uma elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de

estratégias psicológicas na consulta, resulta não só em benefício para o utente, mas também para si próprio.

No âmbito da Saúde Infantil, a USF da Ramada integra as Consultas de vigilância de saúde infantil, o programa de vacinação e visitas domiciliárias a RN's, para a realização do Diagnóstico Precoce. Na Consulta de Saúde Infantil e no Programa de Vacinação, os pais ou familiar/prestador de cuidados acompanham a criança permanentemente.

São proporcionadas às crianças/famílias consultas médicas de vigilância de saúde infantil nos primeiros 15 dias de vida, no 1º mês, aos 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 e 24 meses, 5-6 anos e 11-13 anos (exame global de saúde), sempre com pré-consulta de enfermagem, onde para além da avaliação dos parâmetros antropométricos da criança, é avaliado o seu desenvolvimento psicomotor e são cedidas as orientações/esclarecimentos em relação aos cuidados antecipatórios adequados à idade da criança e às suas necessidades específicas ou da sua família conforme preconizado pela DGS no Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil.

A área de Saúde Infantil e Pediátrica, no contexto de Cuidados de Saúde Primários, é uma vasta área de mobilização de competências e conhecimentos visto ter de se trabalhar com diversas etapas do desenvolvimento da criança desde o nascimento à adolescência. Em todas estas consultas de Exame Global dos 5-6 anos e 11-13 anos, são avaliados: o peso, a estatura, a TA e é feito o cruzamento de percentis. São também realizados rastreios (auditivo e visual), é verificada a dentição, a marcha, a postura, motricidade fina, criatividade e são realizados ensinamentos em diversas áreas (alimentação, sono, prática de desporto, escola, alterações corporais, etc.). O esquema das consultas não é rígido, é gerido com base nas necessidades da criança/família, onde a Enfermeira de Saúde Infantil está sempre disponível para ouvir e responder a dúvidas, procurando dar resposta aos problemas da criança/família detetados.

O Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2012 p.8) definiu que “Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar” deverá ser uma meta a atingir pelos profissionais de Saúde Infantil. Uma das estratégias para alcançar este objetivo será a valorização dos cuidados antecipatórios ao bebé como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

Os registos de todas as consultas são realizados no Programa SAPE e é também verificado se o PNV se encontra atualizado através do Programa SINUS. Nos exames globais de saúde é preenchida ainda uma Ficha de Ligação à Saúde Escolar. Esta ficha

está adaptada apenas para os exames globais dos 5-6 anos, nos exames dos 11-13 anos é preenchida a mesma ficha, embora alguns itens não irem de acordo a esta faixa etária. Assim surgiu a necessidade da elaboração de uma Ficha de Ligação à Saúde Escolar para o Exame Global 11-13 anos (Anexo I), onde se alterou o item de Jardim de Infância para Escola; qual o ano que a criança frequenta na escola e o registo da TA. A EESIP da USF juntamente com uma Médica de Imuno-Alergologia tinham realizado anteriormente uma sessão de Educação, subordinada ao tema “Rastreio da Asma e Rinite Alérgica”, numa Escola da Ramada, para as professoras da mesma escola. Foi entregue a cada Diretora de turma uma ficha para cada aluno, para que os mesmos levassem para os respetivos Encarregados de Educação preencherem. Assim, durante esta semana trabalhei estes inquéritos de modo a separá-los por turmas e mais pormenorizadamente por sintomas brônquicos ou nasais (Anexo II). Verifiquei que são muitas as crianças que apresentam sintomas de uma possível alergia ou asma.

Segundo SANTOS (2008) a asma é a doença crónica mais frequente nas crianças, atingindo cerca de 15% da população pediátrica. Nas crianças, esta inflamação tem, habitualmente, uma base alérgica. A deteção do “terreno alérgico” é importante, não só para orientar a terapêutica farmacológica, mas para instituir medidas preventivas. As escolas deveriam ter políticas para lidar com a asma. Este é um caminho que está por percorrer.

No final da semana fomos a essa mesma Escola realizar o Rastreio da Asma e Rinite Alérgica aos alunos do 5º Ano. Esta experiência foi para mim muito enriquecedora, pelo fato de ir a uma escola e estar em contato com quase 300 crianças todas elas muito diferentes. Algumas encontravam-se muito ansiosas, pois não sabiam que testes iam realizar. Chegaram divididas por turmas e acompanhadas pela professora. Foram avaliados o Peso e a Estatura a todas as crianças, seguindo-se da Prova de Peak Flow (derbitómetro – serve para medir a eficácia da função pulmonar) e a maior parte delas teve que realizar a Espirometria (permite o registo de vários volumes e fluxos de ar). Como eram muitos os alunos que tinham que realizar a espirometria, e só havia um aparelho, a Pneumologista ficou em agendar outro dia para se voltar à escola.

Segundo a OE (SIECE, 2009, p.22), “O EESIP intervém em programas de saúde escolar”.

Durante o estágio tive a oportunidade, juntamente com a Sr.^a Enfermeira Especialista de Reabilitação da USF, de realizar a visita domiciliária a crianças com problemas de desenvolvimento, com necessidades especiais. As visitas a cada criança são feitas uma

vez por semana, sempre pela enfermeira e por uma “ajudante familiar”. No ACES de Odivelas existe o Programa de Intervenção Precoce (PIPO), um projeto integrado de apoio à criança envolvendo a escola, ação social e o centro de saúde, que dá apoio a crianças com necessidades especiais até aos 3 anos de idade. As visitas são determinadas por referência da maternidade ou porque são mães já seguidas pelo Centro de Saúde ou USF.

Tal como recomenda a Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA, 2008), o aumento da esperança de vida das crianças com doenças crónicas exige uma resposta mais eficaz na assistência a estas crianças e na preparação e acompanhamento dos pais, para que possam tratar da criança em casa, promovendo a integração dos filhos na comunidade, e reduzindo a frequência e tempo de internamentos.

Cuidar de uma criança com necessidades especiais engloba situações complexas que requerem intervenções com elevado grau de conhecimentos a vários níveis, implica um Cuidar Centrado na Família e o Cuidar em Parceria com a criança/família, tendo como base a relação de ajuda (confiança mútua e responsabilidade), uma comunicação efetiva (assertiva e responsável) e a informação. Implica igualmente que os profissionais de saúde estejam empenhados em desenvolver permanentemente ações que visem a autonomia da família no cuidar da criança com necessidades especiais no domicílio, desenvolvendo assim, competências para cuidar da criança com qualidade. Uma vez por mês são realizadas reuniões do PIPO, onde é feita a articulação entre as várias equipas de intervenção, o papel de cada um, o tipo de apoio que é prestado e os critérios de inclusão para estas crianças. Fomos a casa de quatro crianças, onde fui bem recebida pelas mães. A primeira criança tinha paralisia cerebral. A mãe deixou de trabalhar há quatro anos para tomar conta a tempo inteiro do filho. Todas as semanas vai ao Centro de Paralisia Cerebral. A segunda criança tinha um atraso no desenvolvimento de mais ou menos seis meses, a terceira tinha também paralisia cerebral e a quarta autismo. Estas últimas três crianças são de famílias mais diferenciadas. Com todas elas foram realizados exercícios de estimulação sensorio-motora, proporcionando também conforto, carinho e momentos divertidos. Foi bom ver o sorriso na cara destas crianças. A Enfermeira Especialista tem um papel fulcral como “gestora de caso”, coordenando todas as intervenções necessárias independentes e interdependentes. Tem uma visão holística da criança/família bem como dos recursos disponíveis na comunidade em que está inserido.

A consecução deste objetivo permitiu: “Gerir e interpretar, de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde encontrados; Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar” (UCP, 2012, p.4-5).

- ***Identificar as necessidades formativas sobre competências parentais nos profissionais de saúde e nos pais das crianças inscritas na USF.***

Para além dos ensinios individualizados nas consultas de saúde infantil, de acordo com as necessidades específicas de cada família, é necessário que o enfermeiro se articule com os pais, em Sessões de Educação para a Saúde, fornecendo-lhes conhecimentos específicos sobre temáticas de interesse pessoal, para que estes se sintam mais competentes e seguros enquanto cuidadores, conseguindo desenvolver o papel parental de uma forma mais satisfatória.

Em diálogo com a Sr^a Enfermeira Orientadora (ESIP) e com outra Enfermeira da Unidade (ESMO), surgiu como enriquecedor, a realização de duas sessões de educação subordinadas ao Tema : “Promoção de Competências na Parentalidade : Cuidados ao RN”, dirigidas a futuras mães que frequentam o Curso de Preparação para o Parto nesta USF (Anexo III).

Torna-se fundamental que nesta fase o EESIP dê suporte aos pais, contribuindo para a promoção das competências parentais facilitando o processo de adaptação durante este período de transição e reequilíbrio familiar. A consistência e a congruência dos cuidados parentais à criança, a adequação do processo interactivo entre a tríade mãe/pai/bebé e uma vinculação segura são factores cruciais para o desenvolvimento saudável da criança ao longo do seu ciclo vital (DGS, 2005).

No sentido de personalizar e individualizar a divulgação da sessão, foram elaborados convites que foram entregues pessoalmente aos pais que frequentavam o Curso de Preparação para o Parto naquele período.

O período inicial da vida do bebé gere alterações profundas na dinâmica funcional da família. A exigência de cuidados parentais é enorme, levando a um significativo cansaço físico e psíquico dos pais. A imprevisibilidade do estado geral e emocional do

bebé é também uma realidade, pelo que os pais têm dificuldade em fazer planos a curto prazo.

Durante as sessões, os pais foram sensibilizados para a importância da relação de vinculação associado ao nascimento de um filho, assim como para o impacto conjugal/familiar perante o novo elemento da família. Foram dadas orientações no sentido de promover a manutenção de um ambiente estável e seguro, adequado às necessidades do bebé. Salientou-se ainda a importância da partilha efectiva de cuidados à criança entre o casal. Foram também abordados alguns temas relacionados com os cuidados antecipatórios ao bebé, como forma de elevar o nível de conhecimentos dos pais para cuidar do seu filho, promovendo assim, uma maior segurança no desempenho das suas funções parentais. Desta forma contribui-se para a promoção da saúde quer a nível físico e psicológico dos pais e da criança no decorrer desta transição para a parentalidade.

Foi também elaborado um “Guia do Bebé”, oferecido aos futuros pais, após a segunda sessão, com o objetivo de os ajudar nesta nova etapa que se avizinha (Anexo IV).

Segundo a OE (SIECE, 2009, p.22), o EESIP “Avalia o desenvolvimento da parentalidade”.

A partilha de vivências e dificuldades entre o grupo de pais constituiu também uma forma destes se identificarem, permitindo-lhes perceber que muitas das suas dúvidas e receios são comuns, tendo também possibilitado a troca de opiniões e experiências.

A vivência de todo este processo é associada a sentimentos e emoções positivas e negativas, de acordo com o contexto em que se desenvolve. Os pais que planearam a gravidez, que recebem preparação, que possuem mais conhecimentos e mais experiência no âmbito da parentalidade demonstram sentimentos e emoções mais positivas (SOARES, 2008).

Todas as quartas feiras às 14h são realizadas reuniões de enfermagem, com toda a equipa. Em algumas são apresentadas sessões de educação para a saúde, pelos próprios enfermeiros da USF, para atualização de conhecimentos. Tive a oportunidade de assistir a uma sessão de educação subordinada ao tema: “Aleitamento materno”, apresentada pela ESMO da USF. No término da mesma trocaram-se experiências, relativas à temática, onde verbalizei as minhas experiências como enfermeira há nove anos num serviço de obstetria e como mãe. Dei a conhecer técnicas novas relativamente à administração de leite aos RN's.

A consecução deste objetivo permitiu: “Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização; Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; Identificar as necessidades formativas na área de especialização; Promover a formação em serviço na área de especialização”. (UCP, 2012, p.4-5)

- Prestar cuidados à criança/família no âmbito da importância do brincar no desenvolvimento infantil.

De acordo com BELLMAN (2003), a criança é um ser em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de simultâneos comportamentos ou reacções bio-anatómicas, psicológicas e sociais, que evoluem de acordo com as leis da maturação neurológica, sendo a sua ordem de sucessão a mesma para todos os indivíduos, diferindo simplesmente em relação ao ritmo a que sucedem uns dos outros.

O Brincar é uma das atividades mais elaboradas, além de indispensável, pois a criança toma conhecimento com o seu mundo e com o meio que a rodeia. Permite desenvolver capacidades auditivas, visuais, sensório-motoras e intelectuais e também a criatividade, a imaginação, o sentido figurativo e representativo. A criança aprende a estabelecer relações sociais e adquire valores morais da sociedade.

Segundo HOCKENBERRY et al (2006, p. 91), a brincadeira é o trabalho da criança. Ao brincar, ela continuamente pratica o processo complicado e estressante de viver, de se comunicar e de alcançar relacionamentos satisfatórios com outras pessoas.

À medida que os anos passam, a criança vai adaptando as brincadeiras ao seu desenvolvimento, pois novas atividades e brinquedos começam a despertar o seu interesse. No entanto, brincar não está apenas associado aos brinquedos, pois nos primeiros meses de vida os brinquedos que os bebés mais gostam são os próprios pais, sentindo-se felizes quando estes o abordam. Com o passar do tempo, para além dos pais, as crianças começam a necessitar de brincar com “amigos”, aprendendo assim a conviver em grupo.

O Brincar tem várias funções que estão relacionadas com o desenvolvimento da criança (HOCKENBERRY et al, 2006, p. 93), tanto a nível físico, como cognitivo, social e moral.

No decorrer das consultas de Saúde Infantil, verificou-se que os pais tinham alguma dificuldade na escolha dos brinquedos adequados à idade da criança. Assim, foi pertinente a elaboração de um folheto subordinado ao tema: “Brincar: brinquedos

adequados por idades” (Anexo V) e um cartaz informativo para colocar na sala de Saúde Infantil, também com o mesmo tema, para que os pais possam ver quando vão às consultas com os seus filhos (Anexo VI). Posteriormente foi elaborada uma check list de todos os brinquedos existentes na sala de Saúde Infantil (Anexo VII) e foram organizados os brinquedos por faixas etárias, sendo colocadas etiquetas coloridas nas respetivas caixas. Para a sala ficar ainda mais atrativa e acolhedora, para as crianças, pintei alguns animais de madeira, guardados na USF, que foram colocados nas paredes da mesma.

Como forma de promover a formação em serviço, um dever dos enfermeiros preconizado na alínea l) do n.º 1 do Artigo 7º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, foi realizada uma Sessão de Educação para os Enfermeiros da USF, com o objetivo de informar os mesmos sobre as atividades lúdicas, adequadas aos estadios de desenvolvimento da criança (Anexo VIII). Todos os enfermeiros acharam muito pertinente a sessão, partilhando experiências e clarificando dúvidas existentes. No final foi entregue um questionário de avaliação da sessão.

A consecução deste objetivo permitiu: “Identificar as necessidades formativas na área de especialização; Promover a formação em serviço na área de especialização; Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização; Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas” (UCP, 2012, p.4-5).

- Implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança/família que implique a formação na área da literacia infantil e diversificação alimentar.

Contar histórias é uma das artes mais antigas da humanidade, encontrada em todas as partes do mundo. O homem usa a palavra como instrumento mágico que produz bem-estar, prazer, satisfação, conhecimento (HOFFMANN, 2008).

A leitura de adultos para as crianças, deve ser uma atividade realizada com agrado, uma forma de brincar com as palavras, de proporcionar uma ótima fonte para a imaginação, que transporta a criança para mundos diferentes, ao mesmo tempo que proporciona momentos de intimidade entre os vários elementos da família.

As crianças têm na infância o melhor tempo disponível para ouvir ou fazer uma leitura movida pela curiosidade, pelo prazer, pelo descobrimento. O nosso papel é o de

oferecer, desde cedo, leitura adequada aos vários estádios de desenvolvimento da criança, o desenvolvimento cognitivo e afetivo e melhorar o rendimento escolar.

Todos nós somos responsáveis por criar os laços das crianças com a leitura, que começa por ser uma tarefa de família.

Segundo MCGUINNESS (2006, p.16), “os genes podem exercer um papel importante no desenvolvimento linguístico, na precisão gramatical, no vocabulário e na memória, mas estão longe de constituir toda a história. O que mais importa é como e quanto as mães e os pais falam e lêem para as crianças, desde o primeiro dia”.

Na USF estava a ser implementado um Projeto para promover a literacia infantil pelas Enfermeiras ESIP e a ESMP. O Programa “Ler Mais dá Saúde” tinha como principal objetivo o desenvolvimento da leitura e da saúde num contexto promotor de comportamentos e ambientes saudáveis, em crianças dos 6 Meses aos 6 anos de idade. No decorrer das consultas de Saúde Infantil os pais eram sensibilizados para a importância da leitura no desenvolvimento infantil. Muitos pais referiam muitas vezes não saber quais os livros adequados à idade dos seus filhos. Deste modo, para além dos ensinamentos individualizados no decorrer das consultas de Saúde Infantil, foi elaborado um folheto subordinado ao tema: “Ler Mais dá Saúde”, onde são referenciados os livros adequados por idades, para ser entregue aos pais na consulta (Anexo IX).

Com este projeto pretendia-se criar também na USF um cantinho para a “Hora do Conto”. Neste espaço todas as semanas seria contada uma história para as crianças que se encontravam nesse dia para as consultas de Saúde Infantil. Os pais eram também incentivados a criarem a sua própria história para ser lida para todas as crianças. Este espaço era para ser criado apenas para o final do ano, mas com a minha intervenção no projeto, foi criado no decorrer do estágio. Elaborei uma pequena história, tendo em conta as idades das crianças, que foi colocada em livro com as respetivas ilustrações (Anexo X).

Foram entregues convites previamente aos pais, para assistirem à história (Anexo XI), e visto tratar-se de crianças, achei engraçado contar a história através de fantoches. Foi solicitada a colaboração das enfermeiras envolvidas no projeto, que gostaram da ideia e da possibilidade de partilharem comigo esta experiência tão criativa. Iniciámos com uma canção, acompanhada por viola, seguida da história com os fantoches. No final terminámos com a canção do “Balão do João” em que foram oferecidos balões às crianças e um livro com a nossa primeira história (Anexo XII).

As crianças são imaginativas e exercitam a realidade através da fantasia. Este tipo de intervenções tem benefícios a longo prazo no desenvolvimento infantil, na medida em que contribui para o desenvolvimento global da criança; promove a aquisição de comportamentos saudáveis e aumenta a capacidade de abstração.

Durante a realização das consultas de Saúde Infantil, verificou-se que os pais apresentavam algumas dúvidas relativamente à alimentação, nomeadamente quando as crianças se encontravam no primeiro ano de vida. Para além dos ensinamentos realizados, surgiu a necessidade de atualizar e resumir o folheto existente na USF, sendo este composto por várias folhas, tornando-se muito confuso. Foi então elaborado um novo folheto, subordinado ao tema: “Alimentação da Criança no Primeiro Ano de Vida” (Anexo XIII).

A consecução deste objetivo permitiu: “Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa; Tomar a iniciativa e ser criativo na interpretação e realização de problemas na área de especialização” (UCP, 2012, p. 4-5).

2.2 - MÓDULO II

2.2.1 - SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO HSM

O Módulo II do Estágio , decorreu de 12 de Novembro a 18 de Janeiro de 2013, comportando uma carga horária de 180h, tendo sido realizado no Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria.

No serviço de Pneumologia Pediátrica são internadas crianças com patologia respiratória aguda e crónica.

Os cuidados de Enfermagem Pediátrica requerem valorização das necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais da criança e família. A doença e a consequente hospitalização desencadeiam diversas alterações no equilíbrio familiar. É inevitavelmente uma situação crítica para o equilíbrio psicológico e social da criança, dada a sua fragilidade emocional e dependência dos pais. A minimização destas mudanças no ciclo vital passa pela presença contínua dos pais durante internamento.

Neste estágio o foco de intervenção é a **transição saúde-doença**, pelo facto da criança/família enfrentarem situações de doença e consequentemente o internamento. Há uma mudança na rotina destas crianças/família que poderá colocar em causa o papel parental.

Segundo FREITAS e FREITAS (2005), a doença e hospitalização constituem uma situação de crise tanto para a criança como para a família, pois coaduna com uma complexidade de eventos financeiros, somáticos, psicológicos, relacionais e sociais. A experiência familiar da hospitalização pode tornar-se destruturante ou numa fonte de crescimento e maturação consoante os fatores envolvidos.

De acordo com TAVARES (2008) quando nos imaginamos a entrar num hospital, este espaço sugere-nos silêncio, calma, branco, frio, sofrimento, aparelhos grandes e assustadores... e este cenário aos olhos de uma criança? Para ela tudo tem cor, alegria, sorrisos, imaginação, fantasia e brincadeira... podemos imaginar o quanto assustador poderá ser um hospital.

A maioria das crianças que adoece fica mais chorosa e dependente dos pais. Se a sua patologia for grave, exigindo a hospitalização, o seu quadro emocional tende a piorar, em função da possibilidade do afastamento de casa e da família (OLIVEIRA et al, 2004).

Segundo FESTAS (1994) citado por FREITAS e FREITAS (2005) as crianças são particularmente vulneráveis às modificações que se operam no seu ambiente e na sua

rotina habitual. A hospitalização é uma situação de alto risco para o seu equilíbrio psicológico e emocional.

As crianças dependem dos seus pais quanto a cuidados físicos, formação educacional e social, mas quando adoecem e são hospitalizadas, algumas destas funções, no imediato, podem ser assumidas por profissionais de saúde causando nos pais um sentimento de revolta e frustração, comprometendo o seu papel parental. Está latente nos pais a preocupação sobre a doença e consequências que daí possam advir. A preocupação sobre o prognóstico torna-os vulneráveis (ANDRAUS et al, 2004)

A angústia e a inquietação dos pais pode levá-los a superprotegerem a criança ou a ficarem indiferentes a ela. É necessário, de facto, ajudá-los a refletir sobre o seu comportamento sem os julgar (FERNANDES, 1988).

OPPERMAN e CASSANDRA (2001) consideram que quando o enfermeiro trata da criança, tem que ter em conta a família, pois esta comporta uma perspetiva única para as questões que devem ser levantadas relativamente à saúde. Esta singularidade revela-se na cultura, etnia, crenças religiosas e tradições familiares.

Segundo JORGE (2004) os pais necessitam de ser ajudados desde o primeiro dia de internamento, para que possam ser considerados elementos efetivos da equipa assistencial.

A equipa de enfermagem tem um papel fundamental na hospitalização da criança. Os pais veem o enfermeiro como o elemento mais acessível para responder às suas questões, dúvidas. É importante o enfermeiro conhecer os medos e anseios dos pais para que possa ajudar a minimizar os mesmos (JORGE, 2004 citado por GOMES et al, 2009).

O papel dos pais na parceria de cuidados e a promoção das suas competências é focado constantemente no serviço de internamento de Pneumologia Pediátrica. A maioria das crianças permanece muito tempo internada o que permite à equipa multidisciplinar ter um contato muito próximo e quase familiar com a criança/família.

Pois de acordo com ZAGONEL et al (2003), o cuidar humano transicional visa ajudar a criança/família a movimentar-se dentro da transição com maior autonomia para melhor enfrentar e adaptar-se ao novo papel, conduzindo a uma transição saudável. As intervenções de enfermagem devem ser centradas na família favorecendo a transição no processo de doença capacitando os pais no cuidar da criança e assim tornarem-se autónomos no domicílio.

A organização das condições da hospitalização, a participação dos pais nos cuidados à criança, o acompanhamento e o apoio psicológico facilitam o estabelecimento de interações de boa qualidade (BAYLE e MARTINET, 2008).

No decorrer dos primeiros turnos de estágio, após a observação da dinâmica do Serviço de Pneumologia Pediátrica e através de conversas informais com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, constatei que a maioria dos pais demonstra grande ansiedade perante uma situação de Hospitalização e posteriormente a transição para o domicílio. Deste modo a intervenção de enfermagem está direcionada para as necessidades particulares da criança/família perante a situação particular que estão a passar.

Como objetivos específicos para este estágio foram projetados os seguintes:

- Prestar cuidados à criança/família com doença crónica/incapacidades ou em situação de especial complexidade no internamento e ambulatório (UMAD).

No cuidar de uma criança, torna-se fundamental que a sensibilidade, a proximidade e a disponibilidade sejam elementos do cuidar profissional, a fim de se estabelecer uma relação efectiva de ajuda na negociação de estratégias de intervenção para a resolução da sua dor. O envolvimento dos pais é fundamental.

Perante a doença de um filho, os pais podem duvidar da sua competência para cuidar da criança. Quando se trata de uma doença crónica, esta competência pode ser severamente desafiada pelas mudanças e múltiplas rupturas que a doença provoca no seu dia-a-dia (MALTBY, KRISTJANSON e COLEMAN, 2003).

MARTINS (2008) diz-nos que, actualmente, nem todos os pais vivem este processo de transição socialmente apoiados e a própria sociedade regista rápidas mudanças de ideias sobre família. Essas mudanças, ocorridas na estrutura social e familiar, têm vindo a constituir-se como fatores que desafiam o desempenho das funções parentais, nomeadamente pela complexidade de competências e saberes necessários aos pais para cuidar, proteger, desenvolver a afetividade e a socialização da criança, que podem comprometer o positivo exercício do papel parental.

Os pais referem que sentem que o seu papel parental está comprometido porque não podem ter controlo sobre o que acontece aos seus filhos (NEIL, 1996).

A presença dos pais durante a hospitalização de um filho e a participação nos cuidados têm sido reconhecidas como importantes e necessárias para a criança e para os pais, com benefícios para ambos (COYNE, 2007).

Parte das dificuldades apresentadas em relação à parentalidade na hospitalização relacionam-se com ideias pré-concebidas sobre a doença, o hospital e os profissionais de saúde (SANJARI et al, 2009).

De acordo com SABATÉS e BORBA, (2005) para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental, podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo. Embora os pais reconheçam que a doença da criança precipita uma necessidade.

A intervenção do enfermeiro para evitar ou minimizar o impacto desta situação, no papel parental, assume um papel importante, sendo um desafio dotar os pais de competências relacionadas com a forma como deverão proceder nestas situações, ajudando os seus filhos a ultrapassá-la da forma mais saudável possível.

Segundo MELEIS et al (2000), as transições resultam e são o resultado de mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente. Os mesmos autores referem que habitualmente é o enfermeiro que primeiro presta cuidados à criança/família quando estes passam por uma transição. Ajudando a criança/família a enfrentar as mudanças e exigências inerentes à transição, prepara a criança/família para as transições e facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde e experiências de doença.

O enfermeiro ESIP tem o papel de proporcionar um ambiente de qualidade e bem-estar, estando subjacente o atenuar do stress e o minimizar dos efeitos negativos que a hospitalização exerce na criança/família.

O serviço de Pneumologia recebe crianças com diversas patologias de base (paralisia cerebral, fibrose quística, Hipertensão pulmonar, entre outras) e que são acompanhadas por várias especialidades. Muitas destas crianças têm necessidades especiais, necessitando de cuidados específicos.

Segundo BANDEIRA (2003) cada patologia possui características clínicas distintas, com diferentes etio-patogenias, mas partilham percursos, diagnósticos e acções terapêuticas.

Para além da prestação de cuidados às crianças internadas no serviço, surgiu a oportunidade de acompanhar a enfermeira a algumas visitas da UMAD. Todas estas visitas são planeadas no início da semana pela enfermeira que nesse mês está responsável pela UMAD. Muitas das crianças têm internamentos frequentes, pelo que os pais demonstram ter confiança e afeto pelas enfermeiras que vão às visitas, pois

também já as conhecem do internamento. Estas crianças necessitam de cuidados especiais de oxigenioterapia, ventilação não invasiva, mobilização de secreções, tosse assistida, cuidados com a gastrostomia, entre outras.

Visitei algumas crianças que já conhecia do internamento. Foi importante verificar a evolução da criança desde a alta até ao dia da visita e percebi que existem grandes diferenças no seu comportamento estando no ambiente familiar. As crianças ficam mais calmas, mais risonhas.

Muitas destas mães não trabalham desde que as crianças nasceram. Dedicam todo o seu tempo à criança. A Enfermeira da UMAD faz a articulação com os respetivos Centros de Saúde, Escolas, Fisioterapeutas, Instituições (Centro de Paralisia Cerebral, ...) para ajudar estes pais no cuidar destas crianças com doenças crónicas e que necessitam de cuidados diferenciados.

O EESIP deve ajudar estes pais a lidarem com a doença, avaliando os seus conhecimentos e adequando os ensinamentos a cada situação. CASTRO e MOTA (2008) consideram que muitos pais podem gerir responsabilmente os cuidados dos seus filhos em casa, se lhes forem fornecidas as informações e o suporte de que necessitam.

Nestas visitas percebi que a maioria destes pais/famílias, necessitam muitas vezes de suporte emocional. Muitos pais já adquiriram competências para cuidar dos seus filhos, mas a visita da enfermeira é sempre bem-vinda, pelo facto de poderem conversar com alguém e por sentirem que não estão esquecidos. Os seus dias são sempre iguais, e muitos são passados apenas na companhia da criança doente, não tendo mais ninguém com quem conversar.

Tanto no internamento como na UMAD, o enfermeiro estabelece uma relação empática com estes pais, permitindo que estes expressem os seus sentimentos, que desabafem, que chorem e que esbocem sorrisos de esperança, com o pensamento de que o amanhã poderá ser melhor e que podem sempre contar com a ajuda do enfermeiro.

Segundo a OE (SIECE, 2009, p.20), o EESIP “Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença e Negoceia a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”.

A consecução deste objetivo permitiu: “Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e a pela sua cultura; Desenvolver uma

metodologia eficaz na assistência à criança e família no internamento e no domicílio; Zelar pelos cuidados prestados na área de especialização; Refletir na e sobre a prática, de forma crítica; Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada” (UCP, 2012, p.4-5).

- Identificar as necessidades formativas sobre competências parentais nos pais das crianças internadas no serviço de Pneumologia Pediátrica.

De acordo com o 7º princípio da carta da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2002), o ambiente hospitalar pediátrico deve corresponder não apenas às necessidades físicas da criança mas também afetivas e educativas.

Segundo BATISTA et al (2004), a brincadeira é a linguagem universal das crianças sendo considerada uma das técnicas mais importante de comunicação e relacionamento com elas. Através da brincadeira a criança expressa sentimentos emoções e ansiedades que dificilmente seriam expressas de outra forma e aprende o que mais ninguém lhes pode ensinar.

O brincar é, portanto, uma das atividades fundamentais para o desenvolvimento da criança. É através da brincadeira que a criança pode desenvolver algumas capacidades, tais como a atenção, a imitação, a memória, a imaginação. Ao brincar, a criança explora e reflete sobre a realidade a cultura na qual vive, incorpora e questiona regras e papéis sociais. Podemos então dizer que através da brincadeira a criança pode ultrapassar a realidade, transformando-a através da imaginação (BORBA, 2006).

As atividades devem ser selecionadas de acordo com a idade, interesses e limitações da criança.

De acordo com HOCKENBERRY e WINKELSTEIN (2005), a brincadeira terapêutica é em geral usada para reduzir o trauma da doença e da hospitalização e para preparar as crianças para procedimentos dolorosos/traumáticos. Através da brincadeira terapêutica, o enfermeiro tem a oportunidade de estabelecer uma relação empática com a criança/família e ajudá-la a encarar os procedimentos traumáticos/dolorosos e/ou o internamento como uma oportunidade para aprender e brincar e desta forma favorecer o crescimento em todas as vertentes.

De facto, a utilização do brincar/brinquedo com as crianças proporciona, de forma indireta, aos pais e familiares o benefício de se sentirem acolhidos e “cuidados” num ambiente que, por si só, ameaça o papel protetor dos mesmos (POLETI, 2006).

Durante a prestação de cuidados fui brincando com as crianças e incentivei os pais a brincar com os seus filhos. Quando isto acontece por momentos os pais esquecem-se da doença e dos efeitos negativos gerados pelo ambiente hospitalar, sentindo-se confortados quando visualizam as crianças doentes a participarem nas brincadeiras.

Assim, o brincar no hospital possibilita ainda, uma melhor interação entre pais e filhos diante da situação que enfrentam, ajudando-os a lidar melhor com a doença e os procedimentos a que estão sujeitos (CARVALHO e BEGNIS, 2006).

Deste modo, é perceptível a importância da atividade lúdica para facilitar o papel parental durante o período de internamento da criança, sendo mesmo possível o desenvolvimento das suas competências parentais ao envolvê-los nesse processo.

Considerando a posição privilegiada do enfermeiro enquanto educador, tal como contempla o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alínea c) do n.º 4 do Artigo 5), achei pertinente realizar uma sessão de educação para os pais subordinada ao tema: “Hospitalização da Criança e a Importância do Brincar”. Na sessão foram abordados aspetos relativamente ao impacto da hospitalização na criança e família e os benefícios do brincar durante o internamento, assim como os brinquedos mais adequados a cada faixa etária (Anexo XIV).

Ao realizar a sessão tive a colaboração da Educadora de Infância do serviço. No decorrer da apresentação a educadora ia mostrando às mães os brinquedos referidos e existentes no serviço. Todas as mães das crianças internadas assistiram à formação, referindo ser muito pertinente e benéfica, pois serviu de momento de descontração e de partilha de experiências. Existia uma mãe também educadora de infância que deu sugestões de brinquedos feitos em casa, para que não se torne muito dispendioso a compra de brinquedos. Muitas das crianças apresentam várias limitações, de modo que as mães demonstraram muitas dificuldades na escolha dos brinquedos. Mais uma vez com a ajuda da educadora, foi possível esclarecer e ajudar estas mães, que perceberam que apesar de tudo os seus filhos são acima de tudo crianças, e que também podem brincar.

A consecução deste objetivo permitiu: “Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da prática profissional e de vida,

e da formação pós-graduada; Identificar as necessidades formativas na área de especialização” (UCP, 2012, p.4-5).

- Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados durante a preparação para o regresso ao domicílio da criança/família com doença crónica ou cuidados especiais.

LADDEN (1990) citado por MADEIRA (s/d), afirma que a alta para muitas crianças, não significa que a sua recuperação está completa e sim que será apenas mudado o local de recuperação do hospital para o domicílio.

Isto muitas vezes, requer uma quantidade enorme de energia física e emocional dos pais que se podem sentir exaustos e isolados ao cuidarem da criança 24 horas por dia. A preparação para a alta deve ser assim refletida, planeada e preparada com os pais.

Tal como refere BANDEIRA et al (2003) a família, como cuidador informal, constitui o principal responsável pelos cuidados que a criança necessita, e que o hospital não é o local ideal para o seu desenvolvimento; a transição para o seu lar, no seio da sua família, constitui um dos maiores desafios para os profissionais de saúde. Promover a transição para o domicílio, assegurando a possibilidade destas famílias de manterem uma dinâmica estável e gratificante com a menor disrupção possível dos seus hábitos, constitui o objetivo primordial.

No sentido de identificar as necessidades dos cuidadores das crianças dependentes de tecnologias no domicílio foi realizado um estudo de investigação por duas enfermeiras do Serviço de Pneumologia Pediátrica em 2008 (CASTRO e MOTA, 2008). Neste estudo conclui-se que uma das principais necessidades destes cuidadores é a necessidade de obter informação compreensível, exacta e atualizada sobre os cuidados de saúde especiais que a criança necessita, as tecnologias de saúde (equipamento tecnológico), as estratégias para facilitar o seu desenvolvimento e os serviços disponíveis para os ajudar nos cuidados à criança.

Como afirma SILVA (2007, p.15) “ajudar as mães/pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental parece-nos constituir uma dimensão pró activa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde”.

A equipa de enfermagem, durante a prestação de cuidados, tem a preocupação de avaliar as necessidades destas crianças e famílias de forma a facilitar a sua transição para o domicílio, realizando ensinamentos individualizados aos cuidadores, para que estes

possam desenvolver competências para cuidar de forma autónoma destas crianças no domicílio.

Neste contexto, e tendo em conta o grau de complexidade e exigência de cuidados que estas crianças requerem, emergiu a necessidade de elaborar um “Guia de Preparação para a Alta” (Anexo XV). Neste guia são referenciados vários cuidados (aspiração de secreções, VNI, cuidados com a gastrostomia, cuidados com a SNG, etc.), assim como a terapêutica que vão manter em casa, as consultas marcadas, ... Este guia foi retificado por várias enfermeiras do serviço e será entregue aos pais/cuidadores das crianças no dia da alta, para que estes possam consultar no domicílio no caso de surgirem algumas dúvidas.

MELNYK et al. (2001) e COFFEY (2006), referem que vários fatores podem influenciar o coping parental à doença crónica da criança como: suporte social e familiar, relação com a criança, com outros membros da família e com os profissionais de saúde, recursos económicos e crenças pessoais sobre a doença. O autor refere que a ansiedade dos pais diminui quando estes permanecem com os seus filhos, se a comunicação com os profissionais é boa e quando recebem informações adequadas às suas necessidades.

O EESIP tem o papel de intervir no sentido de aumentar os recursos internos da criança/família, para que estes possam lidar com os desafios (transições) com que se deparam, articulando-se em parceria com a família e tendo em conta as suas características particulares.

De acordo com a OE (SIECE, 2009, p.22), o EESIP “Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”.

A consecução deste objetivo permitiu: “Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com a criança/família na área de especialização; Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/família; Zelar pelos cuidados prestados na área de especialização; Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização e Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização” (UCP, 2012, p. 4-5).

2.3 - MÓDULO III

2.3.1 - SERVIÇO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL DE SANTA MARIA

O Módulo III do Estágio – Serviço de Neonatologia , decorreu de 20 de Setembro a 12 de Outubro de 2012, com uma carga horária de 90h, foi realizado no Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria.

O Serviço de Neonatologia tem como principal missão prestar cuidados a RN saudáveis e doentes até aos 28 dias de vida. A entrada na Unidade é realizada a maior parte das vezes por transferência da Sala de Partos, podendo no entanto, ser admitidos RN por transferência de outros Serviços do Hospital, de outras Unidades Hospitalares transportados pelo INEM ou vindos pelo Serviço de Urgência.

As patologias mais frequentes são: prematuridade; síndromes poli-malformativos; patologia Infecciosa (bronquiolites, SDR, pneumonias, sépsis); malformações congénitas (hérnia diafragmática, atresia do esófago, onfalocelo, gastrosquisis, atresias intestinais, mielomeningocelo, malformações cardíacas).

O objetivo final é curar, minimizar ou prevenir sintomas de doença em tempo útil, assegurando a comunicação e a continuidade de cuidados com outros Hospitais e Centros de Saúde. O serviço preocupa-se com a humanização, fomentando a participação dos pais nos cuidados ao bebé, designando um Enfermeiro de referência a quem os pais recorrem sempre que é necessário. É também prestado apoio psicológico aos pais.

Neste estágio a **transição para a parentalidade** surge novamente como a transição mais adequada para ser alvo de atenção. Ser mãe/pai implica a adaptação a uma nova realidade, que pode ser stressante na medida em que não é uma tarefa fácil. O nascimento de um filho prematuro pode inviabilizar a transição para o papel parental, dificultando a adaptação à nova etapa de vida. Estes pais têm necessidades específicas a nível de informação, apoio, confiança. O enfermeiro deve proporcionar as condições necessárias para colmatar estas necessidades.

Considerada uma transição desenvolvimental, implica o desempenho de novos papéis para uma adaptação ao filho que nasceu, conciliando a criança real com a idealizada durante a gestação. A transição para a parentalidade é habitualmente descrita como um período de desordem e desequilíbrio (ZAGONEL et al, 2003).

Para SANTOS et al (2007), uma antecipação do nascimento biológico, devido a parto prematuro acarreta para os pais uma tempestade de sentimentos, como a angústia e a

culpabilidade, embarcando na busca de causas, de significados para o acontecimento, o que também dificulta a formação do apego entre a tríade mãe-pai-RN e consequente vivência da parentalidade.

Quando falamos em transição na parentalidade do tipo situacional como a doença crônica e o nascimento de uma criança prematura, também podemos constatar que a preparação, educação e treino de habilidades contribuem positivamente para este processo (MALTBY, KRISTJANSON e COLEMAN, 2003; COFFEY, 2006).

No decorrer dos primeiros turnos de estágio, após a observação da dinâmica do Serviço de Neonatologia e através de conversas informais com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, constatei que os pais apresentavam algumas dificuldades/necessidades associadas aos Cuidados de Higiene ao RN e ao Aleitamento Materno.

O hospital encontrava-se em processo de acreditação internacional, para obter o certificado como “Hospital Amigo dos Bebês” que funciona como um certificado de qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade. A equipa de enfermagem tinha necessidade de promover a formação em serviço relativamente ao Aleitamento Materno, sendo o grupo alvo os pais dos RN internados na Unidade.

Como objetivo específico para o Módulo III – Serviço de Neonatologia, foi projetado o seguinte:

- Implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança/família que implique a formação dos pais na área do aleitamento materno e dos cuidados de higiene ao RN e Sensibilizar os pais, durante a prestação de cuidados ao RN, para a importância do aleitamento materno.

O período inicial da vida do bebé origina inúmeras alterações na dinâmica funcional da família, na qual a exigência de cuidados parentais é grande, gerando um significativo cansaço físico e psíquico dos pais. A imprevisibilidade do estado geral e emocional do bebé é também uma realidade, pelo que os pais têm dificuldade na adaptação à nova realidade.

O processo de vinculação mãe/pai/bebé logo após o nascimento é de extrema importância, pois é nesta fase que os pais iniciam o desenvolvimento de competências parentais e demonstram afeto e carinho para com o seu filho.

Quando o nascimento do bebé ocorre antes do tempo ou a sua situação clínica exige o seu internamento numa UCIN, há uma separação física dos progenitores. Assim, todo este processo de vinculação fica comprometido, aumentando a probabilidade de

comportamentos parentais não adequados.

De acordo com FONSECA e MAGÃO (2007), visto a transição para a parentalidade pressupor uma preparação ao longo da gravidez, é esperado que os nove meses da sua duração venham permitir uma preparação para os novos papéis, o que se precipita caso a criança nasça prematuramente.

Esta barreira à interação mãe/pai/bebé deve ser ultrapassada o mais precocemente possível e para isso é necessário que os profissionais de saúde e em especial o enfermeiro desenvolvam estratégias nesse sentido.

O aleitamento materno, do ponto de vista afetivo, é muito importante na interação da mãe com o bebé, na medida em que a cooperação, a proximidade e o contacto visual permitem uma adaptação mútua e o estabelecimento progressivo da vinculação, ou seja, de uma relação rica e complexa entre a mãe e o seu filho.

O EESIP desempenha um importante papel de suporte na díade. Mesmo que o RN não possa ser logo adaptado à mama, é necessário informar a mãe da importância da estimulação mamária (com bomba manual ou elétrica). A estimulação é fundamental para que se estabeleça a lactação.

A prestação de cuidados de higiene é também um momento propício à promoção da relação afetiva e de competências parentais. Assim, no decorrer do estágio foi promovido o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.

As duas sessões de educação para a saúde foram planeadas e realizadas tendo por base estas duas necessidades formativas dos pais. No sentido de personalizar e individualizar a divulgação das sessões, optou-se pela elaboração de convites que foram entregues pessoalmente aos pais dos bebés internados na Unidade no período que antecedeu às sessões (Anexo XVI).

A disponibilidade dos pais e o interesse demonstrado pela pertinência dos temas foram muito significativas, o que motivou ainda mais a minha vontade para a realização das sessões. Foi necessário realizar várias sessões de formação para clarificar alguns aspectos dos temas e corrigir alguns conceitos. É necessário que o enfermeiro se articule com os pais, em Sessões de Educação para a Saúde, fornecendo-lhes conhecimentos específicos sobre temáticas de interesse pessoal, para que estes se sintam mais competentes e seguros enquanto cuidadores.

A partilha de experiências, sentimentos e dificuldades entre o grupo de pais, serviu de suporte para as funções parentais, ao permitir o desenvolvimento de estratégias de adaptação à situação ou crise que estão a viver.

Paralelamente ao contacto com a realidade, na prestação direta de cuidados, e no sentido de aprofundar os conhecimentos, foi efetuada uma consulta bibliográfica sobre os cuidados intensivos neonatais, bem como a consulta de manuais e instruções de trabalho disponíveis no serviço.

Em conjunto com outra colega da especialidade que se encontrava também em estágio neste serviço, foi realizado um cartaz informativo subordinado ao tema: “Aleitamento Materno”, que foi colocado na Sala de Pais, como resumo do que foi abordado nas sessões (Anexo XVII).

Segundo o SIECE (2009, p.22), o EESIP “Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo; Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; Promove a amamentação e negocia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN”.

A consecução deste objetivo permitiu: “Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada”; “Promover a formação em serviço na área de especialização”; “Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família especialmente na área de especialização”; “Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica”; “Zelar pela qualidade dos cuidados na área de especialização” e “Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização” (UCP, 2012, p.4-5).

2.3.2 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

O Módulo III do Estágio –Urgência Pediátrica , decorreu de 15 de Outubro a 9 de Novembro de 2012 com uma carga horária de 90h, foi realizado no Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

O serviço de Urgência é uma unidade ambulatoria destinada ao atendimento da criança em situação de urgência/emergência, proveniente do domicílio ou de outra instituição.

As emoções dos pais, no serviço de Urgência Pediátrica, são muito intensas e a sua capacidade de compreensão pode não estar no auge, devido ao stress que uma situação urgente acarreta. Como enfermeiros devemos estar sempre atentos e dar resposta às necessidades da criança e dos pais, tendo em conta o ambiente em que estão inseridos. É de extrema importância fazer uma avaliação inicial das capacidades da criança, da família e das respostas da comunidade em que se encontram inseridos.

Segundo NAVARRO e CASTRO (2010), o enfermeiro deve perceber se a pessoa operacionaliza os seus objetivos, se tem capacidade de decisão, se utiliza as suas competências para dar resposta às atividades de vida diária e se tem apoio quando necessita.

O papel dos pais na parceria de cuidados e a promoção das suas competências é focado constantemente no serviço de Urgência Pediátrica. Isto é perceptível principalmente no SOPed onde as crianças permanecem mais tempo e a equipa multidisciplinar tem mais contato com a criança/família.

Neste estágio, visto tratar-se de uma urgência hospitalar, o foco de intervenção foi a **transição saúde-doença**, onde a criança/família enfrentam situações de doença.

O Enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente (OE, 2007).

As transições incidem no domínio da enfermagem quando elas pertencem à saúde ou doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados à saúde (CHICK e MELEIS, 1986).

Segundo Cowan citado por LOURENÇO e AFONSO (2008) a parentalidade é um processo que configura um projecto de vida a longo prazo ou mesmo vitalício, também ele sujeito a sucessivas mudanças e adaptações.

A criança e a família enfrentam uma crise que poderá colocar em causa o papel parental. O Enfermeiro deve promover nos pais competências que permitam aos mesmos saber actuar nestas situações inesperadas.

No decorrer dos primeiros turnos de estágio, após a observação da dinâmica do Serviço de Urgência e através de conversas informais com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, constatei que os pais ficam muito ansiosos perante uma situação de Febre na criança e apresentam dificuldades na administração de analgésicos/antipiréticos.

Como objetivo específico para o Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica, foi projetado o seguinte:

- ***Implementar no serviço uma estratégia de assistência sistematizada à criança/família que implique a formação dos pais perante uma situação de Febre na criança, salientando a importância da administração correta de analgésicos/antipiréticos.***

Todos os dias recorrem ao SUP crianças gravemente doentes, muitas a necessitar de cuidados imediatos, com patologias várias (desde dificuldade respiratória, crises convulsivas, sépsis, paragem cardiorespiratória, intoxicações, entre outras). Situações traumatológicas, com excepção de traumatismos cranianos, dão entrada pela Urgência de Adultos, de forma a beneficiarem do apoio da Ortopedia, Pequena Cirurgia e Exames Complementares de Diagnóstico.

Ao longo deste estágio prestei cuidados na Sala de Tratamentos, no SOPed e maioritariamente na Sala de Triagem. É na Triagem que se realiza o primeiro contato entre os profissionais de saúde e a criança/família após a admissão no serviço. A triagem consiste na observação e avaliação rápida da criança, determinação do grau de gravidade de situação e estabelecimento de prioridades. O Enfermeiro na Triagem tem de ter a capacidade de tomar decisões rapidamente, pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia, que são fundamentais para a relação com a criança/família.

Desta forma, o EESIP é o elemento mais qualificado para o fazer porque, tal como refere o Decreto-Lei nº 437/91 (p.5724), compete ao Enfermeiro Especialista “prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”.

O Enfermeiro Especialista tem competências para fazer uma avaliação precisa, de tomar decisões rápidas baseadas em julgamento lógico, estabelecer uma boa comunicação entre a criança/família e com os restantes profissionais de saúde. Mobilizando assim, conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e actuar antecipadamente (OE, 2009).

Durante a participação na prestação de cuidados na área da Triagem, surgiu a oportunidade, sempre que o serviço permitia, de fazer ensinamentos oportunos e clarificar dúvidas dos principais prestadores de cuidados da criança.

Verificou-se que a maioria das crianças que recorriam ao SUP tinha Febre. Os pais apresentavam imensas dúvidas relativamente à Febre. Deste modo foi realizado um folheto subordinado ao tema: “Febre” (Anexo XVIII), que foi entregue aos pais na sala de Triagem, sempre que se achou pertinente. Deste modo, foram também realizados ensinamentos individualizados (sobre o que é a Febre; avaliação correta da temperatura; como tratar a febre; o que fazer perante as convulsões febris), de acordo com as necessidades específicas de cada família, para que estes se sintam mais competentes e seguros enquanto cuidadores.

Num momento de stress é determinante a valorização das competências parentais, pois pretende-se que a transição saúde/doença seja a menos nefasta possível para a tríade. Com outro olhar para a realidade de uma urgência, a preocupação para contribuir para a melhoria dos cuidados foi uma prioridade.

Compete ao EESIP definir as verdadeiras necessidades dos pais, no que se refere à educação para a saúde, seleccionando a informação mais pertinente e útil de forma a reconhecer os sinais de alerta na criança.

Após a realização do panfleto, referido anteriormente, e a realização dos ensinamentos individualizados, incidindo mais na temática da Febre, chegou-se à conclusão que os pais careciam de conhecimentos relativamente aos fármacos a administrar perante uma situação de Febre/Dor e as doses corretas de acordo com o peso da criança. Foi assim implementada uma tabela com as doses corretas dos principais medicamentos a administrar, que serviu de orientação para os pais. Quando os pais referiam que já tinham administrado terapêutica em casa, era sempre questionado qual a dose administrada e o intervalo entre as administrações. A tabela era mostrada aos pais aquando os ensinamentos, se a dose administrada não fosse a indicada (Anexo XIX). Foi neste contexto que dei primazia a este tema, pois todos os dias apareciam crianças com febre na urgência, e muitas das vezes esse era o principal motivo pelo que os pais recorriam a

este serviço.

O EESIP tem um papel fundamental junto da criança/família em situação de urgência, para que estes momentos de crise não sejam desestabilizadores, ajudando-os a ter algum controlo sobre a situação. As intervenções passam pela informação (tendo em conta as características específicas de cada criança/família) e uma compreensão efetiva promovida por uma relação terapêutica.

De forma a dar consistência teórica à temática desenvolvida e às atividades implementadas, elaborou-se e divulgou-se um dossier informativo com uma compilação de artigos e documentos utilizados.

Este estágio permitiu-me refletir mais criticamente a importância do EESIP no Serviço de Urgência Pediátrica, nomeadamente na Sala de Triagem. A participação nos cuidados possibilitou-me não só a partilha de opiniões e experiências, mas também um desenvolvimento de competências a nível relacional, de observação e espírito crítico.

Segundo o SIECE (2009, p.22), o EESIP “Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”.

Com a concretização deste objetivo foi possível desenvolver as seguintes competências: “Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada”; “Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde encontrados”; “Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização”; “Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização”; “Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família (...)”; “Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização” e “Zelar pelos cuidados prestados na área de especialização” (UCP, 2012, p.4-5).

III – PARTE

Considerações Finais

1 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Os enfermeiros na procura da excelência dos cuidados são estimulados a um constante desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, é necessário que os mesmos invistam na procura de novos conhecimentos, através da autoformação e da formação contínua (O.E, 2005).

De acordo com LEITE (2006), a progressão do enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista, implica a aquisição de competências especializadas num determinado campo de intervenção. Estas competências permitem uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está exposta, um amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, e ainda, a prestação de cuidados de enfermagem com um elevado padrão de qualidade direccionados para as necessidades das pessoas.

O EESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família; detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Trabalha em parceria com a criança/família, em qualquer contexto em que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde (OE, 2010).

A prestação de cuidados de enfermagem especializados em serviços de cuidados de saúde primários, de internamento de crianças com doença aguda ou crónica, de neonatologia e de urgência, revelou ser uma experiência enriquecedora, pela diversidade de situações clínicas, e pelas oportunidades de aprendizagem proporcionadas. Esta experiência permitiu o desenvolvimento de várias competências e o aperfeiçoamento de outras pré-existentes.

Foram também desenvolvidas competências na área da investigação, de forma a poder contribuir para o aumento de conhecimentos no campo de intervenção, e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança/família.

De acordo com LEITE (2006, p.4) o enfermeiro especialista é um profissional com grandes capacidades de reflexão, e com competências que lhes permitem mobilizar "... todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçada nos saberes providos da experiência em situação ..." os quais aplica durante a implementação das intervenções de enfermagem.

Os enfermeiros ao longo do seu percurso passam por várias transições a nível educacional e profissional, como acontece durante a sua progressão de enfermeiros de

cuidados gerais para enfermeiros especialistas. Estas transições implicam a definição de novos papéis e a aquisição de novas competências (MELEIS, 2007, 2010).

2 - CONCLUSÃO

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, pressupõe uma filosofia de cuidados centrados na criança/família, sendo os pais reconhecidos como os seus principais prestadores de cuidados.

A promoção das competências parentais, nomeadamente em situações de crise ou risco, constitui um campo de intervenção amplo e privilegiado do enfermeiro especialista. A família, como uma constante na vida da criança, deve sempre ser respeitada, apoiada e incentivada a potencializar as suas forças e competências.

Este relatório retrata todo o percurso realizado durante o estágio, onde se desenvolveram Competências Específicas do EESIP.

No decorrer de todos os Módulos de estágio pretendeu-se sensibilizar as crianças, a família, os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde para a importância do papel do enfermeiro na promoção de competências parentais em situações de transição, com o intuito de se alcançarem benefícios para ela e para a sua família.

No Módulo I, USF da Ramada, o foco de atenção foi direcionado para a transição para a parentalidade, em que os pais têm de se adaptar às várias alterações que ocorrem com o nascimento de um filho. Todas as intervenções efetuadas tiveram como objetivo facilitar o processo de aquisição de novas competências parentais. Ser pai e mãe não é fácil. Destaca-se por exemplo a elaboração do Guia do Bebê, que se tornou um instrumento valioso para esclarecer dúvidas, adquirir novos conhecimentos e proporcionar segurança aos pais nos cuidados prestados ao RN. O fornecimento de conhecimentos específicos aos pais permitiu intervir no sentido do desenvolvimento do seu papel parental promovendo uma transição para a parentalidade satisfatória.

No Módulo II, Serviço de Pneumologia Pediátrica do HSM, o foco de intervenção foi a transição saúde-doença. A criança/família enfrentam situações de doença/internamento. Há uma mudança na rotina familiar. Todas as intervenções efetuadas contribuíram para o minimizar desta situação. O englobar dos pais na prestação dos cuidados de enfermagem permitiu aos mesmos sentirem-se úteis, não desfavorecendo o papel parental. O Guia elaborado para ser entregue aos pais no dia da alta e a sessão realizada sobre o Brincar, foram um contributo muito importante para minimizar o impacto da hospitalização na criança/família.

No Módulo III, Serviço de Neonatologia do HSM, o foco de intervenção foi novamente a transição para a parentalidade. Os pais deparam-se com o nascimento de um filho prematuro, sendo o papel parental colocado em causa. Existem necessidades

específicas. Aqui todas as intervenções foram no sentido de colmatar estas necessidades. A realização da sessão de Educação sobre o Aleitamento Materno foi pertinente. Ao amamentar a mãe sente-se mais próxima do seu filho. O aleitamento materno, do ponto de vista afetivo, é muito importante na interação da mãe com o bebê, permite estabelecer uma relação rica e complexa entre ambos. Durante a prestação de cuidados e a realização das sessões de educação foi reforçado e valorizado o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN com vista de promover uma relação precoce, significativa e sólida, com todos os ganhos que sucedem na transição para a parentalidade. No Serviço de Urgência Pediátrica do HSM o foco de intervenção foi a transição saúde-doença. As emoções dos pais neste serviço são intensas. Vivem momentos de grande stress. Destaca-se aqui o papel do enfermeiro na Triagem, em que é feita uma avaliação inicial da criança/família e onde se realizam ensinamentos de acordo com as necessidades específicas de cada um.

De acordo com MELEIS (2010) só após a compreensão da experiência das transições (sob a perspectiva de quem a vivencia) é que os enfermeiros poderão desenvolver terapêuticas de enfermagem a nível da promoção, prevenção e de intervenção ao longo desse processo, de forma a promoverem respostas saudáveis por parte dos mesmos.

A realização do estágio e a consecução dos objetivos nele traçados permitiram refletir sobre as práticas e foram um grande contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Todas as atividades implementadas tiveram por base um pensamento crítico e reflexivo, fundamentado nos conhecimentos adquiridos na área da especialização.

Em todos os locais de estágio foi visível a preocupação e o investimento dos enfermeiros na mudança e no desenvolvimento de novas atividades, acreditando que o enfermeiro especialista é um elemento essencial e impulsionador de novas ideias e projetos de forma a proporcionar o bem estar da criança/família. É notória a consciência da importância das intervenções do enfermeiro especialista na promoção de competências parentais.

De forma a contribuir para o aumento do conhecimento de enfermagem, na área da transição para a parentalidade, incidindo nas intervenções de enfermagem, foi realizada uma revisão sistemática da literatura. As intervenções de enfermagem foram consideradas relevantes pelos pais durante a transição para a parentalidade. Os enfermeiros são uma figura de referência e suporte. Os futuros pais valorizaram o

ensino realizado pelos enfermeiros, durante os cursos de preparação para o parto, nomeadamente as informações fornecidas relativamente aos cuidados ao RN.

Tendo consciência da importância desta temática, espero ter contribuído para a melhoria de cuidados e visto ser um tema que ainda tem muito para desenvolver, sugiro o desenvolvimento de estudos futuros nesta área para dar continuidade a esta jornada. No futuro espero contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, com qualidade e competência, tendo sempre como finalidade o bem estar da criança/família. No final o sorriso de uma criança é o melhor de tudo, pois como dizia a Madre Teresa de Calcutá “Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença sem se sentir melhor e mais feliz”.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. - **Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamenese e recurso aos cuidadores informais.** Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-96-2.
- ADAM, E. – **Ser enfermeira.** Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN 972-9295-86-7.
- ANDRAUS, L.; MINAMISAVA, R.; MUNARI, D. – Desafios da Enfermagem no cuidado à Família da Criança Hospitalizada. **Ciência, Cuidado e Saúde.** ISSN 1984-7513. Vol.3: nº2 (Maio/Agosto, 2004) p.203-208.
- AZEVEDO, C; AZEVEDO, A. – **Metodologia Científica. Contributos Práticos para a elaboração de trabalhos académicos.** 9ª ed. Porto: C. Azevedo, 2008. ISBN 978-972-54-0210-2.
- BANDEIRA, T.; CASTRO, L. - **Reabilitação Respiratória na Pediatria.** Vol II, Secção V, capítulo 143. In Sociedade Portuguesa de Pediatria. Tratado de Pneumologia, 2003. ISBN 134-972-733-139-4.
- BANDEIRA, T. – Doença Respiratória crónica: Orientação terapêutica. **Nascer e Crescer** [Em linha]. Vol. XII, n.º4 (2003), p. 265-266 [consult. 12 Dez. 2012]. Disponível em <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/592/1/Doen%C3%A7a%20Respirat%C3%B3ria%20Cr%C3%B3nica%20orienta%C3%A7%C3%A3o%20terap%C3%AAutica.pdf>.
- BARRADAS, Alexandra M. - **Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção.** Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta. Lisboa [2008], p.35- 46.

- BARRY, Amy; SMITH, JuliAnna; DEUTSCH, Francine [et al] - Father's involvement in child care and perceptions of parenting skill over the transition to parenthood. **Journal of Family Issues**. Vol. 32: nº11 (2011).

- BATISTA, R.; CERISARA, A.; OLIVEIRA, A.; [et al] - **Partilhando olhares sobre as crianças pequenas: reflexões sobre o estágio na educação infantil**. [Recurso eletrônico]. In: 12o Encontro Nacional de Prática de Ensino (ENDIPE), Curitiba: Conhecimento Local e Conhecimento Universal, 2004. 1 CD Room.

- BAYLE, F.; MARTINET, S. – **Perturbações da Parentalidade**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2008. ISBN 978-972-796-299-0.

- BELLMAN, M. [et al] - **Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil**. Lisboa, 2003.

- BORBA, Ângela M. - **O brincar como modo de ser e de estar**. In: Brasil, MEC/SEB Ensino Fundamental de nove anos: orientações para a inclusão da criança de seis anos de idade. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2006.

- BRANDÃO, S. – **Envolvimento Emocional do Pai com o Bebê: impacto da Experiência de Parto**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, 2009.

- BRAZELTON, T. B; CRAMER, B. – **A relação mais precoce: Os pais, os bebês e a interação precoce**. Lisboa: Terramar, 1993. ISBN 972-710-083-X.

- CARVALHO, A.M.; BEGNIS, J. G. – Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo** [Em linha]. Maringá. Vol. 11: nº 1 (Jan/Abr 2006), p. 109 - 117. [consult. 12 Dez. 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a13.pdf>.

- CASTRO, L.; MOTA, L. - **As necessidades dos cuidadores das crianças com necessidades de saúde especiais dependentes de tecnologias no domicílio**. Tese Apresentada no âmbito do 8º Curso do Complemento de Formação de Enfermagem na

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Calouste Gulbenkian. Lisboa [2008].

- CHICK, N.; MELEIS, A. - **Transitions: A Nursing Concern**. [Em linha]. (1986). [Consult. 10 Abril 2012]. Disponível em: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>.
- COMISSÃO NACIONAL DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CNSCA). [Em linha]. (2008). [Consult. 12 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/cnsca>
- COUTINHO, M. T. – Apoio à família e formação parental. **Análise Psicológica**. Série XXII: n.º 1 (2004), p. 55 – 64.
- COYNE, I - Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. **Journal of Clinical Nursing**. nº17 (2007), p.3150–3158.
- COYNE, I. – Parental participation in care: a critical review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**. nº21 (1995), p. 716-722.
- CRUZ, Orlanda – **Parentalidade**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005. 261p. ISBN 989-558-054-1.
- CRUZ, O.; DUCHARNE, M. – Intervenção na parentalidade – o caso específico da formação de pais. **Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educação** [Em linha]. Porto (2006), p. 295-309. [Consult. 16 Maio 2012]. Disponível em http://sigarra.up.pt/fpceup/publs_pesquisa.form view? p_id=17961. ISSN 1138-1663.
- DEAVE, T.; JOHNSON, D. – The transition to parenthood: what does it mean for fathers?. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 03092402. Vol. 63: n.º 6, Oxford (2008), p. 626-633.

- DEAVE, T.; JOHNSON; D., INGRAM, J. – Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. **BMC Pregnancy and Childbirth**. ISSN 2393-8-30. Vol.8: n.º1, Bristol (July 2008), p. 626 – 633.

- DECRETO-LEI n.º 161/96. D.R. I Série – A. 205 (96-09-04) 2961-2962.

- DECRETO-LEI n.º 437/91. D.R. I Série -A. 257 (91-11-08) 5723-5741.

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Atuação**. Orientações Técnicas 12. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – 2.ª ed. Lisboa: DGS, 2002.

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância**. Manual de orientação para profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS, 2005.

- FERNANDES, A. – A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. **Saúde Infantil**. n.º 2 (1988), p. 117-128.

- FIGUEIREDO, B. – Bonding pais-bebé. **IN: LEAL, Isabel – Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005, p.287-307. ISBN 972-754-235-2.

- FONSECA, A.P.; MAGÃO, M. T. – **Ser mãe de recém-nascido prematuro: vivência do processo de transição para a maternidade**. In CAMARRO, I. [et al] - *Aprendendo o Cuidado de Enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, 2007. p. 73 – 88. ISBN 978-972-99657-1-5.

- FREITAS, J.; FREITAS, S. – Hospitalização da Criança...O Impacto na Família. **Revista Sinais Vitais**. n.º 60 (2005), p.24-27.

- HALLE, Claire; DOWN, Toni; FOWLER, Cathrine; [et al] - Supporting fathers in the transition to parenthood. **Contemporary Nurse**. ISSN 1037-6178. Vol. 31: issue 1, Australia (Dezembro2008), p.57-70.

- HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, W. - **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2006. ISBN 85-352-1918-8.

- HOFFMANN , M. – A Importância da Leitura no desenvolvimento Infantil – **Educação Infantil: Family and Friends**. Nº8. [Em linha]. (2008). [Consult. 16 Maio 2012]. Disponível em: <http://criancagenial.blogspot.pt/2008/01/importncia-da-leitura-no.html>.

- INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - **Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança – Legislação – Criança, Adolescente e Saúde**. 1.ª ed. Lisboa: IAC, 2002. ISBN 972-8003188.

- JOHANSSON, K; AATS, C; DARJ, E – First-time parent`s experiences of home-based postnatal care in Sweden. **Upsala Journal of Medical Sciences**. Upasala. Vol. 115: n. º2 (May. 2010), p.131-137.

- JORGE, A. – **Família e Hospitalização da Criança**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-79-7.

- LEAL, Isabel – **Psicologia da gravidez e da parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. ISBN 972-754-235-2.

- LEITE, Lúcia – **O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional** [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros (2006). [Consult. 6 Fev. 2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf.

- LOURENÇO, S.; AFONSO, H. – Nascimento do primeiro filho e alterações familiares. **Revista Nursing**. Ano 20: nº 238 (Outubro 2008), p. 22 – 28.

- MADEIRA, L. – **Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem** [Em linha]. [Consult. 20 Nov. 2012]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/MADEIRA.HTM>.

- MALTBY, H.; KRISTJANSON, L; COLEMAN, M - The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. **International Journal of Nursing Practice**. nº 9 (2003), p.368–373.
- MANNING, B. - **Enfermagem na Maternidade**. 9ª ed. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-989-8075-16-1.
- MARSHALL, Z.; LUFFINGHAM, N. – O Enfermeiro especialista versus generalista. **Nursing**. ISSN 0871-6196. nº132 (Abril, 1999), p.18-23.
- MARTINS, C. – **Transição para a Parentalidade**. Programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura. Universidade de Lisboa, Junho de 2008.
- MCGUINNESS, D. - Cultivando um leitor desde o berço: a trajetória de seu filho da linguagem à alfabetização. **Record**. Rio de Janeiro (2006). Trad. Rafael Ventura.
- MELEIS, Afaf; DEAN, Margaret – **Theoretical Nursing Development and Progress**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 978-0-7817-3673-2.
- MELEIS A.; SAWYER L.; IM.; E.; MESSIAS, K.; SCHUMACHER, K. – Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory. ANS. **Advances in Nursing Science** [ANS Adv Nurs Sci], ISSN: 0161-9268. Vol. 23: n. 1 (2000), p. 12-28.
- MELEIS, A.; SCHUMACHER, K. – **A transitions: a Central Concept in Nursing**. In: MELEIS, Afaf Ibrahim – Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6. p.38 -51.
- MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook** (1994).

- MENEZES, C. ; LOPES, R. - A transição para o casamento em casais coabitantes e em casais não-coabitantes. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. Vol. 17: n.º 1 (2007), p. 52-63.
- MENEZES, C.; LOPES, R. - Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé. **PsicoUSF**. Vol. 12: n.º 1 (2007), p.83-93.
- MESSIAS; A. – **Transiciones – Teorías de Rango Médio** [Em linha] (2004). [Consult. 12 Jun. 2012]. Disponível em:
http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/Transiciones_Messias_Bogota_2004.doc
- MORO, M. R. – Os Ingredientes da Parentalidade. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**. ISSN 1415-4714. Vol. 8: nº2 (2005).
- NAVARRO, Pena; CASTRO, Salas – Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitário a través del proceso de enfermería. **Revista electrónica Enfermería Global**. ISSN 1695-6141. 19. Chile (2010), p. 14.
- NEILL, S. – Parent Participation 1: Literature review and methodology. **British Journal of Nursing**. Vol.5: nº 1 (1996a), p.34.
- NEILL, S. – Parent Participation 2: Findings and their implications for practice. **British Journal of Nursing**. Vol.5: nº 2 (1996 b), p.110-117.
- NORMA PORTUGUESA NP 405 – Informação e Documentação: **Referências Bibliográficas, normas e estilos**. Biblioteca da UA, Setembro de 2010.
- OLIVEIRA, C.; PEDROSA, A.A.; CANAVARRO, M.C. - **Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade**. In PINTO, A.M.; SILVA, A.L. - **Stress e bem-estar**. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-197-5.

- OLIVEIRA, G.; DANTAS, F.; FONSECA, P. – O impacto da Hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Revista da SBPH**. Vol. 7: nº 2. Rio de Janeiro (2004). ISSN: 1516-0858.

- OPPERMAN, C.; KATHLEEN, C. – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos** [em linha]. Lisboa 2001. [Consult. 5 Fev. 2013]. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista** [Em linha]. Lisboa 2010. [Consult. 5 Fev. 2013]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias_comuns_enfermeiro.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica** [Em linha]. Lisboa 2010. [Consult. 18 Out. 2011]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – **Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista**. [Em Linha]. Conselho de Enfermagem de Dezembro de 2009.

[Consult. 5 Fev. 2013]. Disponível em:
[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno Tem tico MDP Sist Ind Espec Cl n icas em Enfermagem versao final novo.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno_Tematico_MDP_Sist_Ind_Espec_Clinicas_em_Enfermagem_versao_final_novo.pdf).

- POLETI, L.C. - Recreação para crianças em sala de espera de um ambulatório infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. nº 59 (Mar./Abr. 2006), p. 233-235.
- RAMALHO, Anabela – **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise – estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-54-9.
- RAMOS, M. - Adaptação Paterna Para a Parentalidade. **Federação Española de Asociaciones de Psicología**. ISSN – 15779-4113. Vol 10: nº 2 (2005).
- RAPUZEL, C.– Stressful events, social support and coping strategies of primiparous woman during the postpartum period: a qualitative study. **Widwifery**. Geneva. ISSN 1532-3099. Vol. 27. N.º2. (April 2011). p. 237-242.
- RELVAS, A.; LOURENÇO, M.– **Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistemática**. In: CANAVARRO, Maria Cristina – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. p.105 - 131. ISBN 972-8535-77-5.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) Artigo 8, nº2.
- RODRIGUEZ, ML; DUMONT, K; MITCHELL-HERZFELD, SD; [et al] - **Effets of Healthy families New York on the promotion of parenting competencies and the prevention of harsh parenting**. Department of Psychology, University at Albany, New York, 2010.
- SABATÉS, A.; BORBA, R. – As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol 13: nº6, (2005), p. 968-973.

- SANJARI, M. [et al.] – Nursing Support for Parents of Hospitalized Children. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**. ISSN: 0146-0862. n° 32 (2009), p.120–130.

- SANTOS, L. – Asma na Criança – O que é e como tratar? [Em linha]. Associação Portuguesa de Asmáticos, 2008. [Consult. 10 Jun. 2012]. Disponível em: <http://www.paraquenaolhefalteoar.com/articles.php?id=183>

- SANTOS, M.C.L.; MORAES, G.A.; VASCONCELOS, M.G.L. e ARAÚJO, E.C. – Sentimentos de pais diante de nascimento de um recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE**. ISSN 1981-8963. Vol. 1: n.º 2 (2007). p. 111-20.

- SILVA, A. P. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. ISSN 0871 – 2379. Vol. 55: n. ° 1-2 (Lisboa, 2007) p. 11-20.

- SOARES, Hélia Maria – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, 2008.

- SOARES, Hélia – **A criança e os afectos** [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ACRIAN%C3%87AEOSAFECTOS.aspx>.

- TAVARES, P. – **Cuidar da Criança Brincando**. Edição nº60 in Ordem dos Enfermeiros, 2008.

- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa: UCP, 2012.

- ZAGONELI, I.; MARTINS, M.; PEREIRA, K.; ATHAYDE, J. - O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol.5: n.º 2 (2003), p. 24 – 32. [Em linha]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

ANEXOS

Anexo I

Ficha de Ligação à Saúde Escolar
para o Exame Global 11-13 Anos

A.R.S.L.V.T.,I.P.		FICHA DE LIGAÇÃO MÉDICO ASSISTENTE SAÚDE ESCOLAR			UNIDADE DE SAÚDE	
Nº PILOTO INDIVIDUAL		NOME:				
Nº PROCESSO FAMILIAR		DATA NASCIMENTO: / /			IDADE:	
MÉDICO ASSISTENTE		FILIAÇÃO:				
		MORADA:			TELEF:	
DADOS ANTROPOMÉTRICOS		PERCENTIL	EXAME DA CRIANÇA	NORMAL	ALTERADO	COMENTÁRIOS
PESO	gr.		HIGIENE			
ALTURA	cm.		ESTADO DE NUTRIÇÃO			
<u>PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO</u>			DESENVOLVIMENTO ESTATURO-PONDERAL			
ACTUALIZADO [] INCOMPLETO []			DENTES			
<u>FREQUENTA A ESCOLA</u> SIM [] NÃO []			DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR			
QUAL?	ANO:		COMPORTAMENTO			
TA:	mmHg	Fc:	bpm	VISÃO		
DADOS RELEVANTES DA HISTÓRIA PROGRESSIVA			AUDIÇÃO			
			LINGUAGEM			
			POSTURA			
.DOENÇAS CRÓNICAS						
.PROBLEMAS ACTUALMENTE EM VIGILÂNCIA						
.OUTRAS OBSERVAÇÕES						
MÉDICO ASSISTENTE				EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR		
DATA: / /				DATA: / /		

Anexo II

Inquéritos da Asma

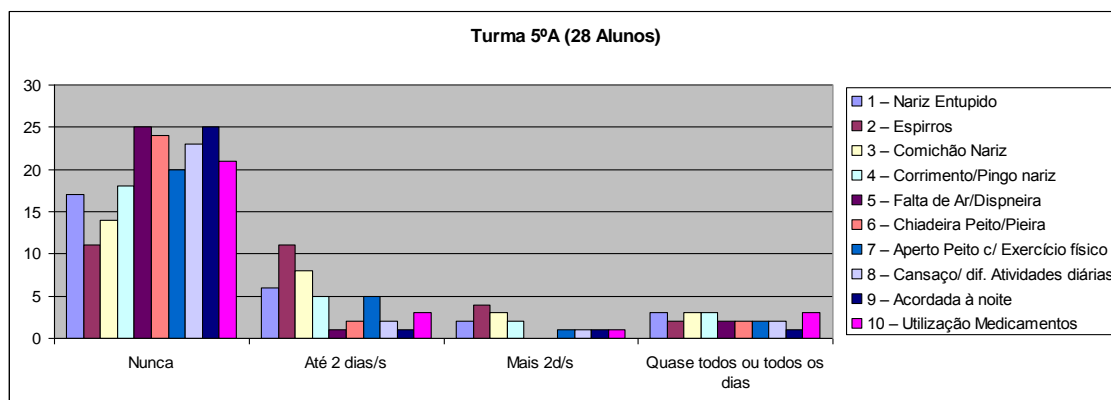
TESTE DE CONTROLO DA ASMA E RINITE ALÉRGICA

Realizado a 10 Turmas do 5º Ano

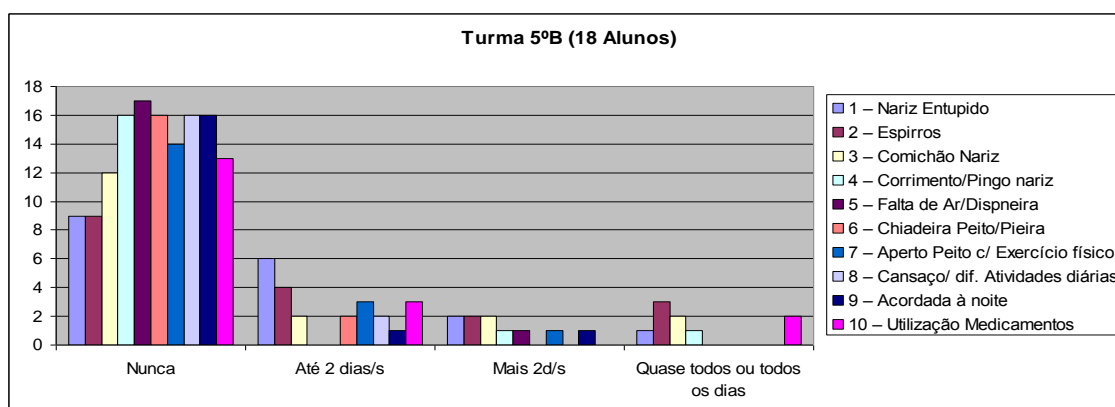
Escola Básica Vasco Santana – Ramada (Odivelas)

Maio, 2012

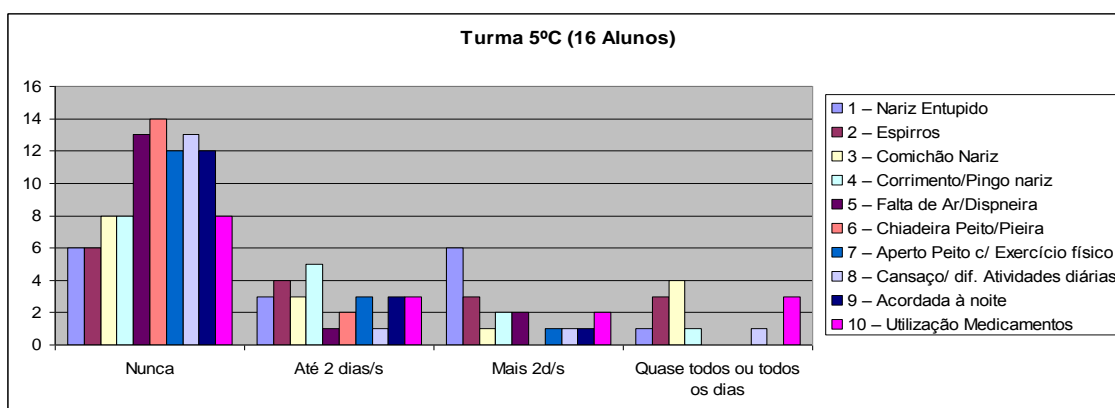
Turma 5ªA (28 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	17	6	2	3
2 – Espirros	11	11	4	2
3 – Comichão Nariz	14	8	3	3
4 – Corrimento/Pingo nariz	18	5	2	3
5 – Falta de Ar/Dispneia	25	1	0	2
6 – Chiadeira Peito/Pieira	24	2	0	2
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	20	5	1	2
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	23	2	1	2
9 – Acordada à noite	25	1	1	1
10 – Utilização Medicamentos	21	3	1	3



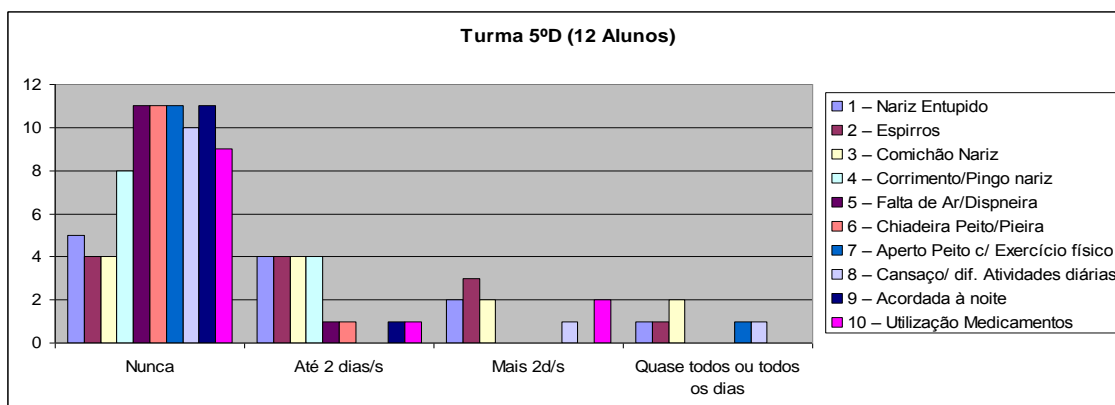
Turma 5ºB (18 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	9	6	2	1
2 – Espirros	9	4	2	3
3 – Comichão Nariz	12	2	2	2
4 – Corrimento/Pingo nariz	16	0	1	1
5 – Falta de Ar/Dispneia	17	0	1	0
6 – Chiadeira Peito/Pieira	16	2	0	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	14	3	1	0
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	16	2	0	0
9 – Acordada à noite	16	1	1	0
10 – Utilização Medicamentos	13	3	0	2



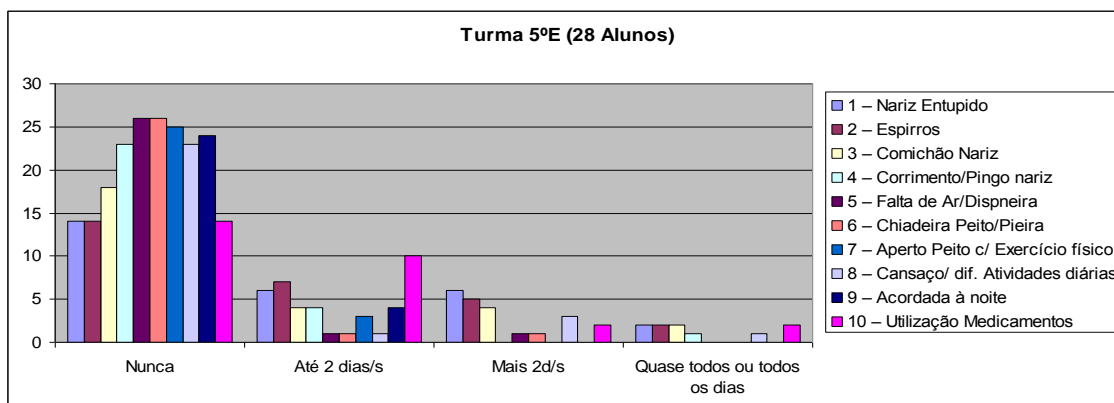
Turma 5°C (16 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	6	3	6	1
2 – Espirros	6	4	3	3
3 – Comichão Nariz	8	3	1	4
4 – Corrimento/Pingo nariz	8	5	2	1
5 – Falta de Ar/Dispneia	13	1	2	0
6 – Chiadeira Peito/Pieira	14	2	0	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	12	3	1	0
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	13	1	1	1
9 – Acordada à noite	12	3	1	0
10 – Utilização Medicamentos	8	3	2	3



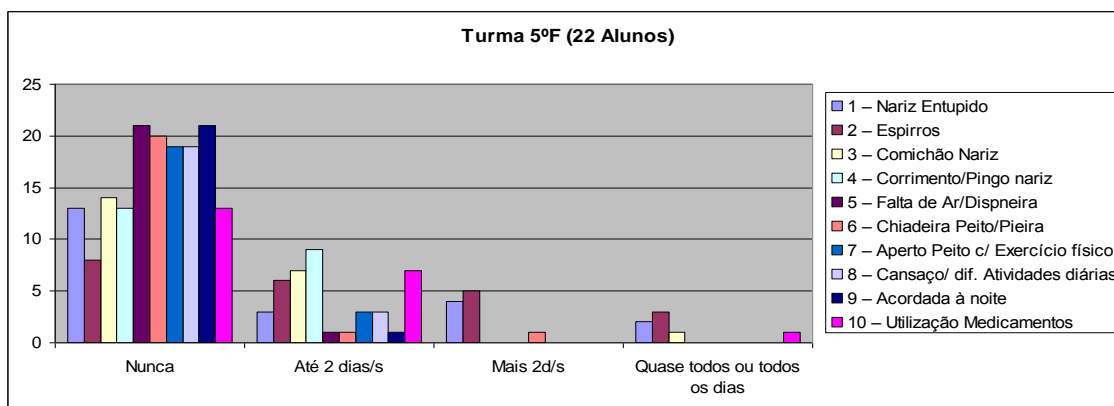
Turma 5ºD (12 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	5	4	2	1
2 – Espirros	4	4	3	1
3 – Comichão Nariz	4	4	2	2
4 – Corrimento/Pingo nariz	8	4	0	0
5 – Falta de Ar/Dispneia	11	1	0	0
6 – Chiadeira Peito/Pieira	11	1	0	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	11	0	0	1
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	10	0	1	1
9 – Acordada à noite	11	1	0	0
10 – Utilização Medicamentos	9	1	2	0



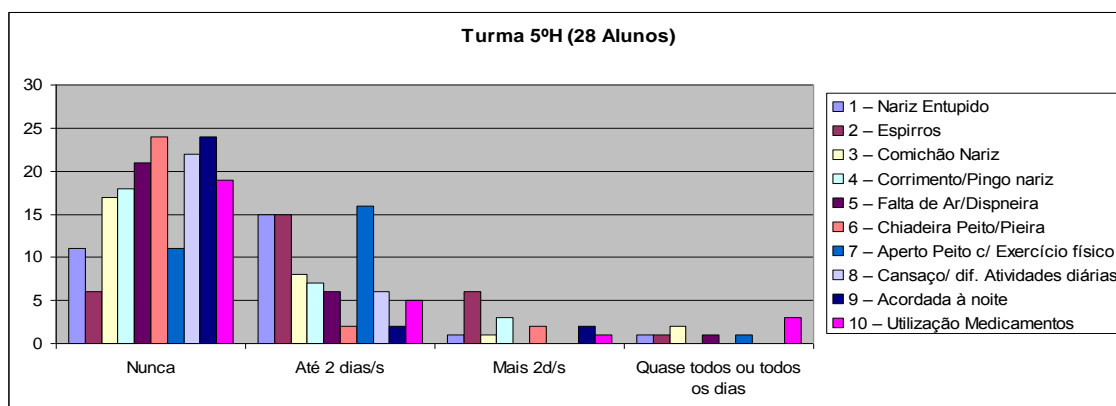
Turma 5ºE (28 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	14	6	6	2
2 – Espirros	14	7	5	2
3 – Comichão Nariz	18	4	4	2
4 – Corrimento/Pingo nariz	23	4	0	1
5 – Falta de Ar/Dispneira	26	1	1	0
6 – Chiadeira Peito/Pieira	26	1	1	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	25	3	0	0
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	23	1	3	1
9 – Acordada à noite	24	4	0	0
10 – Utilização Medicamentos	14	10	2	2



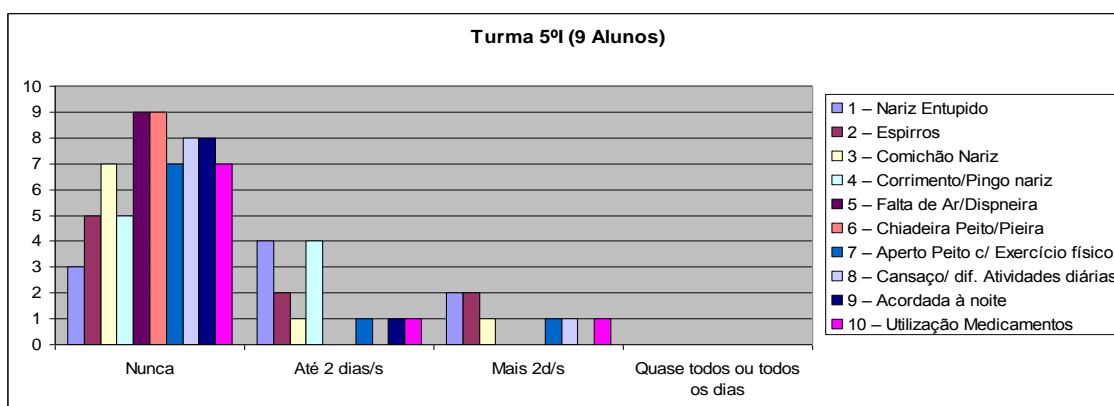
Turma 5ºF (22 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	13	3	4	2
2 – Espirros	8	6	5	3
3 – Comichão Nariz	14	7	0	1
4 – Corrimento/Pingo nariz	13	9	0	0
5 – Falta de Ar/Dispneia	21	1	0	0
6 – Chiadeira Peito/Pieira	20	1	1	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	19	3	0	0
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	19	3	0	0
9 – Acordada à noite	21	1	0	0
10 – Utilização Medicamentos	13	7	0	1



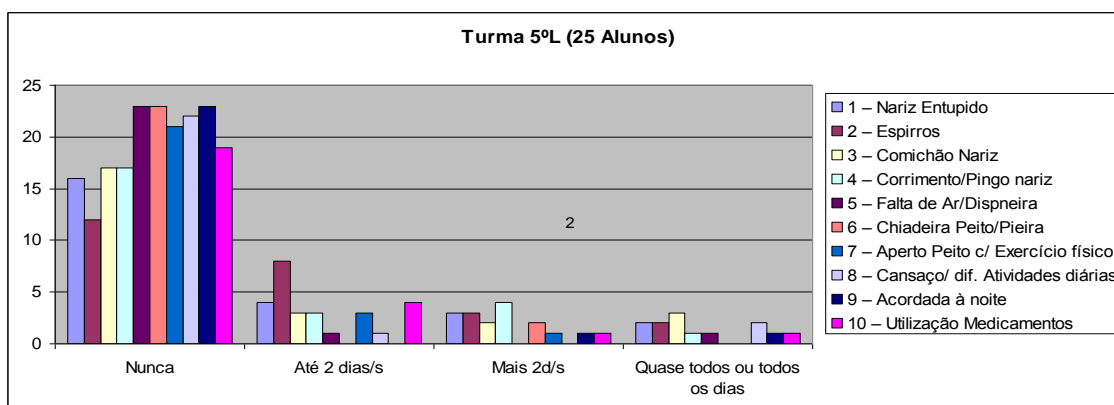
Turma 5ªH (28 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	11	15	1	1
2 – Espirros	6	15	6	1
3 – Comichão Nariz	17	8	1	2
4 – Corrimento/Pingo nariz	18	7	3	0
5 – Falta de Ar/Dispneia	21	6	0	1
6 – Chiadeira Peito/Pieira	24	2	2	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	11	16	0	1
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	22	6	0	0
9 – Acordada à noite	24	2	2	0
10 – Utilização Medicamentos	19	5	1	3



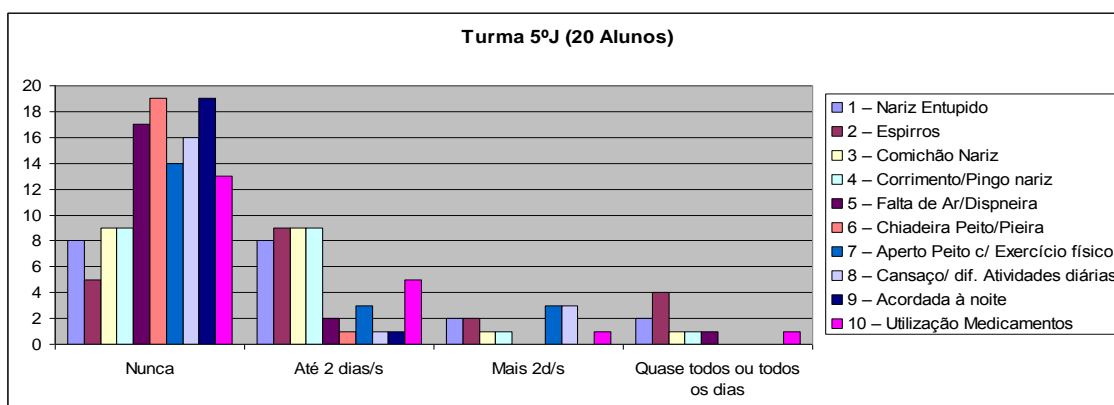
Turma 5ªI (9 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	3	4	2	0
2 – Espirros	5	2	2	0
3 – Comichão Nariz	7	1	1	0
4 – Corrimento/Pingo nariz	5	4	0	0
5 – Falta de Ar/Dispneira	9	0	0	0
6 – Chiadeira Peito/Pieira	9	0	0	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	7	1	1	0
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	8	0	1	0
9 – Acordada à noite	8	1	0	0
10 – Utilização Medicamentos	7	1	1	0



Turma 5 ^o L (25 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	16	4	3	2
2 – Espirros	12	8	3	2
3 – Comichão Nariz	17	3	2	3
4 – Corrimento/Pingo nariz	17	3	4	1
5 – Falta de Ar/Dispneia	23	1	0	1
6 – Chiadeira Peito/Pieira	23	0	2	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	21	3	1	0
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	22	1	0	2
9 – Acordada à noite	23	0	1	1
10 – Utilização Medicamentos	19	4	1	1



Turma 5ºJ (20 Alunos)	Nunca	Até 2 dias/s	Mais 2d/s	Quase todos ou todos os dias
1 – Nariz Entupido	8	8	2	2
2 – Espirros	5	9	2	4
3 – Comichão Nariz	9	9	1	1
4 – Corrimento/Pingo nariz	9	9	1	1
5 – Falta de Ar/Dispneia	17	2	0	1
6 – Chiadeira Peito/Pieira	19	1	0	0
7 – Aperto Peito c/ Exercício físico	14	3	3	0
8 – Cansaço/ dif. Atividades diárias	16	1	3	0
9 – Acordada à noite	19	1	0	0
10 – Utilização Medicamentos	13	5	1	1



Anexo III

Relatório da Sessão: “Promoção de Competências
na Parentalidade: Cuidados ao RN”

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

MÓDULO I

Unidade de Saúde Familiar da Ramada

RELATÓRIO DA SESSÃO

**“Promoção de Competências na
Parentalidade: Cuidados ao RN”**



Realizado por:
Raquel Sousa (5º Mestrado EESIP)

Junho, 2012

SUMÁRIO

1.PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO.....	iii
2.PUBLICITAÇÃO DA SESSÃO.....	iv
3.PLANO DA SESSÃO.....	v
4.CONVITE.....	vi
5.DIAPOSITIVOS DA SESSÃO.....	vii
6.AVALIAÇÃO DA SESSÃO	xiv

1-PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

1.1. DATA/ HORA/ LOCAL/ DURAÇÃO

DATA: 14 e 21 de Junho de 2012

HORA: 18H30

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Junta de Freguesia da Ramada **Duração:** 40 minutos

1.2. MODALIDADE DA SESSÃO: Educação para a Saúde

Designação: Promoção de Competências na Parentalidade: Cuidados ao RN

Caraterização da Formação: Expositiva e Interativa

1.3. INSTITUIÇÃO/SERVIÇO

Unidade de Saúde Familiar da Ramada (ACES de Odivelas)

1.4. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA

O nascimento de uma criança, quando é desejado e esperado, é sempre envolto numa atmosfera de amor e de expectativas acerca da criança, idealizando como será o novo membro da família. Os pais têm de integrar na sua nova identidade o papel parental, assumindo novas responsabilidades, desenvolvendo novas competências para cuidarem do RN, redefinindo novos valores e novas prioridades.

Faz parte das competências do Enfermeiro Especialista apoiar a criança/família durante o processo de transição e de adaptação à parentalidade.

1.5. OBJETIVOS

Que os pais:

- Adquiram competências parentais na área dos cuidados ao RN;
- Retenham conhecimentos acerca dos cuidados de higiene ao RN;
- Verbalizem as suas dúvidas, medos e receios

1.6- DESTINATÁRIOS

Mulheres grávidas e companheiros, que se encontram a frequentar o Curso de Preparação para o Parto na USF

1.7- ORGANIZAÇÃO

-**Raquel Sousa** – Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa; - **(Formadora)**

-**Laurinda Macedo** (EESIP) e **Sílvia** (EESMO)

2- PUBLICITAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Tema " Promoção de Competências na Parentalidade:
Cuidados ao RN"

População Alvo Pais

Formador Enfª Raquel Sousa (AE ESIP)

Local Junta de Freguesia da Ramada

Data 14 e 21 de Junho, 18h30

Duração 40 minutos

Objetivo Geral Promover competências parentais na área dos cuidados ao RN

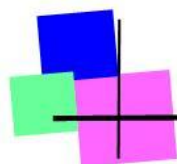
**CONTO COM
A VOSSA
PRESENÇA...**



3-PLANO DA SESSÃO

Fases	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema; Apresentar os objetivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objetivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
Desenvolvimento	Esclarecer a importância da Vinculação Parental; Sintetizar conceitos sobre a observação do RN; Compreender a importância da Avaliação dos reflexos do RN; Compreender a importância dos Cuidados Antecipatórios como fator de promoção da saúde; Dar a conhecer aos pais os principais cuidados ao RN.	Caraterização da vinculação parental e do papel de mãe. Caracterização do desenvolvimento do RN. Parâmetros a avaliar no RN. Cuidados Antecipatórios Apresentação	Expositivo	Computador com diapositivos -Boneco (acessórios)	15 Min
Conclusão	Refletir sobre a sessão elaborada.	Sintetizar as ideias chave.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
	Esclarecer dúvidas.	Debate sobre a importância da Promoção de Competências na Parentalidade.	Interativo	Grávidas e companheiros	10 Min
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.			Questionário	5 Min

4-CONVITE



SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Tema: "Promoção de Competências na
Parentalidade - Cuidados ao RN "

Formador: Raquel Sousa (AE ESIP)



Local: Junta de Freguesia da Ramada

Dia: 14 e 21 de Junho 2012

Hora: 18h30

5-DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PARENTALIDADE



CUIDADOS AO RN

Raquel Sousa
(5º Mestrado EESIP, UCP)
14 e 21 de Junho de 2012

USF RAMADA
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA RAMADA

OBJETIVOS DA SESSÃO

- × Que os Pais:
 - Adquiram competências parentais na área dos cuidados ao RN;
 - Retenham conhecimentos acerca dos cuidados de higiene ao RN;
 - Verbalizem as suas dúvidas, medos e receios.



"Ninguém nasce pai ou mãe. Para se tornar pai ou mãe, o indivíduo necessita de um período de transformação e crescimento, para definição do seu papel como pai ou mãe, adaptando-se assim à parentalidade."

MANNING (2006)



VINCULAÇÃO PARENTAL

- × O ser humano tem por condição básica a necessidade de estabelecer vínculos emocionais.
- × A primeira relação estabelecida com o mundo vínculo emocional com aqueles que o cuidam.

(CANAVARRO & PEDROSA, 2005)



VINCULAÇÃO PARENTAL

- × Começa durante a gravidez ;
- × Pais projetam nos filhos a sua herança cultural;
- × Antecipam o nascimento com entusiasmo;
- × Stress de adaptação pode ter graves consequências;
- × Mudanças profundas -período de crise.



OBSERVAÇÃO DO RN



DADOS ANTROPOMÉTRICOS

× **Peso**

- Avaliado numa balança de prato;
- Aumento de 20-30 g /dia.

× **Comprimento**

- Deitado em decúbito dorsal, com a ajuda de uma craveira.

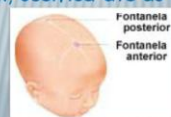
× **Perímetro Cefálico**

- Avaliado com ajuda de uma fita métrica.

FONTANELAS

•Fontanela anterior - tem o formato de losango, mede 4-5cm, fecha-se aos 12 /18 meses;

•Fontanela posterior - tem formato triangular, mede 0,5-1cm, ossifica até ao final do 2º mês.



Fonte: www.crecerjuntos.com.br

REFLEXOS

× Reflexo de Moro - resposta esperada: consiste na extensão, abdução e elevação de ambos os membros superiores, seguida de retorno à habitual atitude flexora em adução.

HOCKENBERRY (2006)



Fonte: www.wikiobcia.com

+ Reflexo de Sucção - deve sugar a mama ou realizar movimentos de sucção com os lábios e língua ao ser estimulado com o dedo.

+ Reflexo Córneo / Palpebral - deve piscar os olhos após bater as palmas a 30 cm de ambos ouvidos

HOCKENBERRY (2006)

+ Babinski - Quando um pé é pressionado, o recém-nascido hiper estende e afasta os dedos.



Fonte: www.meritiamwebster.com

+ Reflexo Tónico-Cervical - reflexo postural em que quando em decúbito dorsal a cabeça vira para um lado e o braço e a perna do mesmo lado estendem-se, enquanto o braço e a perna do lado oposto ficam flexionados.

HOCKENBERRY (2006)

+ Reflexo de preensão - nesta faixa etária as mãos estão fechadas, mas quando é colocado um dedo na palma da mão, agarra-o.

+ Reflexo da marcha - caminhar espontâneo que surge desde o nascimento.



Fonte: www.net-bebes.com

MANOBRAS DE ORTOLANI E BARLOW

× Estas duas provas clínicas visam a deteção das situações de luxação congénita da anca, um defeito em que esta luxa espontaneamente devido a alterações várias na congruência das superfícies articulares.

HOCKENBERRY (2006)



Fonte: www.dc169.4shared.com

VERNIX CASEOSO

- × Substância gordurosa que recobre a pele do RN (Geralmente desaparece após as 24 h de vida);
- × "Barreira protetora da pele";
- × Absorvido e retirado com o atrito das roupas;
- × Acumulação nas "dobras".



Fonte: www.maltbythamynes.blogspot.com

ANGIOMAS PLANOS

- × São capilares sanguíneos dilatados e congestionados;
- × Nuca, zona entre as sobrancelhas, palpebras, ponta do nariz, etc.



Fonte: www.meumundodemuundo.blogspot.com

ERITEMA TÓXICO

- × Manchas dispersas, vermelhas, com centro mais claro, por vezes com líquido.
- × Reação normal e passa espontaneamente.
- × Pode fazer a higiene normalmente.



Fonte: www.mfanciasegura.es

MANCHA MONGÓLICA

- × Mácula congénita de cor cinza-ardósia ou azul esverdeada;
- × Desaparecem (sem tratamento) aos 3 a 5 anos de idade.



Fonte: www.dermis.net

LANUGO

- × Pelo fino e macio que pode cobrir o corpo do bebé;
- × Desaparece nas primeiras semanas de vida.



Fonte: www.thebirthenaissance.com

ICTERICIA

- × Coloração amarelada da pele e escleróticas (parte branca dos olhos);
- × Pode aparecer nos primeiros dias de vida e é causada por um aumento de bilirrubina.



CUIDADOS DE HIGIENE AO RN



Fonte: www.annegoddes.com

BANHO

- × Pode dar banho de imersão logo nos primeiros dias, mesmo antes da queda do cordão umbilical.
- × A temperatura ambiente deve oscilar entre os 22-25°C.
- × Antes de o colocar na água deve ter à mão tudo o que vai necessitar (para não perder o bebé de vista nem por um segundo).

Material necessário:

- Álcool a 70°
- Soro fisiológico
- Banheira
- Compressas esterilizadas
- Creme hidratante ou óleo de amêndoas doces
- Gel de banho próprio para bebés de pH neutro
- Pomada de vitamina A, apenas se necessário
- Fralda
- Escova (de pelos)
- Espanja natural
- Toalha de banho macia

- ✗ Roupa para o bebé com as molas/botões abertos e pela ordem que vai vestir.
- ✗ Termómetro de água (opcional—pode verificar a T° com a parte interna do pulso).
- ✗ Colocar apenas água no fundo da banheira (cerca de 5 dedos de altura).
- ✗ Comece sempre por deitar a água fria e só depois a quente. Misture bem antes de verificar a temperatura.

- A temperatura da água deve estar 36/37°C. Nunca misture água quente com o bebé dentro da banheira.
- Mergulhar o bebé na água, segurando-o com cuidado, com a mão debaixo dos ombros.
- Lavar primeiro a cabeça, depois o corpo e por fim os membros.
- O banho não deve durar mais que 5-10 minutos. Depois do 1º Mês pode durar 15 minutos.
- Limpar com uma toalha macia, sem esfregar, secando bem as pregas para que não fiquem húmidas.

- ✗ Pode aplicar creme hidratante ou óleo, massajando suavemente todo o corpo, o que irá estimular a circulação sanguínea e ajudar a relaxar e conciliar o sono.
- ✗ O banho é um momento propício à promoção da relação afetiva.



Fonte: www.MeuNascer.com

OLHOS

- ✗ Deve lavar com uma compressa esterilizada embebida em água limpa ou com Soro Fisiológico.
- ✗ Lavar de fora para dentro.
- ✗ A compressa só pode passar uma vez.

OUVIDOS

- ✗ Deve limpar por fora.
- ✗ Deve secar bem atrás das orelhas.
- ✗ Nunca limpar dentro do ouvido.
- ✗ Nunca utilizar cotonetes.



Fonte: www.immagine360.com

NARIZ

- ✗ Colocar Soro Fisiológico nas narinas, se o bebé apresentar obstrução nasal.
- ✗ Se tiver necessidade de colocar Soro Fisiológico deve coloca-lo antes das mamadas.
- ✗ O bebé mama melhor se tiver o nariz limpo/desobstruído.

CORDÃO UMBILICAL

- ✗ Lavar cuidadosamente durante o banho.
- ✗ Secar cuidadosamente com uma compressa esterilizada, sempre.
- ✗ Limpar com compressa esterilizada embebida em soro fisiológico ou álcool a 70°.
- ✗ Não colocar a fralda por cima, fazer uma dobra.



- ✗ Manter a zona seca.
- ✗ A queda do cordão deve ser entre o 6-8 dias.
- ✗ Não colocar ligadura ou faixas.
- ✗ Se apresentar mau cheiro, pus ou sangue, contactar o médico assistente ou dirigir-se à sua Unidade de Saúde.

UNHAS

- * Cortar as unhas é um procedimento que deixa os pais muito apreensivos e ansiosos.
- * Para cortar as unhas dos bebés não se usa corta-unhas.



Fonte: www.lazerbeleza.com

MÃOS:

- * Limar com uma lima suave de cartão.

Ou

- * Cortar com uma tesoura curva e de pontas redondas:
- * Colocar o bebé sentado ao colo, de costas para nós, ele agarra o nosso dedo indicador e com o polegar segura-se um dedo de cada vez.

PÉS:

- * Deixar a unha crescer e cortar a direito.
- * Não cortar os cantos.
- * Não utilizar corta-unhas.
- * Utilizar uma tesoura curva e de pontas redondas.

GENITAIS

FRALDAS:

- * As fraldas não deverão arranhar a pele; terão de absorver e reter bem a humidade; e devem proporcionar espaço suficiente entre as pernas para que o bebé tenha liberdade de movimentos.
- * Mudar a fralda sempre que estiver molhada ou suja.
- * Lavar com água morna, mantendo sempre a pele seca.

LIMPEZA DOS GENITAIS:

Nos rapazes

- * Deitar o bebé de costas, abrir cuidadosamente a fralda para trás, e se estiver suja usar a ponta da fralda para limpar a maior parte.
- * É normal os rapazes urinarem, quando se muda a fralda.
- * Com uma toalha húmida, limpar a barriga e pernas do bebé, insistindo nas pregas, pois as irritações situam-se principalmente nas zonas húmidas e quentes da pele.

- * Os toalhetes são muito práticos, mas quando limpam arrastam uma camada protetora da pele e contêm álcool. Devem ser usados apenas fora de casa.

- * Se apresentar "assaduras", aplicar uma fina camada de Vitamina A.



Nas raparigas

- * Deitar o bebé de costas, abrir cuidadosamente a fralda para trás, e se estiver suja usar a ponta da fralda para limpar a maior parte.
- * Com uma toalha húmida, limpar a barriga e pernas do bebé insistindo nas pregas, pois as irritações situam-se principalmente nas zonas húmidas e quentes da pele.
- * Limpar sempre da frente para trás.

- * Levantar o rabinho do bebé e limpar de dentro para fora do ânus.

- * Com uma toalha (seca), secar bem a pele, especialmente as pregas.

- * Nos primeiros dias pode existir sangue ou um fluido branco na vagina/fralda, isto acontece porque ainda existem hormonas da mãe a circular no interior do corpo do bebé. É normal e desaparece ao fim de alguns dias.



ERITEMA DAS FRALDAS:

- ✗ É provocado por um aumento da acidez da urina ou das fezes, a pele fica vermelha e áspera.
- ✗ A fralda deve ser mudada frequentemente.
- ✗ Limpar muito bem o rabinho do bebê, não esfregar.

- ✗ Em cada muda de fralda, colocar uma camada de pomada, Vitamina A.
- ✗ Se possível, deixar o rabinho da criança apanhar ar com mais frequência, e as fraldas não deverão ser muito apertadas, para deixar entrar mais ar.
- ✗ Não utilizar toalhetes.



Fonte: www.fabio10.blogspot.com

CHORO



Fonte: www.arnegeddes.com

O choro é a forma do bebê comunicar. Nas primeiras semanas nunca se sabe ao certo qual a razão porque o bebê chora. Podem ser várias as causas:

- Fome
- Cólicas
- Dores
- Frio ou calor
- Fralda suja
- Sono
- Aborrecimento
- Querer mimos

- ✗ É importante como a mãe reage ao choro do bebê. Quando o bebê estiver a chorar deverá sempre deixar-se conduzir pelos seus sentimentos. O bebê precisa de muito amor e contato físico.
- ✗ A pouco e pouco vai começando a reconhecer certas diferenças do choro e vai agir de acordo com elas.



Fonte: www.arnegeddes.com

CÓLICAS:

- ✗ A cólica é uma dor abdominal (barriga) que aumenta e depois diminui (onda), devido ao intestino não se contrair de forma natural e os alimentos não progredirem.
- ✗ Não está associada a nenhuma doença, é um processo normal e fisiológico.
- ✗ Geralmente desaparecem depois do terceiro mês de vida.

- ✗ Podem manifestar-se mais durante o período de fim de tarde ou à noite.

Podem ser devido a vários fatores:

- ✗ A imaturidade do sistema digestivo do bebê.
- ✗ Uma alimentação muito rápida ou muita quantidade.
- ✗ Técnica incorreta da amamentação.
- ✗ Stress.
- ✗ Cansaço e ansiedade transmitida pelos pais.
- ✗ Alimentação da mãe.

COMO PREVENIR:

Se amamenta:



Fonte: www.lean.drofeno.blogspot.com

- ✗ Deve colocar-se numa posição correta e confortável.
- ✗ Deve pôr o bebê a arrotar a meio e no fim da mamada.

- ✗ A mãe deve ter cuidado com a alimentação e deve beber líquidos.
- ✗ Não ingerir líquidos com gás, chocolate e café.

COMO TRATAR:

- ✗ Com o bebé deitado de costas, movimentar lentamente as pernas, como se estivesse a pedalar.
- ✗ Massajar o abdómen (barriga) do bebé com a ponta dos dedos, no sentido dos ponteiros do relógio.



Fonte: www.cuidetomar.com.br

- ✗ Colocar o bebé de barriga para baixo, sobre o seu joelho, esfregar ou dar palmadinhas suaves nas costas do bebé.



Fonte: www.arsanjo.com.pt

Ser mãe

Ser mãe
É amar
Antes de o ser
É sentir orgulho
No ventre
Que vai crescer
Ser mãe... não é parir
É muito, muito mais
É amar... dar
Sofrer... perdoar
É mentir para salvar

Mas... ser mãe
Também é receber
É colher o amor
Que semeou
É sentir o amor
De quem sempre
amou
Ser mãe ...é correr
Antes de ser
chamada
Beijar ... antes de
ser beijada
Perdoar... ainda que
nunca
Seja perdoada!..

CLY (2005)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✗ CANAVARRO, M. C.; PEDROSA, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade Compreensão Segundo Diferentes Perspetivas Teóricas. In I. Leal, Psicologia da Gravidez e Parentalidade. Lisboa: Fim de Século.
- ✗ COHEN, Bernard A. (2000). Dermatologia Pediátrica. 2ª Edição. Brasil: Editora Manole. ISBN 85-204-1008-1.
- ✗ HOCKENBERRY, M. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.
- ✗ OLIVEIRA, G. et al (2010). Guia de Cuidados ao RN - Conselhos aos pais. Departamento de Neonatologia. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Hospital de Santa Maria.
- ✗ PINHEIRO, L. A.(2007). *Manual para pais de primeira viagem (e seguintes...)* (3ª ed.). Lisboa: Tarso Edições

OBRIGADO!!!



Fonte: www.antiageddes.com

6-AVALIAÇÃO DA SESSÃO

"Promoção de Competências na Parentalidade: Cuidados ao RN"

DATA: 14 e 21 de Junho

Uma vez terminada a sessão de Educação, é importante fazer um balanço e conseqüente reflexão sobre o modo como decorreu a sessão, na tentativa de melhorar aspetos que facilitem a preparação de novas sessões de educação.

Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

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

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

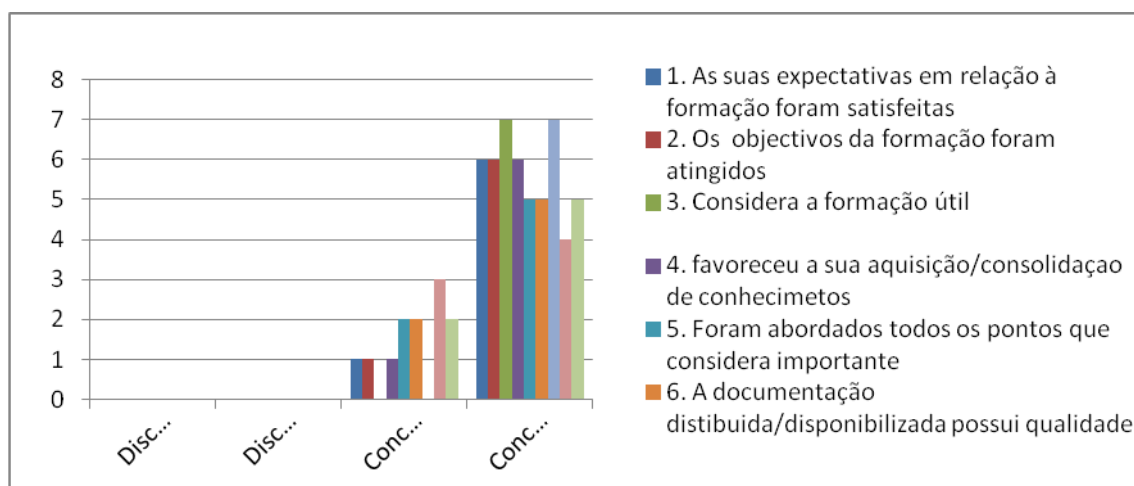
- Classifique a **Formadora** utilizando a seguinte escala:

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

<u>Formadora</u>	1 - Insuficiente	2- Suficiente	3- Bom	4- Muito Bom
10. Conhecimento do tema apresentado				
11. Facilidade na transmissão de conhecimentos				
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos				
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos				
14. Interação com o grupo				
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
16. Gestão de tempo				
17. Pontualidade				

OBRIGADO!

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



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

Anexo IV

Guia do Beb 



GUIA DO BEBÉ



KellyRiden
PHOTOGRAPHY

CUIDADOS AO RN
Conselhos aos Pais

2012



ELABORADO POR:

Raquel Sousa
(5º Mestrado EESIP, UCP)

ORIENTAÇÃO:

Enfª Laurinda Macedo (ESIP)
Enfª Sílvia (ESMO)

“Ninguém nasce pai ou mãe. Para se tornar pai ou mãe, o indivíduo necessita de um período de transformação e crescimento, para definição do seu papel como pai ou mãe, adaptando-se assim à parentalidade. ”

Manning (2006)



Fonte: www.forumipilon.blogspot.pt

ÍNDICE

EVOLUÇÃO DO BEBÉ.....	4
CUIDADOS DE HIGIENE.....	12
1-Banho.....	13
2-Olhos.....	15
3-Cordão Umbilical.....	16
4-Ouvidos.....	17
5-Nariz.....	17
6-Unhas.....	18
7-Genitais.....	19
A-Fraldas.....	19
B-Limpeza dos Genitais.....	20
C-Eritema das Fraldas.....	22
CHORO.....	23
A-Cólicas.....	25
SONO.....	28
CUIDADOS IMEDIATOS DE SAÚDE.....	31
ALIMENTAÇÃO.....	36

EVOLUÇÃO DO BEBÉ

Passam os 9 Meses de gravidez e nasce um bebé lindo, tão desejado pelos papás. Mas um bebé altera por completo a vida dos seus pais, surgindo muitas dúvidas nos primeiros meses de vida...

Este Guia pretende ajudar a prestar os cuidados indispensáveis ao bebé depois de chegar do hospital.

Para o bebé, a vinda ao mundo é uma experiência marcante: por isso precisa de ser constantemente apoiado, de sentir que tem alguém que o protege em qualquer momento. Para lhe transmitir esta sensação basta que a mãe responda prontamente aos seus pedidos e às suas necessidades, como por exemplo: alimentá-lo quando ele manifesta fome, ou abraçá-lo e acariciá-lo quando chora assim, ele vai sentir-se aconchegado num ambiente afetuoso, o que lhe dará segurança.

Todos os dias o bebé está diferente, vai adquirindo novas capacidades, vai ficando mais atento e os seus horários vão mudando.



Fonte: www.annegeddes.com

EVOLUÇÃO DO BEBÉ

1º MÊS

De barriga para baixo, roda a cabeça e levanta-a durante alguns segundos.

Tem os braços fletidos e as mãos quase sempre fechadas.

Dorme a maior parte do tempo.

A visão é limitada, vê sombras.

É sensível aos sons agudos e à voz da mãe.

O cheiro da mãe e o cheiro do seu leite dão a sensação de alegria e tranquilidade.

Sente todos os mimos e os embalos dando pequenos gritos de satisfação.

Não tem horários.

Fonte: www.annegeddes.com

Toma 6/7 refeições por dia.



EVOLUÇÃO DO BEBÉ

2º MÊS

Esperneia com força quando está deitado de costas.

Colocado de barriga para baixo levanta a cabeça durante 10 minutos.

Começa a controlar as suas ações.

Começa a distinguir as formas simples e segue com os olhos os objetos sonoros ou de cores vivas.

Escuta com atenção as vozes suaves.

Sorri para todas as pessoas, sem distinção.

Passa mais tempo acordado e atento a tudo o que acontece.

Assusta-se quando ouve barulhos estranhos.

Os seus músculos começam a ficar mais fortes.

Começa a selecionar as coisas de que gosta.



Fonte: www.annededdes.com

EVOLUÇÃO DO BEBÉ

3º MÊS

Quando colocado de barriga para baixo mantém a cabeça levantada durante cerca de 1 minuto e apoia-se nos braços.

Abre as mãos e é capaz de agarrar um brinquedo.

Descobre as mãos e observa-as com atenção.

Fixa mais o olhar e segue o movimento com os olhos e com a cabeça.

Responde à voz com sons espontâneos.

Torna-se muito curioso.

Toma em geral 5 a 6 refeições por dia.

Sorri com facilidade.

Já começa a ter horários mais regulares.



Fonte: www.annededdes.com

EVOLUÇÃO DO BEBÉ

4º MÊS

Colocado de barriga para baixo, apoia-se totalmente com as mãos abertas.

Segura melhor a cabeça.

Tenta agarrar nos objetos que lhe mostram e leva-os à boca.

Brinca e observa as mãos.

Descobre os pés.

Começa a fixar as caras.

Emite sons fortes para chamar a atenção.

Responde com risos ao estímulo das brincadeiras.

Gosta que lhe toquem.



Fonte: www.annegeddes.com

EVOLUÇÃO DO BEBÉ

6º MÊS

Faz força para se sentar quando sofre tração pelas mãos.

Já consegue permanecer sentado sem apoio e quando se encontra de pé sustenta o corpo.

Leva os objetos à boca e consegue transferi-los.

Se um objeto cai esquece-o rapidamente.

Vocaliza sons e já dá gargalhadas.

Interage com o ambiente, está atento ao que o rodeia.

Podem aparecer os primeiros dentes.



Fonte: www.annegeddes.com

EVOLUÇÃO DO BEBÉ

9º MÊS

Consegue sentar-se sozinho e permanece assim durante uns 15 minutos.

Consegue colocar-se de pé, mas não se baixa.

Leva tudo à boca.

Consegue apontar com o indicador.

Atira os objetos ao chão deliberadamente e procura-os.

Presta atenção rápida aos sons perto e longe.

Repete várias sílabas e sons produzidos pelos adultos.

Adquire determinados comportamentos de forma intencional.

Reações de ansiedade a estranhos e à separação.



Fonte: www.annegeddes.com

EVOLUÇÃO DO BEBÉ

12º MÊS

Desloca-se (arrasta-se e gatinha).

Passa de uma posição para outra.

Mantém-se em pé com apoio.

Pega em pequenos objetos entre o polegar e o indicador.

Procura o objeto escondido.

Vocaliza abundantemente com diversas entoações.

Imita gestos.

Sacode a cabeça para dizer não.

Tenta chamar a atenção.

Mastiga.



Fonte: www.annegeddes.com

CUIDADOS DE HIGIENE



Fonte: www.annegeddes.com

CUIDADOS DE HIGIENE

Os cuidados de higiene são fundamentais para manter o seu bebê saudável.

1-BANHO

Pode dar banho de imersão logo nos primeiros dias, mesmo antes da queda do cordão umbilical.

A temperatura ambiente deve oscilar entre os 22-25°C.

Antes de o colocar na água deve ter à mão tudo o que vai necessitar (para não perder o bebê de vista nem por um segundo).

Material necessário:

- Álcool a 70°
- Soro fisiológico
- Banheira
- Compressas esterilizadas
- Creme hidratante ou óleo de amêndoas doces
- Gel de banho próprio para bebês de pH neutro
- Pomada de vitamina A, apenas se necessário
- Fralda
- Escova (de pelos)
- Espanja natural
- Toalha de banho macia

CUIDADOS DE HIGIENE

-Roupa para o bebê com as molas/botões abertos e pela ordem que vai vestir

-Termômetro de água (opcional—pode verificar a T° com a parte interna do pulso)

Colocar apenas água no fundo da banheira (cerca de 5 dedos de altura).

Comece sempre por deitar a água fria e só depois a quente. Misture bem antes de verificar a temperatura.

A temperatura da água deve estar 36/37°C. Nunca misture água quente com o bebê dentro da banheira.

Mergulhar o bebê na água, segurando-o com cuidado, com a mão debaixo dos ombros.

Lavar primeiro a cabeça, depois o corpo e por fim os membros.

O banho não deve durar mais que 5-10 minutos. Depois do 1º Mês pode durar 15 minutos.

Limpar com a toalha macia, sem esfregar, secando bem as pregas para que não fiquem húmidas.

CUIDADOS DE HIGIENE

Pode aplicar creme hidratante ou óleo, massajando suavemente todo o corpo, o que irá estimular a circulação sanguínea e ajudar a relaxar e conciliar o sono.

O banho é um momento propício à promoção da relação afetiva.



Fonte: www.vounascer.com

2-OLHOS

Deve lavar com uma compressa esterilizada embebida em água limpa ou com Soro Fisiológico.

Lavar de fora para dentro.

A compressa só pode passar uma vez.

CUIDADOS DE HIGIENE

3-CORDÃO UMBILICAL

Lavar cuidadosamente durante o banho.

Secar cuidadosamente com uma compressa esterilizada, **sempre**.

Limpar com compressa esterilizada embebida em soro fisiológico ou álcool a 70°.

Não colocar a fralda por cima, fazer uma dobra.

Manter a zona seca.

A queda do cordão deve ser entre o 6-8 dias.

Não colocar ligadura ou faixas.

Se apresentar mau cheiro, pus ou sangue, contatar o médico assistente ou dirigir-se à sua Unidade de Saúde.



CUIDADOS DE HIGIENE

4-OUVIDOS

Deve limpar por fora.

Deve secar bem atrás das orelhas.

Nunca limpar dentro do ouvido.

Nunca utilizar cotonetes.

5- NARIZ

Colocar Soro Fisiológico nas narinas, se o bebé apresentar obstrução nasal.

Se tiver necessidade de colocar Soro Fisiológico deve colocá-lo antes das mamadas.

O bebé mama melhor se tiver o nariz limpo/desobstruído.

CUIDADOS DE HIGIENE

6-UNHAS

Cortar as unhas é um procedimento que deixa os pais muito apreensivos e ansiosos.

Para cortar as unhas dos bebês não se usa corta-unhas.

Mãos

Limar com uma lima suave de cartão.

ou

Cortar com uma tesoura curva e de pontas redondas:

-Colocar o bebê sentado ao colo, de costas para nós, ele agarra o nosso dedo indicador e com o polegar segura-se um dedo de cada vez.

Pés

Deixar a unha crescer e cortar a direito.

Não cortar os cantos.

Não utilizar corta-unhas.

Utilizar uma tesoura curva e de pontas redondas.

CUIDADOS DE HIGIENE

7-GENITAIS

A-FRALDAS:

As fraldas não deverão arranhar a pele; terão de absorver e reter bem a humidade; e devem proporcionar espaço suficiente entre as pernas para que o bebê tenha liberdade de movimentos.

Mudar a fralda sempre que estiver molhada ou suja.

Lavar com água morna, mantendo sempre a pele seca.

Os toalhetes são muito práticos, mas quando limpam arrastam uma camada protetora da pele e contêm álcool. Devem ser usados apenas fora de casa.

Se apresentar "assaduras", aplicar uma fina camada de Vitamina A.



CUIDADOS DE HIGIENE

B-LIMPEZA DOS GENITAIS:

Nos rapazes



1 - Deitar o bebé de costas, abrir cuidadosamente a fralda para trás, e se estiver suja usar a ponta da fralda para limpar a maior parte.

2 - É normal os rapazes urinarem, quando se muda a fralda.

3 - Com uma toalha húmida, limpar a barriga e pernas do bebé, insistindo nas pregas, pois as irritações situam-se principalmente nas zonas húmidas e quentes da pele.

4 - Separar as pernas do bebé e limpar bem o pénis de cima para baixo e a zona à volta dos testículos, **não puxar a pele para trás**.

5 - Levantar o rabinho do bebé e limpar de dentro para fora do ânus.

6 - Com uma toalha (seca), secar bem a pele, especialmente as pregas.



CUIDADOS DE HIGIENE

Nas raparigas



1 - Deitar o bebé de costas, abrir cuidadosamente a fralda para trás, e se estiver suja usar a ponta da fralda para limpar a maior parte.

2 - Com uma toalha húmida, limpar a barriga e pernas do bebé insistindo nas pregas, pois as irritações situam-se principalmente nas zonas húmidas e quentes da pele.

3 - Limpar **sempre** da frente para trás.

4 - Levantar o rabinho do bebé e limpar de dentro para fora do ânus.

5 - Com uma toalha (seca), secar bem a pele, especialmente as pregas.

Nos primeiros dias pode existir sangue ou um fluido branco na vagina/fralda, isto acontece porque ainda existem hormonas da mãe a circular no interior do corpo do bebé. É normal e desaparece ao fim de alguns dias.



CUIDADOS DE HIGIENE

C- ERITEMA DAS FRALDAS

É provocado por um aumento da acidez da urina ou das fezes, a pele fica vermelha e áspera.

A fralda deve ser mudada frequentemente.

Limpar muito bem o rabinho do bebê, não esfregar.

Em cada muda de fralda, colocar uma camada de pomada, Vitamina A.

Se possível, deixar o rabinho da criança apanhar ar com mais frequência, e as fraldas não deverão ser muito apertadas, para deixar entrar mais ar.

Não utilizar toalhetes.



Fonte: www.fabio10.blogspot.com

CHORO



Fonte: www.annegeddes.com

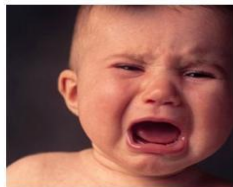
CHORO

O choro é a forma do bebé comunicar. Nas primeiras semanas nunca se sabe ao certo qual a razão porque o bebé chora. Podem ser várias as causas:

- Fome
- Cólicas
- Dores
- Frio ou calor
- Fralda suja
- Sono
- Aborrecimento
- Querer mimos

É importante como a mãe reage ao choro do bebé. Quando o bebé estiver a chorar deverá sempre deixar-se conduzir pelos seus sentimentos. O bebé precisa de muito amor e contacto físico.

A pouco e pouco vai começando a reconhecer certas diferenças do choro e vai agir de acordo com elas.



Fonte: www.annegeddes.com

CHORO

A-CÓLICAS

A cólica é uma dor abdominal (barriga) que aumenta e depois diminui (onda), devido ao intestino não se contrair de forma natural e os alimentos não progredirem.

Não está associada a nenhuma doença, é um processo normal e fisiológico.

Geralmente desaparecem depois do terceiro mês de vida.

Podem manifestar-se mais durante o período de fim de tarde ou à noite.

Podem ser devido a vários fatores:

- A imaturidade do sistema digestivo do bebé.
- Uma alimentação muito rápida ou muita quantidade.
- Técnica incorreta da amamentação.
- Stress.
- Cansaço e ansiedade transmitida pelos pais.
- Alimentação da mãe.

CHORO

Como prevenir

Se amamenta:

- Deve colocar-se numa posição correta e confortável.
- Deve pôr o bebé a arrotar a meio e no fim da mamada.



Fonte: www.leandrofono.blogspot.com

A mãe deve ter cuidado com a alimentação.

Deve beber líquidos.

Não ingerir líquidos com gás, chocolate e café.

Se dá biberon:

- Deve manter o bebé mais sentado durante a mamada.
- Deve pôr o bebé a arrotar a meio e no fim do biberon.
- A tetina tem de estar sempre com leite.
- O biberon não deve ser abanado a ponto de ficar com espuma e bolhas de ar.

CHORO

Como tratar

Com o bebé deitado de costas, movimentar lentamente as pernas, como se estivesse a pedalar.

Massajar o abdómen (barriga) do bebé com a ponta dos dedos, no sentido dos ponteiros do relógio.



Fonte: www.revistadotatuape.institucional.ws

Colocar o bebé de barriga para baixo, sobre o seu joelho, esfregar ou dar palmadinhas suaves nas costas do bebé.



Fonte: www.equilibriummassagens.blogspot.com

SONO



Fonte: www.annegeddes.com

SONO

Durante as primeiras semanas de vida o bebê está sempre a dormir ou acordado, não obedecendo a qualquer horário.

A necessidade de sono varia de criança para criança.

Quando nasce, o bebê regula o seu sono não pelo dia e noite, mas pelo seu estômago.

No primeiro mês, dorme cerca de 20 horas.

Entre o 1 e 3 meses, dorme entre 16 e 18 horas e já começa a reconhecer a noite.

Nos primeiros 20 minutos, o seu sono é leve e agitado, assim, deve evitar fazer barulho perto. Depois, começa a dormir profundamente e dificilmente acordará.

Dia

Deve dormir ou no quarto com os estores abertos ou fora do quarto na cadeirinha, com os ruídos habituais.

Pode brincar com o bebê quando este acorda.

SONO

Noite

Deve dormir no berço e no quarto.

A casa deve estar mais escura e silenciosa.

Quando alimentar o bebê deve voltar a adormece-lo.

Até aos 4/5 meses deve dormir no berço e no quarto dos pais.



Fonte: www.babiesboom.blogspot.com

O bebê deve ser sempre colocado a dormir de costas, com os pés junto aos "pés" da cama.

A roupa da cama deve ser leve e não deve cobrir a cabeça do bebê.

Não colocar almofadas, brinquedos, fitas, etc, dentro da cama.

A cama deve ser estável e sólida e as grades devem ter no mínimo 60 cm de altura. A distância entre as barras das grades deve ser inferior a 6 cm.

Cuidados Imediatos De Saúde



Fonte: www.vounascer.com

CUIDADOS IMEDIATOS DE SAÚDE

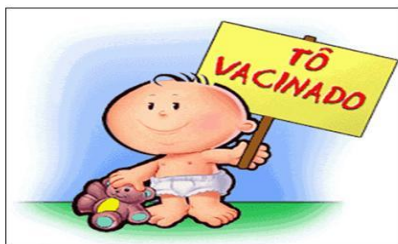
A-VACINAS

As Vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico.

Na maioria das situações o seu bebé terá alta da maternidade com duas vacinas administradas. A Vacina contra a Hepatite B (Engerix B) - 1ª dose, administrada na coxa direita, e a vacina contra a tuberculose (BCG), administrada no braço esquerdo.

Outras vacinas vão ser administradas a partir do 2º Mês de vida no Centro de Saúde da sua área de residência.

Para além das vacinas do Programa Nacional de Vacinação (PNV), existem outras disponíveis. Informe-se com o seu médico Assistente.



Fonte: www.cantinhodaenfermeiraregina.blogspot.com

CUIDADOS IMEDIATOS DE SAÚDE

Calendário de Vacinação (PNV 2012)

0 nascimento	BCG (Tuberculose) VHB - 1.ª dose (Hepatite B)
2 meses	VHB - 2.ª dose (Hepatite B) Hib - 1.ª dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b) DTPa - 1.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) VIP - 1.ª dose (Poliomielite)
4 meses	Hib - 2.ª dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b) DTPa - 2.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) VIP - 2.ª dose (Poliomielite)
6 meses	VHB - 3.ª dose (Hepatite B) Hib - 3.ª dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b) DTPa - 3.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) VIP - 3.ª dose (Poliomielite)
12 meses	MenC - 1.ª dose (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo) VASPR - 1.ª dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola)
18 meses	Hib - 4.ª dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b) DTPa - 4.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa)
5-6 anos	DTPa - 5.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) VIP - 4.ª dose (Poliomielite) VASPR - 2.ª dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola)
10-13 anos	Td - Tétano e Difteria HPV - 1.ª, 2.ª e 3.ª doses (Infecções por Virus do Papiloma Humano) - só para raparigas
Toda a vida 10/10 anos	Td - Tétano e Difteria

CUIDADOS IMEDIATOS DE SAÚDE

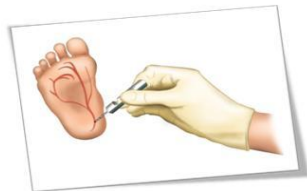
B- DIAGNÓSTICO PRECOCE (Teste do Pezinho)

Algumas crianças nascem com doenças graves que clinicamente são muito difíceis de diagnosticar nas primeiras semanas de vida.

Estas doenças mais tarde podem provocar atraso mental, alterações neurológicas graves, alterações hepáticas ou até situações de coma.

O Teste do Pezinho permite o diagnóstico precoce de várias doenças hereditárias do metabolismo e hipotiroidismo.

Deverá ser efetuado entre o 3º e 6º dia de vida no Centro de Saúde.



Fonte: www.saude-joni.blogspot.com

CUIDADOS IMEDIATOS DE SAÚDE

C- RASTREIO AUDITIVO

O Rastreio Auditivo para deteção de surdez congénita é efetuado a todos os bebés antes da alta da maternidade.

É um teste não doloroso efetuado com um pequeno aparelho portátil (Otoemissões), em ambos os ouvidos.

D- PRIMEIRA CONSULTA

A primeira consulta deverá ser marcada para a primeira semana de vida no pediatra assistente ou no Centro de Saúde.



Fonte: www.conestetoscopio.com

ALIMENTAÇÃO



Fonte: www.semprmulhersempre.blogspot.com

ALIMENTAÇÃO

O **Leite Materno** é o melhor alimento para o seu bebé. Está perfeitamente adaptado às necessidades do seu corpo e ao seu crescimento.

Aumenta a capacidade de defesa contra infeções, reduz a probabilidade de alergias e melhora o seu desenvolvimento.

Em relação à mãe: reduz o risco de cancro da mama e do ovário; permite uma recuperação mais rápida do peso habitual.

Até aos 6 Meses deverá fazer Leite Materno exclusivo, salvo raras exceções.

As mamadas devem ser dadas em horário livre (sempre que o bebé queira). Contudo o intervalo entre as mamadas não deverá ser superior a 4 horas.

Na 1ª semana o ideal é fazer 8 a 12 mamadas por dia.

Ao dar de mamar a mãe deve adotar uma posição confortável, não deve estar demasiado inclinada para a frente ou para trás.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANAVARRO, M. C.; PEDROSA, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade. *Compreensão segundo diferentes Perspectivas Teóricas*. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

COHEN, Bernard A. (2000). *Dermatologia Pediátrica* (2ª ed.). Brasil: Editora Manole. ISBN 85-204-1008-1.

HOCKENBERRY, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.

OLIVEIRA, G. et al (2010). *Guia de Cuidados ao Recém-Nascido—Conselhos aos Pais*. Departamento de Neonatologia. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE—Hospital de Santa Maria.

PINHEIRO, L. A. (2007). *Manual para Pais de Primeira Viagem (e seguintes...)* (3ª ed.). Lisboa: Tarso Edições.

Neste Guia encontraram alguns conselhos e orientações que certamente ajudam a cuidar melhor do vosso bebé.

Caso tenham alguma dúvida contactem um profissional de saúde (médico assistente, enfermeira, ...).

LINHAS DE APOIO

Emergência — 112

Linha Saúde 24 - 808 24 24 24

Associação para a Promoção da Segurança Infantil
www.apsi.org.pt

SOS Amamentação — 213 880 915
www.sosamentacao.org.pt

Anexo V

Folheto “Brincar”

ESCOLAR



Livros



Jogos de Equipa
(jogos de cartas e de mesa)



Puzzles mais elaborados



Elaborado por:

Raquel Sousa (AE ESIP da UCP)

ORIENTAÇÃO:
Enf^a Laurinda Macedo (ESIP)



VAMOS BRINCAR!



BRINCAR

Brinquedos
Adequados
por
Idades

JUNHO, 2012

▶ IMPORTÂNCIA DO BRINCAR NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

-É uma das atividades mais elaboradas e indispensável;

-A criança toma conhecimento com o seu mundo e com o meio que a rodeia.;

-Permite desenvolver capacidades auditivas, visuais, sensório-motoras e intelectuais;

-Desenvolve a criatividade, a imaginação, o sentido figurativo e representativo;

-A criança aprende a estabelecer relações sociais e adquire valores morais da sociedade.



LATENTE (1º Ano de Vida)

Estímulo Visual	Estímulo Auditivo	Estímulo Tátil	Estímulo Cinético
<ul style="list-style-type: none"> • Móveis • Tapetes • Espelhos inquebráveis • Livros (figuras brilhantes) • Caixas/copos de encaixar • Bolas Grandes 	<ul style="list-style-type: none"> • Chocalhos • Bonecos com apito • Brinquedos com música 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinquedos de apertar • Brinquedos para morder • Objetos com texturas • Móveis macios 	<ul style="list-style-type: none"> • Caixa de Atividades para o berço • Brinquedos de empurrar e puxar

TODLLER (1-3 Anos)

- Brinquedos de Puxar e Empurrar
- Brinquedos Musicais
- Formas Geométricas de encaixar
- Pinturas com Lápis de Cera grossos
- Puzzles com Peças Grandes e Simples
- Mesas com Actividades Didáticas

PRÉ-ESCOLAR

- Jogos de Construção (Legos)
- Brinquedos de Manipulação (utensílios domésticos)
- Brinquedos criativos e educacionais (cubos com letras e números)
- Brincadeira Imitativa e Imaginativa (vestir roupas relacionadas com profissões)

Gosto muito de Brincar!



Anexo VI

Cartaz Informativo “Brincar”

Brincar

Sousa, Raquel

Universidade Católica Portuguesa – Instituto das Ciências da Saúde
 Estágio no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

O Brincar é uma das atividades mais elaboradas, além de indispensável, pois a criança toma conhecimento com o seu mundo e com o mundo que a rodeia. Permite desenvolver capacidades auditivas, visuais, sensório-motoras e intelectuais e também a criatividade, a imaginação, o sentido figurativo e representativo. A criança aprende a estabelecer relações sociais e adquire valores morais da sociedade. É importante conhecer os brinquedos adequados a cada idade para desenvolver.

Estímulo Visual	Estímulo Auditivo	Estímulo Tátil	Estímulo Cinético
<ul style="list-style-type: none"> Móbiles Tapetes Espelhos inquebráveis Livros (figuras brilhantes) Caixas/copos de encaixar Bolas Grandes 	<ul style="list-style-type: none"> Chocalhos Bonecos com apito Brinquedos com música 	<ul style="list-style-type: none"> Brinquedos de apertar Brinquedos para morder Objetos com texturas Móbiles macios 	<ul style="list-style-type: none"> Caixa de Atividades para o berço Brinquedos de empurrar e puxar

- Brinquedos de Puxar e Empurrar
- Brinquedos Musicais
- Formas Geométricas de encaixar
- Pinturas com Lápis de Cera grossos
- Puzzles (Peças Grandes e Simples)
- Mesas com Atividades Didáticas

Latente
(1º ano de Vida)

Toddler
(1 aos 3 anos)



Escolar

Pré-Escolar

- Livros
- Jogos de Equipa (jogos de cartas e de mesa)
- Puzzles mais elaborados

- Jogos de Construção (Legos)
- Brinquedos de Manipulação (utensílios domésticos)
- Brinquedos criativos e educacionais (cubos com letras e números)
- Brincadeira Imitativa Imaginativa (vestir roupas relacionadas com profissões)



Referências Bibliográficas:
 ARAÚJO, Gabriela. Brinquedos Sempre à Mão. Lisboa, Nº 120. (Jornal de Educação)
 FERLAND, F. (2006). Como Brincar? Na infância e ao longo de toda a vida. Lisboa: Climepsi Editores.
 HOCKENBERRY, M. J. (2006). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Anexo VII

Check List Brinquedos

CHECK LIST DE BRINQUEDOS

SALA DE SAÚDE INFANTIL

• LIVROS

- O corpo Humano a 3 dimensões
- Um cachorrinho atarefado
- Livro em forma de cão
- Livro em forma de coelho
- Médico por um dia
- Os coelhinhos descobrem a montanha
- Nosso amiguinho
- Aventuras dos heróis da bíblia
- Acorda Bela Adormecida
- O comboio
- O avião
- O balão do Kipper
- Vamos ver as horas
- O Princepezinho

• ANIMAIS

- 2 tigres
- 1 macaco
- 1 zebra
- 1 chimpazé
- 2 dinossauros
- 1 rinoceronte
- 2 elefantes
- 1 rã
- 1 hipopótamo
- 1 carneiro
- 1 galinha
- 1 tartaruga
- 1 girafa

- 7 cavalos
- 1 cão
- 1 felino
- 1 ovelha
- 2 cachorrinhos
- 1 galo
- 1 caranguejo
- 1 pónei vermelho

- **BONECOS**

- 2 bonecos pequenos de peluche (amarelo e azul)
- 1 boneca com acessórios
- 1 boneca pequena
- 1 manequim barbie

- **TRANSPORTES**

- 1 barco
- 1 carro verde
- 1 carro com fio para puxar
- 1 avião de madeira

- **VÁRIOS**

- 2 ovos
- 1 escova com guizo e 1 pente
- 1 puzzle de madeira
- 33 cartões de identificação (figuras geométricas, alimentos, casas, etc)
- 1 placa de madeira para encaixe de figuras geométricas coloridas
- 1 balde de encaixe de figuras geométricas
- 1 brinquedo musical com animais de quinta
- 1 serviço de cozinha (6 pratos, 1 bule, 1 cafeteira, 2 chávenas, 3 canecas, 1 açucareiro com colher, 6 talheres, 1 copo, 1 saleiro, 1 pimenteiro, 2 copos de licor)
- 1 mesa de madeira com 4 cadeiras e 1 móvel (com peças pequenas)
- 1 carro de madeira para encaixe de figuras geométricas coloridas (cubos, retângulos, triângulos, etc.)

- 1 sol de madeira com “quatro patas”
- 1 roca colorida
- 1 chocalho colorido
- 1 mesa grande de madeira com 2 cadeiras
- bolas pequenas de várias cores e texturas (azul de esponja, laranja de plástico, branca de borracha, etc).

Anexo VIII

Relatório da Formação: “Brincar”

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

MÓDULO I

Unidade de Saúde Familiar da Ramada

RELATÓRIO DA SESSÃO

“BRINCAR”



Realizado por:
Raquel Sousa (5º Mestrado EESIP)

Junho, 2012

SUMÁRIO

1.PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	iii
2. PLANO DE SESSÃO	iv
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	v
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO.....	viii

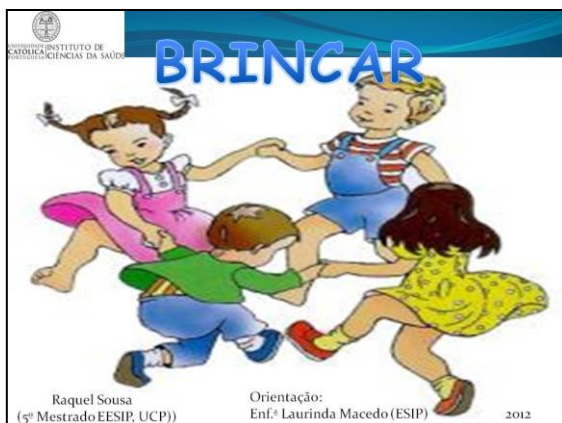
1-PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

<p>1.1. DATA: 6 de Junho de 2012 HORA: 14h</p> <p>LOCAL DE REALIZAÇÃO: Sala de Reuniões da USF</p> <p>Duração: 30 minutos</p>
<p>1.2.MODALIDADE DA FORMAÇÃO: Educação para a Saúde</p> <p>Designação: Brincar</p> <p>Caraterização da Formação: Expositiva e Interativa</p>
<p>1.3.INSTITUIÇÃO/SERVIÇO</p> <p>Unidade de Saúde Familiar da Ramada (ACES de Odivelas)</p>
<p>1.4.FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA</p> <p>O Brincar é uma das atividades mais elaboradas, além de indispensável, pois a criança toma conhecimento com o seu mundo e com o meio que a rodeia. Permite desenvolver capacidades auditivas, visuais, sensório-motoras e intelectuais e também a criatividade, a imaginação, o sentido figurativo e representativo. A criança aprende a estabelecer relações sociais e adquire valores morais da sociedade.</p> <p>À medida que os anos passam, a criança vai adaptando as brincadeiras ao seu desenvolvimento, pois novas atividades e brinquedos começam a despertar o seu interesse..</p>
<p>1.5.OBJETIVOS</p> <p>Informar a equipa de saúde sobre as atividades lúdicas , adequadas aos estadios de desenvolvimento da criança.</p>
<p>1.6-DESTINATÁRIOS</p> <p>Enfermeiros da USF</p>
<p>1.7-ORGANIZAÇÃO</p> <p>-Raquel Sousa – Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. - Formadora</p> <p>-Laurinda Macedo (EESIP)</p>

2-PLANO DA SESSÃO

Fases	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema; Apresentar os objetivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objetivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
Desenvolvimento	Sintetizar conceitos sobre o Brincar; Compreender a importância do Brincar como fator promotor do desenvolvimento infantil; Dar a conhecer aos profissionais de saúde os tipos de brinquedos;	Conceito de Brincar; Descrever os benefícios e as funções do Brincar; Descrever os brinquedos mais adequados a cada faixa etária; Apresentar o check list de brinquedos existentes na USF.	Expositivo	Computador com diapositivos	15 Min
Conclusão	Refletir sobre a sessão elaborada.	Sintetizar as ideias chave.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
	Debater os temas abordados.	Debate sobre a importância da Promoção do Brincar no Desenvolvimento Infantil.	Interativo	Enfermeiros	10 Min
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.			Questionário	5 Min

3-DIAPOSITIVOS DA SESSÃO



SUMÁRIO

- Introdução
 - Objetivo da Sessão de Formação
- Brincar
 - Benefícios do Brincar
 - Tipos de Brinquedos adequados à faixa etária da Criança
- Brinquedos existentes na Sala de Saúde Infantil
- Considerações Finais
- Avaliação
- Bibliografia

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Informar a equipa de saúde sobre as atividades lúdicas, adequadas aos estádios de desenvolvimento da criança.

BRINCAR - Conceito

"É uma atitude subjetiva em que o prazer, o sentido de humor e espontaneidade caminham lado a lado, que se traduz num comportamento escolhido livremente e da qual não se espera qualquer rendimento específico."

(Ferland, 2006, p.42)



FUNÇÕES DO BRINCAR

O Brincar tem várias funções que estão relacionadas com o desenvolvimento da criança tanto a nível físico, como cognitivo, social e moral.

- Desenvolvimento sensório-motor
- Desenvolvimento intelectual
- Socialização
- Criatividade
- Auto consciencialização
- Valor terapêutico
- Valor Moral

(HOCHENBERRY [et al], 2006)

TIPO DE BRINQUEDOS



LATENTE

Estímulo Visual

- Móviles
- Tapetes
- Espelhos inquebráveis
- Livros (figuras brilhantes)
- Caixas/copos de encaixar
- Bolas Grandes

Estímulo Auditivo

- Chocalhos
- Bonecos com apito
- Brinquedos com música

Estímulo Tátil

- Brinquedos de apertar
- Brinquedos para morder
- Objetos com texturas
- Móviles macios

Estímulo Cinético

- Caixa de Atividades para o berço
- Brinquedos de empurrar e puxar

TODDLER

- Brinquedos de Puxar e Empurrar
- Brinquedos Musicais
- Formas Geométricas de encaixar
- Pinturas com Lápis de Cera grossos
- Puzzles com Peças Grandes e Simples
- Mesas com Actividades Didáticas

PRÉ-ESCOLAR

- Jogos de Construção (Legos)
- Brinquedos de Manipulação (utensílios domésticos)
- Brinquedos criativos e educacionais (cubos com letras e números)
- Brincadeira Imitativa e Imaginativa (vestir roupas relacionadas com profissões)

ESCOLAR

- Livros
- Jogos de Equipa (jogos de cartas e de mesa)
- Puzzles mais elaborados

Brinquedos existentes na USF

A USF da Ramada dispõe, na Sala de Saúde Infantil, do seguinte material de apoio às atividades lúdicas:

- Animais (cavalos, cães, tartarugas, macacos, etc.);
- Brinquedos para encaixe de figuras geométricas;
- Bonecas;
- Brinquedos musicais;
- Livros;

"Brincar acompanha o ser humano desde sempre. Está nos genes."

MÁRIO CORDEIRO (2006, p.293)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Gabriela - Brinquedos Sempre à Mão. *Pais & Filhos*. Lisboa. Nº 120 (Janeiro 2001), p. 42-45.
- CORDEIRO, Mário - *O Grande Livro do Bebê - O Primeiro Ano de Vida*. 1ª Edição. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2006. ISBN 989-626-020-6.
- FERREIRA, Rita - Brincar em Segurança. *Pais & Filhos*. Lisboa. Nº 131 (Dezembro 2001), p. 36-38.
- FISHER-PRICE - *Brincar, Rir, Crescer*. [em linha]. 2007. 32p. [Consulta 4 Maio, 2012] Disponível em <http://www.fisher-price.com/pt/myfp/age.asp?page>

- GOMES PEDRO, João - Brincar - Do Desenvolvimento ao Direito. *Aca Pediátrica Portuguesa*. Lisboa. ISSN 0301-147X. Vol. 28. Nº 2 (Março/Abril 1997), p. 87-91.
- GOMES PEDRO, João - O Brincar do Bebê. *Ata Pediátrica Portuguesa*. Lisboa. ISSN 0301-147X. Vol. 30. Nº 4 (Julho/Agosto 1999), p. 258-264.
- HOCKENBERRY [et al] - *WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006. 130lp. ISBN: 85-352-1918-8.
- PETRIE, P. - *Brincar com o Bebê*. 1ª Edição. Lisboa: Editora Publicações Dom Quixote, 1993. 127 p. ISBN 972-609-082-2
- UDEN, Carmo Van - Dê-lhe o Brinquedo Certo. *Pais & Filhos*. Lisboa. Nº 13 (Fevereiro 1992), p. 46-50.

OBRIGADO!!!



4-AVALIAÇÃO DA SESSÃO

"BRINCAR"

DATA: 6 de Junho

Uma vez terminada a sessão de Educação, é importante fazer um balanço e conseqüente reflexão sobre o modo como decorreu a sessão, na tentativa de melhorar aspetos que facilitem a preparação de novas sessões de educação.

Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

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

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

- Classifique a **Formadora** utilizando a seguinte escala:

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

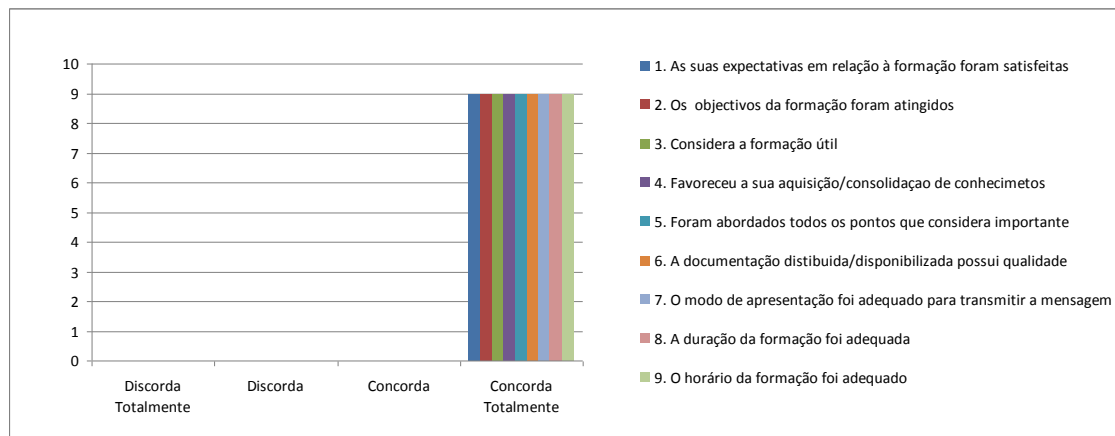
<u>Formadora</u>	1 - Insuficiente	2- Suficiente	3- Bom	4- Muito Bom
10. Conhecimento do tema apresentado				
11. Facilidade na transmissão de conhecimentos				
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos				
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos				
14. Interação com o grupo				
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				
16. Gestão de tempo				
17. Pontualidade				

OBRIGADO!

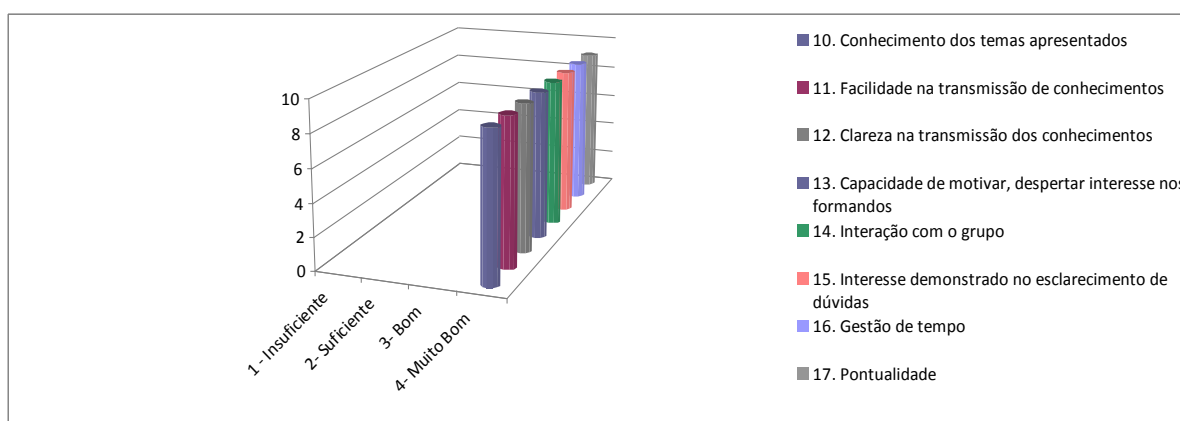
SESSÃO “BRINCAR”

PARTICIPANTES: 9 ENFERMEIROS

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



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



Anexo IX

Folheto “Ler Mais dá Saúde”

A partir dos 18/24 Meses

até 36 Meses

Os Livros devem ser:

- Cartonados que tenham janelas para descobrir personagens e objetos, espelhos onde as crianças se possam ver e interações que impliquem puxar, enfiar, abrir e desdobrar;
- Livros com pequenos contos e ilustrações claras e apelativas.

Entre os 4-5 Anos

Os Livros:

- De capa dura ou mole, com formato grande ou pequeno;
- Com contos curtos e histórias claras;
- Devem remeter para conquistas pessoais, autonomia, medos;
- Com personagens de animais.



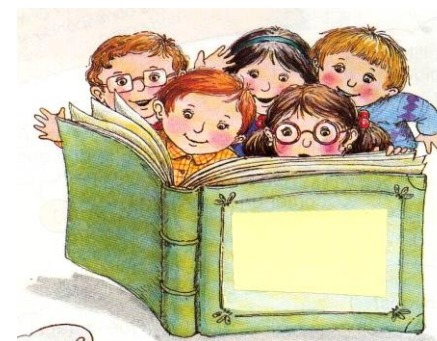
A partir dos 6 anos

Os Livros devem ser:

- De capa dura ou mole, de formato grande ou pequeno, com ilustrações apelativas;
- Com histórias que dêem espaço à curiosidade, ao suspense, a aventuras ou descobertas;
- Contos que tenham como personagens dragões, fadas ou princesas.



PROGRAMA LER MAIS DÁ SAÚDE



Coordenadores do Projeto:

**Laurinda Macedo, M^a José Gonçalves
e Jorge Nogueira**

Elaborado por:

Raquel Sousa (AE ESIP)

Orientação:

Enf.^a Laurinda Macedo (ESIP)

Maio, 2012

Porquê fomentar a leitura nas crianças?

- Deverá ser uma atividade realizada com agrado;
- Uma forma de brincar com as palavras;
- Proporciona uma óptima fonte para a imaginação, pois transporta a criança para mundos diferentes;
- Proporciona momentos de intimidade entre os vários elementos da família.



O nosso papel é o de oferecer, desde cedo, leitura adequada aos vários estadios de desenvolvimento da criança, o desenvolvimento cognitivo e afectivo e melhorar o rendimento escolar.

Livros adequados por idades

Até aos 5 Meses

- Mini-histórias e canções de embalo que devem ser idealmente contadas e/ou cantadas pela voz da mãe ou da pessoa cuidadora.

A partir dos 6 Meses

Os Livros devem ser:

- Interativos de pano com cor, sons e ilustrações claras;
- Com formas diferentes, por exemplo um animal, para que a criança possa abraçar sem se magoar;
- Devem ter características físicas que permitam que a criança os coloque na boca, sem perigo.

A partir dos 12 Meses

Os Livros devem ser:

- Interativos com elementos que se podem esconder e fazer aparecer, e com mini-contos (com principio, meio e fim);
- Devem ser pequenos, de pano ou cartonados.

Anexo X

Conto “A Maria e o Pantufa”



USF
RAMADA
UNIDADE DE SAÚDE
FAMILIAR DA RAMADA

PROJETO LER MAIS DÁ SAÚDE

CONTO INFANTIL

"A MARIA E O
PANTUFA"



Junho, 2012

Ofereça desde cedo leitura adequada aos vários estádios de desenvolvimento da criança, promovendo o desenvolvimento cognitivo e afetivo e melhorando o rendimento escolar.

Elaborado por:

Raquel Sousa (AE ESIP da UCP)

Coordenadores do Projeto:

Enf.^ª Laurinda Macedo, Enf.^ª M.^ª José Gonçalves e

Dr. Jorge Nogueira

USF da Ramada

"A MARIA E O PANTUFA"

Fra uma vez uma menina muito bonita chamada Maria. Tinha os olhos azuis como o céu e o cabelo brilhante como o sol.



A Maria vivia numa casa com um jardim grande, cheio de flores de várias cores, onde gostava de brincar com as suas amiguinhas.



"A MARIA E O PANTUFA"

Certo dia quando a Maria ia para a escola ouviu um cãozinho a ladrar:

-ão, ão, ão

Olhou à volta e chamou:

-cãozinho onde estás?

O cãozinho correu para a Maria a ladrar e saltou para as suas perninhas e lambeu-lhe as mãozinhas...



O cãozinho era branquinho, com o pelo muito macio e os olhos verdinhos.

-Como te chamas? - perguntou a Maria

-Ão, ão, ão

-Vais-te chamar PANTUFA — disse a Maria a rir.

"A MARIA E O PANTUFA"

A Maria continuou a andar para a escola e o Pantufa foi atrás dela.

-Agora vou ter que entrar para a escola, mas podes ficar à minha espera...



"A MARIA E O PANTUFA"

Quando a Maria saiu da escola olhou para todo o lado e não viu o Pantufa. Ficou muito triste.

Foi para casa e quando chegou ao sítio onde de manhã tinha encontrado o cãozinho lá estava ele à sua espera.

Correram um para o outro, um a rir e o outro a ladrar, aos pulos de felicidade.



"A MARIA E O PANTUFA"

A Maria levou o Pantufa para casa.

- Mamã, papá, venham ver o meu amiguinho novo...
- Tão querido !!! - disse a mamã
- De quem é? - perguntou o pai
- Não sei foi comigo hoje para a escola, e gostava de ficar com ele... posso?

Os pais olharam um para o outro e disseram:

- Claro que sim, tu és uma boa menina!
- Obrigado papás - disse a Maria - É o dia mais feliz da minha vida.



"A MARIA E O PANTUFA"

A Maria saiu de casa a correr e a rir com o Pantufa atrás dela e foram os dois para o jardim. Riram, saltaram, rebolaram na relva... até a mamã chamar para jantar...

FIM



Anexo XI

Convite para a “Hora do Conto”



Dia 11 de Junho de 2012

PROJETO LER MAIS : "HORA DO CONTO"

*Local: "Espaço de Saúde
Infantil"
USF da Ramada*



Tema: Conto Infantil - "A Maria e o Partufa"

Metodologia: Representação do conto infantil através de fantoches

Autores: Raquel Sousa (AE ESIP), Enf.^a Laurinda Macedo (ESIP) e Enf.^a Maria José Gonçalves

Anexo XII

Canção “O Balão do João”

O BALÃO DO JOÃO

O balão do João
Sobe, sobe, pelo ar
Está feliz o petiz a cantarolar
Mas o vento a soprar,
Leva o balão pelo ar,
Fica então o João a choramingar.



Anexo XIII

Folheto “Alimentação da Criança
no 1ª Ano de Vida”

Introduzir a CARNE

(não antes dos 6 Meses)

- Cerca de 30g/dia;
- Iniciar pelas carnes magras (frango, peru, coelho, borrego e mais tarde vaca);
- A carne de porco só deve ser introduzida depois dos 2 anos.

Introduzir o PEIXE

(9-10 Meses)

- 15g/refeição (pescada, solha, linguado, robalo, ...);
- O peixe deve ser cozido separado da sopa.

GEMA DO OVO



- Começar por dar 1/4, depois metade e mais tarde a gema inteira;
- Dar no máximo 2 a 3 vezes por semana.

IOGURTE NATURAL

(9-12 Meses)

- Pode acrescentar fruta ralada.

12 Meses

- Pode iniciar o leite de vaca (meio gordo);
- Dar o ovo inteiro;
- Iniciar a alimentação da família (progressivamente);
- Introduzir citrinos, Kiwi, feijão, grão. (lentamente entre 12-15 Meses);
- Não oferecer: morangos, amoras, enchidos, mariscos, doces, frutos secos.

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

USF RAMADA

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



Elaborado por:

Raquel Sousa (AE ESIP)

Orientação:

Enf.ª Laurinda Macedo (ESIP)

Maio, 2012

Nos primeiros 6 meses de vida o leite materno é o alimento mais adequado e completo.

Quando a mãe não pode amamentar deve ser oferecido à criança um leite artificial adaptado. **O leite de vaca não deve ser dado antes do 1º ano**, porque não está adaptado à imaturidade digestiva do bebé, não fornece os nutrientes nas proporções adequadas e pode provocar alergias.

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

- **Não introduzir** os alimentos novos com intervalos inferiores a 4-5 dias;

- A ordem da introdução dos alimentos não é rígida;

- A introdução de um novo alimento deve ser ao almoço (observar a reação da criança durante a tarde);

- Os alimentos sólidos devem ser sempre dados à colher;



- Não adicionar sal, condimentos, açúcar e mel aos alimentos;

INÍCIO DA DIVERSIFICAÇÃO

Substituir uma refeição de leite por:

Papa sem glúten (antes dos 6 meses)

Papa com glúten (depois dos 6 meses)

- Até aos 6 meses não láctea (preparada com o leite que o bebé está a fazer);

- As papas lácteas ou de leite adaptado devem ser preparadas só com água;



1 Semana mais tarde

Substituir outra refeição de leite por uma de sopa

1ª SOPA: batata, cenoura /abóbora

- Os legumes são triturados e reduzidos a puré;

- No final da cozedura adicionar uma colher de chá de azeite;

- Durante o 1º ano de vida não deve ser adicionado sal;

- Introduzir um legume novo em cada 4-5 dias (alface, couve branca, alho-francês, feijão verde, ...);

- A sopa deve ser: confeccionada de 3 em 3 dias e conservada no frio (em caixa adequada).

Como sobremesa: FRUTA

Maçã, Pêra e Banana (crua, cozida, assada)

Anexo XIV

Relatório da Sessão “Hospitalização da Criança
e a Importância do Brincar”

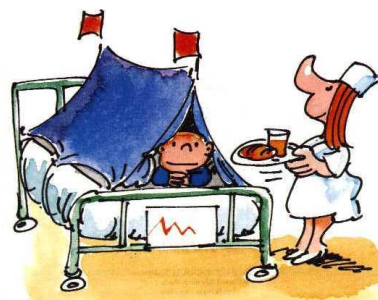
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

MÓDULO II

Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria

RELATÓRIO DA SESSÃO

**“Hospitalização da Criança
e a Importância do Brincar”**



Realizado por:
Raquel Sousa (5º Mestrado EESIP)

Janeiro, 2013

SUMÁRIO

1. PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO.....	iii
2. PLANO DE SESSÃO	iv
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO	v
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO.....	ix

1-PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

1.1. DATA: 21 de Janeiro de 2013 HORA: 13h LOCAL DE REALIZAÇÃO: Sala de Atividades do Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria Duração: 30 minutos
1.2.MODALIDADE DA SESSÃO: Educação para a Saúde Designação: Hospitalização da Criança e a Importância do Brincar Caraterização da Formação: Expositiva e Interativa
1.3.INSTITUIÇÃO/SERVIÇO Serviço de Pneumologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria
1.4.FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA A hospitalização da criança transporta consigo grandes mudanças. É uma situação crítica para o seu equilíbrio psicológico e social, dada a sua fragilidade emocional e dependência dos pais. A minimização destas mudanças no ciclo vital passa pela presença contínua dos pais no internamento. O Brincar é uma necessidade da infância, é o “trabalho” da criança e o meio pela qual se desenvolve a nível físico, emocional, cognitivo e social, de forma natural. Brincar é fundamental para o desenvolvimento infantil. A importância da atividade lúdica, durante o período de internamento da criança, facilita o papel parental, sendo mesmo possível o desenvolvimento das suas competências parentais ao envolvê-los nesse processo.
1.5.OBJETIVOS <ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar os Pais para os benefícios do brincar.• Sensibilizar os Pais para os diversos tipos de brinquedos adequados à faixa etária da criança.
1.6-DESTINATÁRIOS Pais das Crianças internadas no Serviço de Pneumologia Pediátrica do HSM
1.7-ORGANIZAÇÃO -Raquel Sousa – Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. - Formadora -Cláudia Carvalho (EESIP)

2-PLANO DA SESSÃO

Fases	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema; Apresentar os objetivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objetivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
Desenvolvimento	Sintetizar conceitos sobre a Hospitalização e o Brincar; Impacto da Hospitalização na Criança e Família; Compreender a importância do Brincar como fator promotor do Desenvolvimento Infantil; Dar a conhecer aos pais os tipos de Brinquedos.	Conceito de Brincar; Hospitalização da Criança. Descrever os brinquedos adequados a cada faixa etária. Apresentar os brinquedos existentes na sala de Atividades.	Expositivo	Computador com diapositivos	15 Min
Conclusão	Refletir sobre a sessão elaborada.	Sintetizar as ideias chave.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
	Debater os temas abordados e esclarecer dúvidas.	Debate sobre a importância do Brincar no Internamento e no Desenvolvimento Infantil.	Interativo	Pais	10 Min
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.			Questionário	5 Min

3-DIAPOSITIVOS DA SESSÃO


INSTITUTO DE
CATÓLICA CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PARENTALIDADE



**HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA E A
IMPORTÂNCIA DO BRINCAR**

Raquel Sousa
(5º Mestrado EESIP, UCP)

Orientadora: Enf.ª Cláudia Carvalho
(ESIP)

Janeiro de 2013

OBJETIVOS

- Sensibilizar os Pais para os benefícios do brincar.
- Sensibilizar os Pais para os diversos tipos de brinquedos adequados à faixa etária da criança.

HOSPITALIZAÇÃO



- ✦ Quando nos imaginamos a entrar num hospital, este espaço sugere-nos silêncio, calma, branco, frio, sofrimento, aparelhos grandes e assustadores... e este cenário aos olhos de uma criança? Para ela tudo tem cor, alegria, sorrisos, imaginação, fantasia e brincadeira... podemos imaginar o quanto assustador poderá ser um hospital.

Tavares (2008)

A FAMÍLIA E A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

Hospitalização da criança



Separação:

- ambiente familiar;
- físico;
- afetivo.



A FAMÍLIA E A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA (CONT.)

- ✦ As crianças dependem dos seus pais quanto a:
 - Cuidados físicos;
 - Formação educacional;
 - Formação social.
- ▶ A presença dos pais, durante o internamento, provoca sentimentos de competência e realização.



A FAMÍLIA E A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA (CONT.)

- ✦ A Carta da Criança Hospitalizada (1988) é clara quando faz referência à importância do acompanhamento das crianças doentes, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado. Está previsto na legislação Portuguesa o acompanhamento familiar permanente da criança hospitalizada com idade até aos 18 anos (Dec. Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro).



A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

- * "(...) sendo essencial ao seu bem estar mental, emocional e social, e, da mesma forma que as necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não pára quando a criança adoece ou é hospitalizada".



WHALEY e WONG ,1999

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO (CONT.)

* No Hospital a Brincadeira permite:

- Distrair as crianças;
- Diminuir a ansiedade;
- Aumentar a capacidade das crianças para aguentar de forma eficaz o processo de internamento;
- Interagir livremente com os prestadores de cuidados;
- Dar voz às suas preocupações ou apreensões;
- Eliminar a diferença entre um ambiente agradável e familiar fora do hospital e o ambiente estranho e agressivo do mesmo;

- Fornecem diversão e gerem relaxamento;
- Ajudam a criança a se sentir mais segura num ambiente estranho;
- Ajudam a diminuir o stress da separação e os sentimentos de nostalgia;
- Fornecem um meio para a libertação da tensão e para a expressão dos sentimentos;
- Encorajam a interação e o desenvolvimento das atitudes positivas em relação às outras pessoas;
- Fornecem uma saída expressiva para ideias e interesses criativos;
- Fornecem um meio de realizar os objetivos terapêuticos;
- Colocam a criança na função ativa e proporcionam a oportunidade para fazer escolhas e estar no controle.

WHALEY e WONG ,1999

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO



BRINQUEDOS ADEQUADOS POR IDADE



LATENTE (ATÉ 1 ANO)

Estímulo Visual

- Móviles
- Tapetes
- Espelhos inquebráveis
- Livros (figuras brilhantes)
- Caixas/copos de encaixar
- Bolas Grandes

Estímulo Auditivo

- Chocalhos
- Bonecos com apito
- Brinquedos com música

Estímulo Tátil

- Brinquedos de apertar
- Brinquedos para morder
- Objetos com texturas
- Móviles macios

Estímulo Cinético

- Caixa de Atividades para o berço
- Brinquedos de empurrar e puxar

TODDLER (1-3 Anos)

-  Brinquedos de Puxar e Empurrar
-  Brinquedos Musicais
-  Formas Geométricas de encaixar
-  Pinturas com Lápis de Cera grossos
-  Puzzles com Peças Grandes e Simples
-  Mesas com Atividades Didáticas

PRÉ-ESCOLAR (3-5 Anos)

-  Jogos de Construção (Legos)
-  Brinquedos de Manipulação (utensílios domésticos)
-  Brinquedos criativos e educacionais (cubos com letras e números)
-  Brincadeira Imitativa e Imaginativa (vestir roupas relacionadas com profissões)

ESCOLAR (6-12 Anos)

-  Livros
-  Jogos de Equipa (jogos de cartas e de mesa)
-  Puzzles mais elaborados

ADOLESCENTES (10-19 Anos)

-  Jogos Eletrónicos
-  Jogos de Tabuleiro e Aventuras
-  Quebra-cabeças
-  Computador

FELIZ COMO UMA CRIANÇA

OH! A idade venturosa da infância! Onde há outra mais feliz e mais tranquila, mais sorridente - isto é, mais egoísta?... Em volta de nós podem suceder as piores catástrofes. Se elas nos não arrancam nem os brinquedos nem os bolos, não nos atingem de forma alguma... não as compreendemos sequer... Quando muito, correm-nos lágrimas vendo chorar as nossas mães. No entanto, é só ainda vagamente que percebemos a dor humana. Por isso as nossas lágrimas secam depressa diante dos brinquedos. E se o quadro em que nos agitamos é risonho, a infância transforma-se-nos então num jardim maravilhoso. Para as crianças felizes, só para elas, existe realmente um céu - o céu dos seus primeiros anos.

Mário de Sá-Carneiro, in "O Incesto"

OBRIGADO!!!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRAUS, L.; MINAMISAVA, R.; MUNARI, D. - Desafios da Enfermagem no cuidado à Família da Criança Hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, vol.3, nº2. Maio/Agosto, 2004, p.203-208. ISSN: 1984-7513.
- BARROS, L. - *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 1999, p.192. ISBN: 972-8449-45-3.
- CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA. Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989 e Ratificada pela Resolução da Assembleia da República nº 20/90 de 12 de Setembro. *Diário da República nº211 - I Série A*. p.3738 (2) -3738 (20).
- Decreto-Lei nº106/2009 de 14 de Setembro. *Diário da República*, nº179 - I Série

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (CONT.)

- FAVERO, L. [et al]. A Promoção do Brincar no contexto da Hospitalização Infantil como ação de Enfermagem: Relato de Experiência. *Cogitare Enfermagem*. Outubro/Dezembro, 2007, 12 (4):519-24.
- FERNANDES, A. - A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. *Saúde Infantil*, 1988, 2: 117-128.
- FIDALGO, J. [et al]. - Vivências de pais de crianças internadas na UCI do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Referência II*, 2009. Nº11, p.105-116.
- FONTES, R. - A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. *Revista Brasileira de Educação*. Nº29. Maio/Junho/Julho/Agosto, 2005.
- FREITAS, J.; FREITAS, S. - Hospitalização da Criança. O Impacto na Família. *Revista Sinais Vitais*, 2005. Nº60, p.24-27.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (CONT.)

- HOCHENBERRY, M.; WILSON & MARILYN, D. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. - *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC, 1998.
- JORGE, A. - *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004.
- MILANESI, K. [et al]. Sofrimento Psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59, nº6. Novembro/Dezembro, 2006, p. 769-774. ISSN: 0034-7167.
- MITRE, R.; GOMES, R. - A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 9 (1): 147-154, 2004.
- OLIVEIRA, G.; DANTAS, F.; FONSECA, P. - O impacto da Hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Revista da SBPH*. V.7, nº 2. Rio de Janeiro, 2004. ISSN: 1516-0858.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (CONT.)

- OPPERMAN, C.S.; CASSANDRA, K.A. - *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lisboa: Lusociência, 2001.
- PAPALIA, D.; OLDS, S.; FELDMAN, R. - *Desenvolvimento Humano*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 888p. ISBN: 978-85-363-0208-9.
- PIAGET, J. - *Seis estudos de psicologia*. 6ª edição. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1977.
- QUIRINO, D.; COLLET, N.; NEVES, A. - Hospitalização Infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Revista Gaúcha de Enfermagem (online)*, 2010. Vol.31, p.300-306. ISSN: 1983-1447.
- RODRIGUES, J.; RODRIGUES, P. - O Elo mais forte, A Promoção da Resiliência na primeira Hospitalização da Criança. *Revista Nursing*. Nº241. Ano 21. Edição janeiro, 2009, p. 38-44.
- TAVARES, P. - *Cuidar da Criança Brincando*. Edição nº60 in *Ordem dos Enfermeiros*, 2008.
- VASCONCELOS, M.; ABRÃO, J.; GOMES, V. - Brinquedoteca móvel: o brincar interativo na hospitalização infantil. *Revista Ciência em Extensão*, 2010. Vol.6 (1), p.5. ISSN: 16794605.
- WHALEY, L.; WONG, D. - *Whaley & Wong, Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1118p. ISBN: 85-352-1918-8.

Anexo XV

Guia de Preparação para a Alta

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Serviço de Pneumologia Pediátrica

Guia de Orientações para a Alta



CRIANÇAS COM
NECESSIDADE DE
CUIDADOS ESPECIAIS

Lisboa, 2013

Caso seja necessário, o nosso contato é:

Secretária de Unidade 217805042

Geral 217805000 extensão 51816

Elaborado por:

Raquel Sousa

(5º Mestrado EESIP, UCP)

Orientação:

Enf.ª Cláudia Carvalho (ESIP)

Inicialmente os pais enfrentam algumas dificuldades relativamente aos cuidados a prestar em casa aos filhos que necessitam de cuidados especiais. Com as orientações realizadas pela equipa de saúde, durante o internamento, conseguem cuidar adequadamente dos seus filhos em casa.

Por isso elaborámos este guia que pretende dar resposta às dúvidas mais frequentes e lembrar as orientações dadas pela equipa de enfermagem.

Mas **ATENÇÃO!** o seu filho pode não necessitar de todos estes cuidados! Preste apenas os cuidados que lhe foram indicados pela equipa de saúde. E não se esqueça que cada situação é diferente, logo só deverá cuidar do seu filho e não de outras crianças.

ÍNDICE

1-Oxigenoterapia.....	4
2-Ventilação Não Invasiva.....	7
3-Aspiração de secreções.....	8
4-Gastrostomia.....	10
5-Cuidados a ter com a criança com Sonda Nasogástrica.....	12
6-Outros cuidados a ter em casa.....	14
7-Medicação.....	15
8-Encaminhamentos.....	16
9-Dúvidas.....	17

1-Oxigenoterapia

•O Oxigénio vai permitir ao seu filho:

- Melhorar a capacidade respiratória
- Melhorar o cansaço respiratório
- Melhorar o trabalho cardíaco
- Possibilitar mais energia para as atividades diárias

O Oxigénio é um medicamento. Deve administrar sempre a quantidade prescrita pelo médico.

•Existem várias formas de administrar o oxigénio:

- Óculos Nasais
- Sonda Nasal (Para colocar a sonda nasal mede-se desde a asa do nariz ao lobo da orelha e introduz-se essa medida na narina).



→Cuidados a ter com a sonda:

- Manter a sonda limpa;
- Lavar o nariz diariamente com Soro Fisiológico.

• Tipos de Oxigénio:

- Gasoso
- Líquido

→ Cuidados

- Manter copo humidificador de oxigénio gasoso com água destilada;
- Manipular o Oxigénio líquido com cuidado; (perigo de queimaduras pelo frio)

•Cuidados com a fonte de Oxigénio:

- Afastada de matérias facilmente inflamáveis;
- Afastada pelo menos de 2 metros de fonte de calor;
- Num local seguro (fora dos locais de passagem);
- Numa divisão arejada;
- Não fumar na divisão onde esta se encontra;
- Não expor a fonte diretamente ao sol;
- Não manipular a fonte com as mãos engorduradas;
- Mantê-la na posição vertical;
- Confirmar sempre se existem fugas;
- Ter um extintor em local acessível.

•Sinais de Alerta:

- Dores de cabeça
- Agitação
- Sonolência/Cansaço
- Palidez
- Dificuldade Respiratória
- Cianose (cor azulada) nos lábios
- Aumento da frequência cardíaca



- ▶ Verificar o débito de Oxigénio
- ▶ Verificar se a fonte de Oxigénio está em perfeitas condições e a funcionar corretamente
- ▶ Verificar se a sonda de Oxigénio está obstruída ou pouco introduzida
- ▶ Se necessário contatar a equipa de saúde da Unidade de Pneumologia Pediátrica do HSM.

2- Ventilação Não Invasiva (VNI)

Os ventiladores permitem administrar ar/oxigénio sob pressão à criança.

•Cuidados a ter à criança com VNI:

- Higiene oral cuidada;
- Vigiar integridade da pele;
- Aplicar creme hidratante;
- Adequar os horários da ventilação para: alimentação, aspiração de secreções e administração de terapêutica oral;
- Verificar se existem fugas de ar;
- Limpar e desinfetar o equipamento.



3-Aspiração de Secreções

•Material Necessário

- Aspirador;
- Sondas de Aspiração;
- Pequeno adaptador em “Y” (se a sonda não tiver uma abertura do controlo de aspiração);
- Tubo de aspirador;
- Ampolas de Soro Fisiológico;
- Frasco de Água Destilada ou Água fervida (para lavar o tubo do aspirador e sonda de aspiração).

•Cuidados a ter:

- Não aspirar após as refeições (aumenta a probabilidade de vômito);
- Vigiar características das secreções aspiradas;
- Se durante a aspiração sair sangue, suspender a mesma e verificar se há traumatismo em local visível;
- Se a criança tiver sonda de oxigénio, não retirar durante a aspiração;

-Lavar o recipiente coletor de secreções todos os dias com água quente e detergente da louça;

-Promover a ingestão de líquidos (secreções menos espessas).



4-Gastrostomia

As crianças submetidas a este procedimento têm patologias que impedem a ingestão da dieta pela via oral ou sonda por tempo prolongado, necessitando, desta forma, da construção cirúrgica de uma passagem diretamente para o estômago.

•Cuidados com a Gastrostomia:

- Lavar as mãos antes e após qualquer manipulação;
- Limpeza do local da Gastrostomia com Soro Fisiológico 0,9% ou Água e sabão neutro. Secar bem após a lavagem com compressa;
- Não manter a compressa húmida na pele;
- Efetuar a limpeza sempre que tenha exsudado;
- Não tracionar;
- Manter a sonda sempre fechada, quando não tiver a ser usada;



- Observar o aspeto do estoma (orifício da pele por onde sai a sonda). Ter em atenção a sinais de vermelhidão, exsudado purulento ou dor no local;
- Administrar a dieta sempre com a cabeceira elevada ou com a criança sentada;
- Oferecer a dieta com seringa;
- Não administrar a dieta rapidamente;
- Diluir a medicação antes de administrar;
- Lavar a sonda com 20 ml de água filtrada após administração da dieta ou medicação.

Deve entrar em contato com a equipa de saúde se:

- .A criança apresentar náuseas/vômitos durante a alimentação;
- .Saída acidental da gastrostomia;
- .Obstrução da sonda;
- .Alterações no aspeto do estoma ou saída de conteúdo gástrico.

5-Cuidados a ter com a criança com Sonda Nasogástrica:

Cuidados a ter na administração de alimentos/liquidos por Sonda nasogástrica:

- Lavar bem as mãos antes da preparação dos alimentos;
- Triturar os alimentos (varinha mágica) de forma a que adquiram uma consistência líquida;
- Verificar sempre a temperatura dos alimentos a serem administrados (não devem estar a uma temperatura nem muito quente nem muito fria);
- A criança deve estar em posição sentada ou semi-sentada;
- Verificar sempre se a sonda está na posição correta, de acordo com os ensinamentos efetuados pela equipa de saúde;

-Sempre que verificar que a sonda está exteriorizada, contacte um profissional de saúde. Não tente introduzir a sonda;

-Retirar a tampa da sonda e adaptar uma seringa de alimentação na extremidade da mesma (dobre a extremidade da sonda antes de adaptar a seringa, para evitar a entrada de ar);

-Aspirar lentamente o conteúdo do estômago (se sair conteúdo deve introduzi-lo novamente);

-Administrar os alimentos lentamente;

-Após administrar os alimentos ou medicação, introduzir através da sonda, com seringa de alimentação, água (de acordo com a orientação da equipa de saúde);

-Após alimentação, a criança deverá permanecer na posição Sentado ou Semi-Sentado durante um mínimo de 30 minutos, para evitar o vômito e facilitar a digestão.



6-Outros cuidados a ter em casa:

- Aplicar Soro Fisiológico nas narinas
- Manter a cama com a cabeceira elevada
- Realizar cinesiterapia respiratória, caso tenha indicação Médica
- Outros cuidados específicos



7-Medicação

No domicílio o seu filho poderá ter que continuar a fazer a medicação. Assim para ser mais fácil poderá no dia da alta registar quais os medicamentos/dose/via de administração e o horário.

-Medicamento _____

Dose _____ Via _____ Horário _____

Data a Terminar __/__/__

-Medicamento _____

Dose _____ Via _____ Horário _____

Data a Terminar __/__/__

-Medicamento _____

Dose _____ Via _____ Horário _____

Data a Terminar __/__/__

-Medicamento _____

Dose _____ Via _____ Horário _____

Data a Terminar __/__/__



Anexo XVI

Relatório da Sessão “Aleitamento Materno e
Cuidados de Higiene ao RN”

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

MÓDULO III

Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria

RELATÓRIO DA SESSÃO

“Aleitamento Materno

e

Cuidados de Higiene ao RN”



Realizado por:
Raquel Sousa (5º Mestrado EESIP)

Outubro, 2012

SUMÁRIO

1.PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO.....	iii
2.PUBLICITAÇÃO DA SESSÃO.....	iv
3.PLANO DA SESSÃO.....	v
4.CONVITE.....	vi
5.DIAPOSITIVOS DA SESSÃO.....	vii
6.AVALIAÇÃO DA SESSÃO.....	xvii

1-PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

1.1. Data: 5 e 11 de Outubro de 2013 Hora: 15h Duração: 30 minutos Local de Realização: Sala de Pais do Serviço de Neonatologia do HSM
1.2.MODALIDADE DA SESSÃO: Educação para a Saúde Designação: Aleitamento Materno e Cuidados de Higiene ao RN Caraterização da Formação: Expositiva e Interativa
1.3.INSTITUIÇÃO/SERVIÇO Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria
1.4.FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA O Leite Materno é o Alimento vivo completo e natural, adequado para quase todos os RN's, salvo raras exceções. É adequado às necessidades nutricionais dos RN's nos primeiros meses de vida. O EESIP desempenha um importante papel de suporte na díade. Mesmo que o RN não possa ser logo adaptado à mama, é necessário informar a mãe da importância do AM e da estimulação mamária (com bomba manual ou elétrica). A prestação de cuidados de higiene é também um momento propício à promoção da relação afetiva e de competências parentais.
1.5.OBJETIVOS <u>Que os Pais:</u> <ul style="list-style-type: none">- Adquiram competências parentais na área do Aleitamento Materno e dos cuidados de higiene ao RN;- Retenham conhecimentos acerca do Aleitamento materno e dos cuidados de higiene ao RN;- Verbalizem as suas dúvidas, medos e receios.
1.6-DESTINATÁRIOS Pais dos RN's internados no Serviço de Neonatologia do HSM
1.7-ORGANIZAÇÃO - Raquel Sousa – Enfermeira e Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. - Formadora - Enfª Filipa Fonseca (Enfermeira no serviço de Neonatologia do HSM)

2-PUBLICITAÇÃO DA SESSÃO

SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Tema “ Promoção de Competências na Parentalidade:
Aleitamento Materno e Cuidados de Higiene ao RN”

População Alvo Pais de RN's internados no Serviço de
Neonatologia do Hospital de Santa Maria

Formador Raquel Sousa (AE ESIP)

Orientador Enf.ª Filipa Fonseca

Local Serviço de Neonatologia

Data 05 e 11 de Outubro, 2012 às 15h00

Duração 40 minutos

Objetivo Geral Promover competências parentais na
área da amamentação e nos cuidados de higiene ao RN

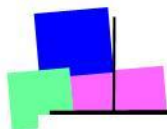
*CONTO COM
A VOSSA
PRESENÇA...*



3. PLANO DE SESSÃO

Fases	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema; Apresentar os objetivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objetivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
Desenvolvimento	Esclarecer a importância do Aleitamento Materno. Esclarecer a técnica adequada da mamada. Compreender a importância da extração do leite. Compreender a importância dos Cuidados Antecipatórios como fator de promoção da saúde; Dar a conhecer aos pais os principais cuidados de Higiene ao RN.	Vantagens do Aleitamento Materno para a Mãe e para o Bebê. Posições corretas para amamentar. Pega correta /Pega incorreta. Frequência e duração das mamadas. O que fazer em relação ao ingurgitamento mamário. Métodos utilizados para a extração do leite. Conservação do leite Materno. Cuidados Antecipatórios. Observação do RN. O Banho. Limpeza dos olhos, nariz, ... Desinfecção do coto umbilical. Mudança da fralda e limpeza dos genitais.	Expositivo	-Computador com diapositivos -Boneco (acessórios)	15 Min
Conclusão	Refletir sobre a sessão elaborada.	Sintetizar as ideias chave.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
	Esclarecer dúvidas.	Debate sobre a importância da Promoção de Competências na Parentalidade: Aleitamento Materno e Cuidados de Higiene ao RN.	Interativo	Pais e Mães dos RN's internados na Unidade	10 Min
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.			Questionário	5 Min

4-CONVITE



SESSÃO DE EDUCAÇÃO

**Tema: "Promoção de Competências na
Parentalidade - Amamentação e Cuidados ao
RN "**

Formador: Raquel Sousa (AE ESIP)



Local: Serviço de Neonatologia do HSM

Dia: 05 e 11 de Outubro 2012

Hora: 15h00

5-DIAPOSITIVOS DA SESSÃO


PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PARENTALIDADE

ALEITAMENTO MATERNO E CUIDADOS DE HIGIENE AO RN
 Raquel Sousa (5º Mestrado EESIP, UCP) Orientadora: Enf.ª Filipa Fonseca
 05 e 11 de Outubro de 2012

OBJETIVOS DA SESSÃO

Que os Pais:

- Adquiram competências parentais na área do Aleitamento Materno e dos cuidados de higiene ao RN;
- Retenham conhecimentos acerca do Aleitamento materno e dos cuidados de higiene ao RN;
- Verbalizem as suas dúvidas, medos e receios.


ALEITAMENTO MATERNO
www.comunicandofonocardiologia.blogspot.com

ALEITAMENTO MATERNO

O Leite Materno é o Alimento vivo completo e natural, adequado para quase todos os RN's, salvo raras exceções. É adequado às necessidades nutricionais dos RN's nos primeiros meses de vida.



www.comunicandofonocardiologia.blogspot.com

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

Para o Bebê

- Nutricionalmente Superior;
- Absorção e digestão mais fáceis;
- Menos cólicas;
- Fatores de Crescimento: desenvolvimento cerebral e gastrointestinal;
- Fatores de Imunização: prevenção de alergias e infeções.

Para a mãe

- Reduz o risco de Hemorragia Uterina;
- Facilita a Involução uterina;
- Atrasa o aparecimento da ovulação;
- Promove a recuperação física mais rápida;
- Diminui o risco de cancro da mama e ovários;
- Previne a osteoporose;
- Sempre pronto, gratuito.



www.lifestyle.publico.pt



www.bebeternura.com.br

Aleitamento Materno
Vantagens
 ► Sofre alterações ao longo do tempo, de modo a satisfazer as necessidades do seu bebé, à medida que ele vai crescendo.

	Leite Inicial	Leite Final
Gordura	Gordura	Gordura
Proteína	Proteína	Proteína
Lactose	Lactose	Lactose
Colostro	Leite Maduro	



POSIÇÕES PARA AMAMENTAR



Bebé na posição vertical



Posição do "C"



Posição do berço
(a "tradicional")



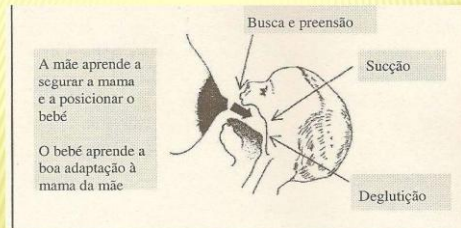
Posição deitada



Posição com Bebê de cabeça para baixo

Fonte: Manual do Aleitamento Materno, Leonor Levy e Helena Bértolo, 2008.

REFLEXOS DO BEBÉ



Fonte: Manual do Aleitamento Materno, Leonor Levy e Helena Bértolo, 2008.

PEGA CORRETA / PEGA INCORRETA



Pega correta



Pega incorreta

Fonte: Manual do Aleitamento Materno, Leonor Levy e Helena Bértolo, 2008.

PEGA CORRECTA

- O bebé deve abocanhar não só o mamilo mas também parte da aréola mamária;
- O lábio inferior deve estar revirado para fora;
- O queixo deve estar encostado à mama;
- Visualiza-se mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé



Fonte: Manual do Aleitamento Materno, Leonor Levy e Helena Bértolo, 2008.

COMO AJUDAR O BEBÉ A PEGAR NA MAMA?

- Posicionar o bebé ao nível da mama, virado de lado, de frente para a mãe, de forma a que a sua boca fique de frente para o mamilo;
- Colocar algumas gotas de colostro/ leite à volta do mamilo;
- Tocar o mamilo no lábio inferior do bebé e quando o bebé abrir a boca, adaptá-lo à mama;

- Confirmar sinais de boa pega;
- Se necessário interromper mamada, colocando um dedo no canto da boca.



www.comunicandoafonocardiologia.blogspot.com

O BEBÉ ESTÁ A MAMAR ADEQUADAMENTE?

- A mãe sente uma firme tração no mamilo, mas sem dor;
- A sucção do bebé é lenta;
- As bochechas do bebé estão arredondadas e cheias de leite;
- Ouve-se o bebé a deglutir.



www.revistapaiseifilhos.com.br

FREQUÊNCIA DAS MAMADAS

- O padrão de alimentação varia de bebé para bebé;
- Os recém-nascidos necessitam de 8 a 12 mamadas/ dia;
- Os bebés podem não acordar para mamar, pelo que a mãe deve estar atenta e acordá-lo para mamar pelo menos de 3/3horas (incluindo à noite);
- Uma vez estabelecida a amamentação e, se o bebé estiver a aumentar de peso convenientemente, a amamentação deve ser em horário livre
- (mínimo 8 mamadas/dia).



www.sempremulhersempre.blogspot.com

DURAÇÃO DAS MAMADAS

- O padrão da mamada varia muito;
- Tempo médio: 30/ 40 minutos;
- Deve iniciar-se a mamada pela mama mais cheia e o bebé deve mamar nesta mama até que esta fique flácida, só posteriormente se poderá passar para a outra.



www.blogdobaby.com.br

ALEITAMENTO MATERNO

Sinais que indiciam que o bebé terminou a mamada:



MAMAS MUITO CHEIAS E DOLOROSAS (INGURGITAMENTO MAMÁRIO)

- Ocorre pelo aumento da quantidade de sangue e fluidos nos tecidos que suportam a mama e, por uma certa quantidade de leite que fica retido na glândula mamária.
- Pode ocorrer por volta do 2º-3º dia, com a "descida do leite" ou em qualquer fase da amamentação. As mamas poderão ficar tensas, vermelhas, brilhantes e dolorosas e, pode ser difícil retirar o leite;
- A mãe refere dor na axila, a temperatura pode elevar-se até aos 38°C durante 24h.



www.misabelle-biblioteca.blogspot.com

PREVENÇÃO:

- Dar de mamar sempre que o bebé quiser;
- Verificar os sinais de boa pega e posicionamento do bebé.



www.bebéboom.com.br

TRATAMENTO: Estimular o reflexo de saída de leite

- Ter o bebé próximo de si (se possível em contacto pele a pele);
- Pensar no seu bebé;
- Pentear a mama com os dedos, da base em direção ao mamilo;
- Pedir a alguém de confiança que lhe faça uma massagem no pescoço e costas.

- Se necessário, realizar esvaziamento mamário manual (aplicação de calor), até que o mamilo fique menos tenso, para que consiga adaptar bebé à mama;

- Reduzir intervalo entre as mamadas e incentivar o bebé a mamar até que a mama fique flácida;

- Massajar as mamas durante a mamada;



www.revistaglobo.com.br

- Caso a mama continue túrgida após mamada, promover o esvaziamento mamário manual/ com bomba até que fique flácida;

- Aplicar compressas frias/ gelo/ folhas de couve/ saco ervilhas congeladas após mamadas, de forma a reduzir edema e a dor.



www.catalogohospitalar.com.br

COMO EXTRAIR E CONSERVAR O LEITE MATERNO?

Pode ser necessário para:

- Ajudar o bebé a agarrar o peito se a mama estiver demasiado cheia;
- Aliviar uma mama muito cheia e dolorosa;
- Se o bebé for demasiado pequeno ou estiver doente para se alimentar ao peito;
- Se precisar de estar longe do bebé durante algumas horas (ou está de regresso ao trabalho);
- Para aumentar a produção de leite.

Tipos de extração



Com bomba manual



Com bomba elétrica



Extração manual

Conservar o leite



- À temperatura ambiente: 6 -8 horas;
- No fundo 1ª prateleira do frigorífico (0 a 4°): 8 dias;
- No fundo 1ª prateleira do frigorífico (4 a 10°): 3/5 dias; (se temp. >5°C dp 3º dia, consumir nas 6 horas seguintes)
- No congelador (dentro do frigorífico): 2 semanas;
- No congelador (independente do frigorífico): 3-6 meses;
- Na arca congeladora (- 19° ou abaixo): + 6 meses.

Para oferecer o Leite Materno ao bebê

- Descongele lentamente, deixando-o no frigorífico;
- Aqueça o recipiente com leite em água quente ("banho-maria" ou debaixo da torneira);
- Não se recomenda o uso de microondas;
- Depois de descongelado, use-o dentro de 24h;
- Não volte a congelar.



www.comoamamentar.com

OBSERVAÇÃO DO RN



VERNIX CASEOSA

- Substância gordurosa que recobre a pele do RN (Geralmente desaparece após as 24 h de vida);
- "Barreira protetora da pele";
- Absorvido e retirado com o atrito das roupas;
- Acumulação nas "dobras".



Fonte: www.meumundoteumundo.blogspot.com

ANGIOMAS PLANOS

- São capilares sanguíneos dilatados e congestionados;
- Nuca, zona entre as sobrancelhas, pálpebras, ponta do nariz, etc.



Fonte: www.infanciasegura.es

ERITEMA TÓXICO

- Manchas dispersas, vermelhas, com centro mais claro, por vezes com líquido.
- Reação normal e passa espontaneamente.
- Pode fazer a higiene normalmente.



Fonte: www.dermis.net

MANCHA MONGÓLICA

- Mácula congénita de cor cinza-ardósia ou azul esverdeada;
- Desaparecem (sem tratamento) aos 3 a 5 anos de idade.



Fonte: www.thebirthenaissance.com

LANUGO

- Pelo fino e macio que pode cobrir o corpo do bebê;
- Desaparece nas primeiras semanas de vida.



Fonte: www.thebirthnaissance.com

ICTERÍCIA

- Coloração amarelada da pele e escleróticas (parte branca dos olhos);
- Pode aparecer nos primeiros dias de vida e é causada por um aumento de bilirrubina.



CUIDADOS DE HIGIENE AO RN



Fonte: www.annegeddes.com

BANHO

- Pode dar banho de imersão logo nos primeiros dias, mesmo antes da queda do cordão umbilical.
- A temperatura ambiente deve oscilar entre os 22-25°C.
- Antes de o colocar na água deve ter à mão tudo o que vai necessitar (para não perder o bebê de vista nem por um segundo).

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Álcool a 70°
- Soro fisiológico
- Banheira
- Compressas esterilizadas
- Creme hidratante ou óleo de amêndoas doces
- Gel de banho próprio para bebês de pH neutro
- Pomada de vitamina A, apenas se necessário
- Fralda
- Escova (de pelos)
- Espanja natural
- Toalha de banho macia

- Roupa para o bebê com as molas/botões abertos e pela ordem que vai vestir.
- Termómetro de água (opcional—pode verificar a T° com a parte interna do pulso).
- Colocar apenas água no fundo da banheira (cerca de 5 dedos de altura).
- Comece sempre por deitar a água fria e só depois a quente. Misture bem antes de verificar a temperatura.

- A temperatura da água deve estar 36/37°C. Nunca misture água quente com o bebê dentro da banheira.
- Mergulhar o bebê na água, segurando-o com cuidado, com a mão debaixo dos ombros.
- Lavar primeiro a cabeça, depois o corpo e por fim os membros.
- O banho não deve durar mais que 5-10 minutos. Depois do 1º Mês pode durar 15 minutos.
- Limpar com uma toalha macia, sem esfregar, secando bem as pregas para que não fiquem húmidas.

- Pode aplicar creme hidratante ou óleo, massajando suavemente todo o corpo, o que irá estimular a circulação sanguínea e ajudar a relaxar e conciliar o sono.

- O banho é um momento propício à promoção da relação afetiva.



Fonte: www.VouNascer.com

OLHOS

- Deve lavar com uma compressa esterilizada embebida em água limpa ou com Soro Fisiológico.
- Lavar de fora para dentro.
- A compressa só pode passar uma vez.

OUIDOS

- Deve limpar por fora.
- Deve secar bem atrás das orelhas.
- Nunca limpar** dentro do ouvido.
- Nunca utilizar** cotonetes.



Fonte: www.annegeddes.com

NARIZ

- Colocar Soro Fisiológico nas narinas, se o bebê apresentar obstrução nasal.
- Se tiver necessidade de colocar Soro Fisiológico deve coloca-lo antes das mamadas.
- O bebê mama melhor se tiver o nariz limpo/desobstruído.

CORDÃO UMBILICAL

- Lavar cuidadosamente durante o banho.
- Secar cuidadosamente com uma compressa esterilizada, **sempre**.
- Limpar com compressa esterilizada embebida em soro fisiológico ou álcool a 70°.
- Não colocar a fralda por cima, fazer uma dobra.

- Manter a zona seca.

- A queda do cordão deve ser entre o 6-8 dias.

- Não colocar ligadura ou faixas.

-Se apresentar mau cheiro, pus ou sangue, contatar o médico assistente ou dirigir-se à sua Unidade de Saúde.



UNHAS

- Cortar as unhas é um procedimento que deixa os pais muito apreensivos e ansiosos.

- Para cortar as unhas dos bebês não se usa corta-unhas.



Fonte: www.lazerbeleza.com

MÃOS:

-Limar com uma lima suave de cartão.

Ou

-Cortar com uma tesoura curva e de pontas redondas:

× Colocar o bebê sentado ao colo, de costas para nós, ele agarra o nosso dedo indicador e com o polegar segura-se um dedo de cada vez.

PÉS:

-Deixar a unha crescer e cortar a direito.

-Não cortar os cantos.

-Não utilizar corta-unhas.

-Utilizar uma tesoura curva e de pontas redondas.

GENITAIS

FRALDAS:

-As fraldas não deverão arranhar a pele; terão de absorver e reter bem a humidade; e devem proporcionar espaço suficiente entre as pernas para que o bebê tenha liberdade de movimentos.

-Mudar a fralda sempre que estiver molhada ou suja.

-Lavar com água morna, mantendo sempre a pele seca.

-Os toalhetes são muito práticos, mas quando limpam arrastam uma camada protetora da pele e contêm álcool. Devem ser usados apenas fora de casa.

-Se apresentar "assaduras", aplicar uma fina camada de Vitamina A.



LIMPEZA DOS GENITAIS:

NOS RAPAZES

- Deitar o bebé de costas, abrir cuidadosamente a fralda para trás, e se estiver suja usar a ponta da fralda para limpar a maior parte.
- É normal os rapazes urinarem, quando se muda a fralda.
- Com uma toalha húmida, limpar a barriga e pernas do bebé, insistindo nas pregas, pois as irritações situam-se principalmente nas zonas húmidas e quentes da pele.

-Separar as pernas do bebé e limpar bem o pénis de cima para baixo e a zona à volta dos testículos, **não puxar a pele para trás.**

-Levantar o rabinho do bebé e limpar de dentro para fora do ânus.

-Com uma toalha (seca), secar bem a pele, especialmente as pregas.



NAS RAPARIGAS

- Deitar o bebé de costas, abrir cuidadosamente a fralda para trás, e se estiver suja usar a ponta da fralda para limpar a maior parte.
- Com uma toalha húmida, limpar a barriga e pernas do bebé insistindo nas pregas, pois as irritações situam-se principalmente nas zonas húmidas e quentes da pele.
- Limpar **sempre** da frente para trás.

-Levantar o rabinho do bebé e limpar de dentro para fora do ânus.

-Com uma toalha (seca), secar bem a pele, especialmente as pregas.

-Nos primeiros dias pode existir sangue ou um fluido branco na vagina/fralda, isto acontece porque ainda existem hormonas da mãe a circular no interior do corpo do bebé. É normal e desaparece ao fim de alguns dias.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERTOLO, H.; LEVY, L. (2008). Manual do Aleitamento Materno.
- CANAVARRO, M. C.; PEDROSA, A. A. (2005). Transição para a Parentalidade Compreensão Segundo Diferentes Perspetivas Teóricas. In I. Leal, Psicologia da Gravidez e Parentalidade. Lisboa: Fim de Século.
- COHEN, Bernard A. (2000). Dermatologia Pediátrica. 2ª. Edição. Brasil: Editora Manole. ISBN 85-204-1008-1.
- HOCKENBERRY, M. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.

- OLIVEIRA, G. et al (2010). Guia de Cuidados ao RN - Conselhos aos pais. Departamento de Neonatologia. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Hospital de Santa Maria.
- PINHEIRO, L. A.(2007). *Manual para pais de primeira viagem (e seguintes...)*(3ª ed.). Lisboa: Tarso Edições

OBRIGADO!!!



onte: www.annegeddes.com

6-AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Data: 5 e 11 de Outubro de 2012

Uma vez terminada a sessão de educação, é importante fazer um balanço e consequente reflexão sobre o modo como decorreu a sessão, na tentativa de melhorar aspetos que facilitem a preparação de novas sessões de educação.

Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma cruz na coluna do número que melhor indica o que pensa.

Legenda:

- Insatisfatório 2 - Pouco satisfatório 3 - Satisfatório 4 - Muito satisfatório .

Gestão de Expetativas	1	2	3	4
Definição dos objetivos.				
Pertinência do Tema abordado.				

Dinâmica do Grupo na sala	1	2	3	4
Utilização da metodologia				

Planeamento	1	2	3	4
Sessão de formação.				
Divulgação da sessão de formação.				

Recursos Pedagógicos	1	2	3	4
Utilização de meios audiovisuais.				

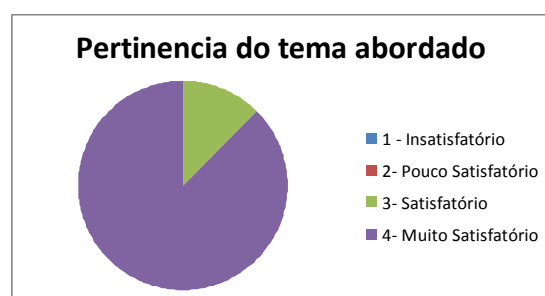
Formador	1	2	3	4
Participação do grupo.				
Interesse do grupo.				
Clareza.				
Facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos através da metodologia utilizada.				

Obrigado!

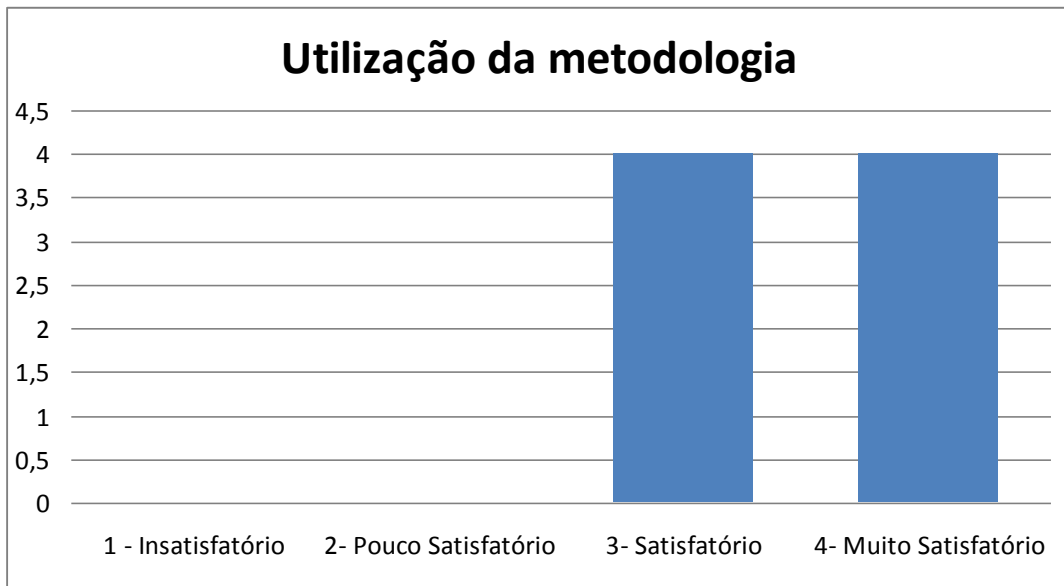
SESSÃO “ALEITAMENTO MATERNO E CUIDADOS DE HIGIENE AO RN”

PARTICIPANTES: 8 MÃES

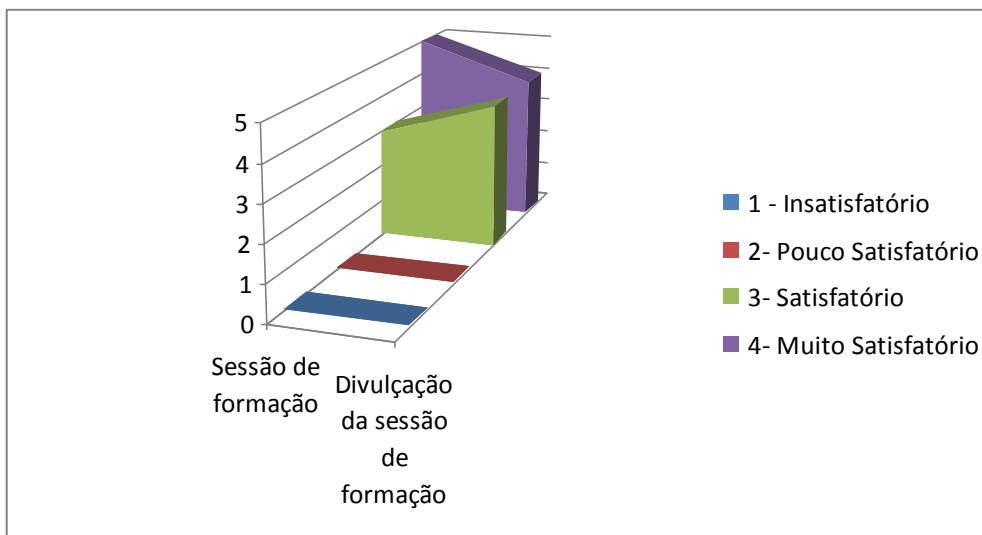
<u>Gestão de Espetativas</u>	1 - Insatisfatório	2- Pouco Satisfatório	3- Satisfatório	4- Muito Satisfatório
Definição dos objectivos			1	7
Pertinencia do tema abordado			1	7



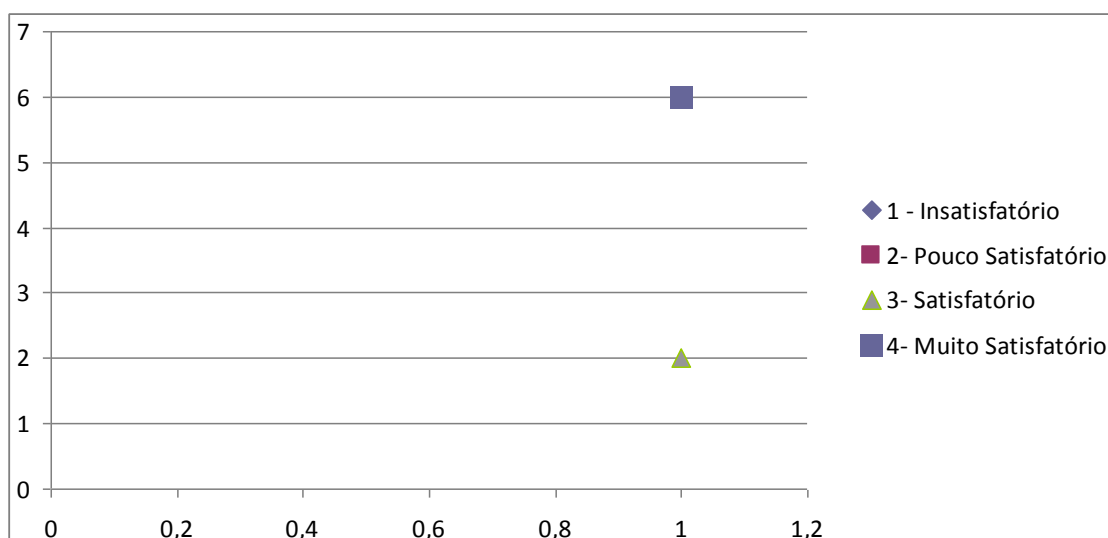
<u>Dinâmica do Grupo na sala</u>	1 - Insatisfatório	2- Pouco Satisfatório	3- Satisfatório	4- Muito Satisfatório
Utilização da metodologia			4	4



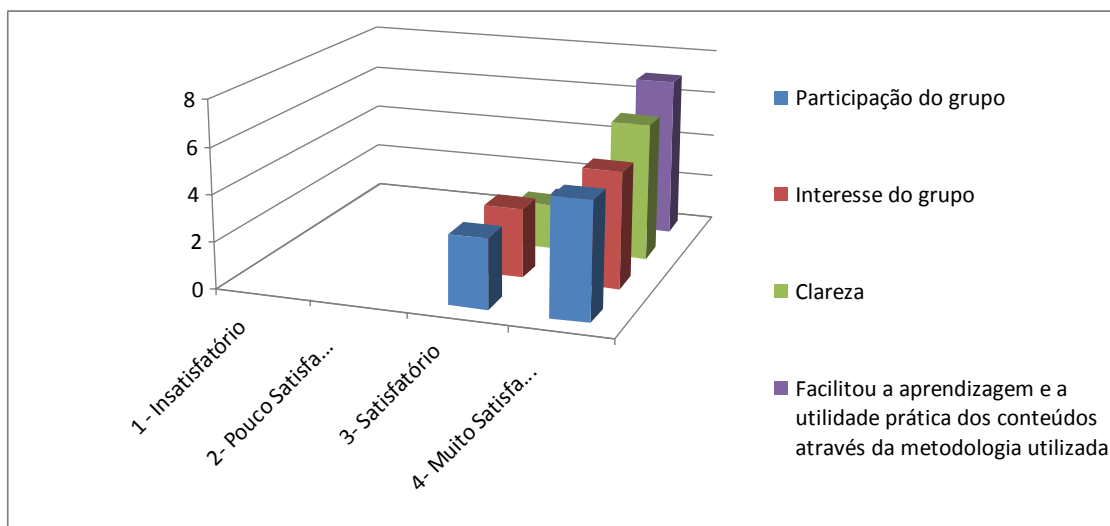
<u>Planeamento</u>	1 - Insatisfatório	2- Pouco Satisfatório	3- Satisfatório	4- Muito Satisfatório
Sessão de formação			3	5
Divulgação da sessão de formação			4	4



<u>Recursos pedagógicos</u>	1 - Insatisfatório	2- Pouco Satisfatório	3- Satisfatório	4- Muito Satisfatório
Utilização de meios audiovisuais			2	6



<u>Formador</u>	1 - Insatisfatório	2- Pouco Satisfatório	3- Satisfatório	4- Muito Satisfatório
Participação do grupo			3	5
Interesse do grupo			3	5
Clareza			2	6
Facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos através da metodologia utilizada			1	7



Anexo XVII

Cartaz Informativo “Aleitamento Materno”

Aleitamento Materno



Vantagens para a mãe

- Promove a vinculação: Mãe/Recém Nascido
- Contribui para a involução uterina
- Previne o risco de hemorragia uterina
- Contribui para a recuperação mais rápida do peso
- Previne o Cancro de Mama
- Previne a Osteoporose



Vantagens para o Bebê

- Nutricionalmente superior
- É de fácil digestão e previne as cólicas
- Promove o desenvolvimento cerebral
- Previne alergias e infeções
- Diminui o risco de Diabetes, Doença Celíaca, Doença de Crohn e Obesidade



A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva até aos 6 meses e como complemento alimentar até aos 2 anos de vida do seu bebé ou mais



Sinais de uma Pega Correta

- Boca do bebé bem aberta
- O queixo do bebé toca na mama da mãe
- O bebé abocanha o mamilo e parte da aréola mamária
- É visível mais aréola acima do que a baixo da boca do bebé
- O lábio inferior fica virado para fora
- As bochechas do bebé ficam cheias
- A mãe ouve o bebé a engolir



Pega Correta



Pega Incorreta

Como amamentar o seu bebé



O bebé está satisfeito quando...

- O bebé apresenta padrão de sucção/ deglutição mais lento
- O bebé parece satisfeito
- O bebé adormece e larga o mamilo
- A mama fica flácida



Referências Bibliográficas

- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa. Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN 96436
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e UNICEF – *Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino, manual do participante*. São Paulo, 1997

Anexo XVIII

Folheto “Febre”

-Arrefecer a criança com um banho rápido, ou toalhas de água t pida (a água deve estar 2  C abaixo da T  corporal).

O que fazer em caso de Convulsão Febril?

.Manter a calma;

.Deitar a criança de lado numa superfície confortável;

.Não colocar objetos na boca da criança nem tentar parar os movimentos;

.Nunca colocar a criança na banheira;

.Deve dirigir-se ao Serviço de Urgência.

Nota: As Convulsões são mais frequentes entre os 3 Meses e os 3 Anos de idade. São geralmente benignas e na grande maioria das vezes não deixam sequelas.

Quando levar a criança ao Médico?

-Se a Febre se mant m 2-3 dias, apesar de ter tomado as medidas gerais;

-Se a criança tiver menos de 3 Meses de idade;

-Febre acompanhada de convulsão;

-Quando a febre é acompanhada de sonolência, fraqueza, vômitos, diarreia, dor de ouvidos, dificuldade a engolir, palidez, manchas ou borbulhas na pele, rigidez no pescoço.

Elaborado por:

Raquel Sousa AE 5 MESIP

Orienta o:

Enf.  Joaquina Antunes (ESIP)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE EPE
HOSPITAL DE SANTAMARIA
Hospital P duloValente

Serviço de Urgência
Pediátrica do Hospital de
Santa Maria

FEBRE NA CRIANÇA

Conselhos aos Pais



Novembro de 2012

O que é a Febre?

A Febre é uma resposta natural do nosso corpo, perante uma agressão exterior, ou doença (na maioria doenças virais).

Não é uma doença, é um sinal de que alguma coisa no organismo não está bem.

Quando se considera Febre?

Quando existe um aumento da temperatura:

Rectal > 38 °C

Axilar > 37,5 °C

Auricular > 38,2 °C

Como avaliar a Temperatura?

Rectal: Introduzir o termómetro no recto da criança durante 2 minutos. (método a utilizar até aos 2 anos de idade).

Axilar: Colocar o termómetro na axila da criança, mantendo o braço apertado contra o tórax, durante 4 minutos. (método a utilizar a partir dos 2 anos).

Auricular: Medição instantânea, mas requer um termómetro próprio.



Como tratar a Febre?

-Destapar a criança, retirar os agasalhos e vestir roupa leve e fresca;

-Oferecer líquidos com frequência (água ou chá);

-Oferecer alimentos leves. Não obrigar a criança a comer se não tiver vontade;

-Diminuir a temperatura ambiente;

-Administrar medicamentos antipiréticos para baixar a Febre (Paracetamol ou Ibuprofeno. Devem ser respeitadas as indicações fornecidas pelo médico/enfermeira, respeitando as doses recomendadas para o peso e o intervalo mínimo entre cada administração;

Nota: Antes de administrar o antipirético deve-se avaliar sempre a temperatura!

Anexo XIX

Tabela Medicação

TABELA DA MEDICAÇÃO

A febre – aumento da temperatura corporal – é um sintoma que pode ser causado por uma grande variedade de situações. As causas mais frequentes são as infecções.



Administração de Antipiréticos

- Paracetamol (Ben-u-ron; Panasorbe):

3 meses a 1 ano (até 10 kg): Supositórios 125 mg OU 2,5 ml da suspensão oral até 4 vezes por dia
1 a 6 anos (até 20 Kg): Supositórios 250 mg OU 5 ml da suspensão oral até 4 vezes por dia
6 aos 10 anos (20 aos 30 Kg): 7,5 ml da suspensão oral até 4 vezes por dia
+ 10 anos (mais de 30 Kg) = dose de adulto: 500 mg (comprimidos, suspensão oral ou supositórios) até 4 vezes por dia

Relativamente ao xarope de paracetamol (Ben-u-ron ou Panasorbe), a dose é de 15 mg por cada kg de peso, podendo ser repetida a cada 6 horas, caso necessário. Assim, é importante esclarecer que cada ml de xarope de Ben-u-ron tem **40mg** de paracetamol, enquanto cada ml de Panasorbe possui apenas **32mg**, o que faz com que a quantidade de cada xarope seja obrigatoriamente diferente para o mesmo peso.

- **Ibuprofeno** (Brufen, Arfen):

<u>6 meses a 1 ano</u> : 2,5 ml da solução oral até 3 vezes por dia
<u>1 ano aos 6 anos</u> (até 20 Kg): 5 ml da solução oral até 3 vezes por dia
<u>7 aos 12 anos</u> (+ 20 Kg) : 10 ml da solução oral até 3 vezes por dia

Em relação ao ibuprofeno (Brufen ou Nurofen), a dose é de 5 a 7mg por cada kg de peso, podendo repetir a cada 8 horas. Neste caso os xaropes têm sempre a mesma dosagem, com a concentração de 20mg por cada ml. Existem ainda no mercado supositórios de ibuprofeno (Ib-u-ron), nas doses de 75mg (até aos 10kg de peso) e 150mg (a partir dos 10kg).

NOTA: Estes 2 medicamentos **PODEM** ser dados de forma alternada.

Não se esqueça que sempre que se dá medicação a uma criança é importante ter em atenção a dose e o intervalo entre as administrações, de forma a garantir a maior segurança possível.

